

# ДОНЕЦКАЯ НАРОДНАЯ РЕСПУБЛИКА



## МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

---

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

### ПРИКАЗ

19.11.2015 года

г. Донецк

№ 012.1/559

Об утверждении форм первичной учетной документации,  
которые используются в лабораториях и других 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 г. №1-33, с целью усовершенствования статистического учета в  
учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики,

### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Форму первичной учетной документации № 003-5/у «Протокол  
переливания крови и ее компонентов» и Инструкцию по ее заполнению,  
прилагается.

1.2. Форму первичной учетной документации № 037-1/у «Лист ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.3. Форму первичной учетной документации № 037-2/у «Лист ежедневного учета работы врача стоматолога-ортодонта» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.4. Форму первичной учетной документации № 200/у «Направление на анализ № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.5. Форму первичной учетной документации № 203/у «Направление на цитологическое исследование и результат исследования № \_\_\_\_\_» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.6. Форму первичной учетной документации № 206/у «Исследование крови № \_\_\_\_\_ на пробу Кумбса» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.7. Форму первичной учетной документации № 207/у «Исследование крови № \_\_\_\_\_ на определение групповой и резус-принадлежности» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.8. Форму первичной учетной документации № 207-1/у «Направление № \_\_\_\_\_ в СПК (ОПК) на определение групповой и резус-принадлежности, индивидуальный подбор» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.9. Форму первичной учетной документации № 208/у «Общеклиническое исследование эякулята № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.10. Форму первичной учетной документации № 209-1/у «Направление на бактериоскопическое исследование биоматериала (мокроты) на КУБ (ТБ 05)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.11. Форму первичной учетной документации № 209-2/у «Направление от \_\_\_\_\_ (дата) на бактериологическое исследование биоматериала на МБТ (ТБ 06)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.12. Форму первичной учетной документации № 210/у «Анализ мочи общий № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.13. Форму первичной учетной документации № 211/у «Анализ мочи по Зимницкому № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.14. Форму первичной учетной документации № 212/у «Анализ мочи по Нечипоренко № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.15. Форму первичной учетной документации № 215/у «Направление на цитологическое исследование и результат исследования гинекологического материала (материала, полученного при профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.16. Форму первичной учетной документации № 216/у «Анализ мокроты № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.17. Форму первичной учетной документации № 217/у «Анализ секрета предстательной железы № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.18. Форму первичной учетной документации № 218/у «Анализ выделений из мочеполовых органов № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.19. Форму первичной учетной документации № 219/у «Анализ кала № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.20. Форму первичной учетной документации № 220/у «Анализ кала на гельминты и простейшие № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.21. Форму первичной учетной документации № 223/у «Анализ спинномозговой жидкости № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.22. Форму первичной учетной документации № 224/у «Клинический анализ крови № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.23. Форму первичной учетной документации № 225/у «Клинический анализ крови (на гематологическом анализаторе) № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.24. Форму первичной учетной документации № 226/у «Журнал регистрации взятия крови для проведения исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.25. Форму первичной учетной документации № 227/у «Анализ пунктата костного мозга № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.26. Форму первичной учетной документации № 228/у «Биохимический анализ крови № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.27. Форму первичной учетной документации № 230/у «Анализ крови № \_\_\_\_\_», прилагается.

1.28. Форму первичной учетной документации № 241/у «Анализ крови № \_\_\_\_\_ (на реакцию Вассермана) » и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.29. Форму первичной учетной документации № 246/у «Направление № \_\_\_\_\_ на проведение подтверждающих исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.30. Форму первичной учетной документации № 247/у «Журнал регистрации образцов сывороток крови, направленных для проведения подтверждающих исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.31. Форму первичной учетной документации № 249/у «Направление № \_\_\_\_\_ на проведение исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.32. Форму первичной учетной документации № 250/у «Журнал регистрации анализов и их результатов» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.33. Форму первичной учетной документации № 252/у «Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.34. Форму первичной учетной документации № 255/у «Журнал регистрации бактериоскопических исследований на КУБ (ТБ 04/1)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.35. Форму первичной учетной документации № 255-1/у «Журнал регистрации бактериологических исследований на МБТ (ТБ 04/2)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.36. Форму первичной учетной документации № 260/у «Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.37. Форму первичной учетной документации № 261/у «Журнал регистрации допущенных преаналитических ошибок», прилагается.

1.38. Форму первичной учетной документации № 261-1/у «Протокол регистрации допущенных преаналитических ошибок» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.39. Форму первичной учетной документации № 262/у «Журнал учета анализов, выполненных в лаборатории» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.40. Форму первичной учетной документации № 263/у «Дневник учета работы лаборатории» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.41. Форму первичной учетной документации № 265/у «Журнал передачи критических (тревожных) значений» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.

1.42. Единую инструкцию по заполнению форм первичной учетной документации лабораторной диагностики № 200/у, № 208/у, № 210/у, № 211/у, № 212/у, № 216/у, № 217/у, № 218/у, № 219/у, № 220/у, № 223/у, № 224/у, № 225/у, № 227/у, № 228/у, № 230/у, № 261-1/у, 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 01.01.2016г. при условии обязательного внесения всех сведений, предусмотренных в учетных формах, утвержденных данным приказом.

7. Контроль исполнения данного приказа оставляю за собой.

8. Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения				<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации <b>№ 003-5/y</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики										
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма				1   9   1   1   2   0   1   5   №   012.1/559										
Протокол переливания крови и ее компонентов														
Проведено переливание (чего) <input type="radio"/> первичное <input type="radio"/> повторное								Место переливания						
								номер		от	число	месяц	год	
Фамилия, имя, отчество больного:								Номер медицинской карты стационарного больного _____						
I. ПРЕДТРАНСФУЗИОННЫЙ ЭПИКРИЗ														
ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ		АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ (женщины)		ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ			ПОКАЗАНИЯ	ЦЕЛЬ	МЕТОД					
ПЕРЕЛИВАНИЕ <input type="radio"/> крови <input type="radio"/> плазмы <input type="radio"/> компонентов  крови, плазмы РЕАКЦИИ: <input type="radio"/> повышение температуры <input type="radio"/> озноб <input type="radio"/> крапивница <input type="radio"/> анафилактический шок	год	количество беременностей  из них:  абортов  родов  рождение детей с желтухой		кожа  <input type="radio"/> обычного цвета  <input type="radio"/> бледная  <input type="radio"/> гиперемированная  <input type="radio"/> цианоз	тоны сердца  <input type="radio"/> громкие  <input type="radio"/> приглушенные  <input type="radio"/> глухие  <input type="radio"/> ритмичные  <input type="radio"/> экстрасистолия	общее состояние  <input type="radio"/> удовлетворительное  <input type="radio"/> средней тяжести  <input type="radio"/> тяжёлое  <input type="radio"/> агональное	<input type="radio"/> шок <input type="radio"/> кровопотеря <input type="radio"/> диспротеинемия <input type="radio"/> ДВС* <input type="radio"/> инфекции <input type="radio"/> аплазия костного мозга <input type="radio"/> коагулопатия <input type="radio"/> цитопенические болезни <input type="radio"/> прочее (вписать)	<input type="radio"/> заместительная  <input type="radio"/> гемодинамическая  <input type="radio"/> гемостатическая	<input type="radio"/> не прямой  <input type="radio"/> прямой  <input type="radio"/> обменный  <input type="radio"/> реинфузионный  <input type="radio"/> аутогемотрансфузионный					
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: <input type="radio"/> нормальное <input type="radio"/> токсикоз <input type="radio"/> эклампсия		<input type="radio"/> мертворождение  <input type="radio"/> наличие выкидышей	год	слизистые  <input type="radio"/> розовые  <input type="radio"/> бледно-розовые	<input type="radio"/> О прочее	АД  мм рт. ст.								
			частота пульса							температура тела				
			ударов в 1 мин.							°C				

\*ДВС – диссеминированное внутривенное свертывание



После проведенной макроскопической оценки крови и ее компонентов (отсутствие гемолиза, бактериального заражения сгустков и т.п.) у донора (фамилия, имя, отчество)								ампула номер		заготовлена (где)	число	месяц	год	признана (подчеркнуть)	ПРИГОДНОЙ		
															НЕПРИГОДНОЙ		
После контрольной проверки двумя сериями стандартных сывороток тест-реактантами													Перед переливанием выполнены пробы:				
О I		А II		В III		AB IV		кровь больного		имеет группу		резус- принад- лежность		На совместимость	сов мест има	не совместима	
								кровь донора		имеет группу		резус- принад- лежность		группа крови	О	О	
														резус- принадлежность	О	О	
При переливании выполнялась проба на биологическую совместимость (струей, трижды по 15 мл с интервалом в 3-5 минут перелито 45 мл крови)									реакция была:	О беспокойство			О тяжелое дыхание				
										О учащение пульса			О боль в пояснице				
УЧЕТ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЫ								О реакции не было		О снижение АД			О покрасневшее или бледное лицо				
II. ПЕРЕЛИВАНИЕ																	
НАЧАЛО		часов	минут	В какой сосуд (внутривенно)		в количестве мл		ЦЕЛЬ О заместительная О гемодинамическая О гемостатическая		МЕТОД О не прямой О прямой О обменный О аутогемотранс- фузионный О реинфузионный		ПУТЬ О внутривенный О внутриартериальный О внутриаортальный О внутрикостный		ВИД О капельный О струйный О капельно-струйный			
ОКОНЧАНИЕ																	
III. ПОСТТРАНСФУЗИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ										IV. ОСЛОЖНЕНИЯ							
РЕАКЦИИ:	во время перели- вания	после перели- вания	Показатели	Время наблюдения после переливания						1 –инфекционно-токсический шок		4 – воздушная эмболия					
				1 час	2 часа	3 часа	4 часа	5 часов	6 часов	2 – синдром массивной гемотрансфузии		5 – острая сердечно-сосудистая недостаточность					
не было	О	О	Термометрия (°C)							3 – тромбоэмболия		6 – групповая несовместимость					
крапивница	О	О	Пульс (уд. в 1 мин.)							Фамилия, имя, отчество врача (полностью) _____ _____ (подпись)							
озноб	О	О	АД (мм рт. ст.)							Фамилия, имя, отчество медсестры (полностью) _____ _____ (подпись)							
анафилакти- ческий шок	О	О	Макроскопическая оценка мочи							место для наклеивания марки (этикетки)							
			Проба Бакстера														
ОТРЫВНОЙ ТАЛОН																	
			Фамилия, имя, отчество больного:						Дата переливания			Код отделения	Код врача	Код осложнения			
			Медицинская карта № стационарного больного	МАРКА (этикетка) №													
После переливания передается для автоматизированного учета																	

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

## **УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

### **ИНСТРУКЦИЯ**

#### **по заполнению формы первичной учетной документации № 003-5/у «Протокол переливания крови и ее компонентов»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 003-5/у «Протокол переливания крови и ее компонентов» (далее – форма № 003-5/у).

2. Форма № 003-5/у ведется в учреждениях здравоохранения, в которых больным проводится переливание крови, и заполняется врачом, ответственным за назначение переливания крови и ее компонентов, на каждого стационарного больного, которому назначена гемотрансфузия, а паспортная часть формы и ее отрывной талон заполняются медицинской сестрой.

3. На титульном листе формы № 003-5/у указываются: проведенное переливание (первичное, повторное), фамилия, имя, отчество больного, номер медицинской карты стационарного больного, место переливания, дата (число, месяц, год), номер протокола.

4. На первой странице формы № 003-5/у заполняется раздел I «Предтрансфузионный эпикриз», куда входят: гемотрансфузионный анамнез (переливание крови, плазмы, компонентов крови или плазмы); акушерский анамнез (количество беременностей, аборт, родов); объективные данные пациента (общее состояние, тоны сердца, артериальное давление, пульс, температура, состояние кожи и слизистых оболочек); показания (шок, кровотечение, диспротеинемия, аплазия костного мозга и т.п.); цель и методы переливания. Раздел I заполняет врач, ответственный за гемотрансфузию.

В форме № 003-5/у указываются результаты контрольных проверок групп крови донора и больного двумя сериями стандартных изогемагглютинирующих сывороток тест-реагентами, проб на индивидуальную совместимость (группа крови, резус-принадлежность) и биологической пробы.

5. В разделе II «Переливание» указываются начало и окончание переливания трансфузионной жидкости (часы, минуты), количество, цель, метод, путь и вид введения.

6. Раздел III «Посттрансфузионное наблюдение» (реакция на переливание крови и ее компонентов, термометрия, пульс, артериальное давление и наблюдение за состоянием больного) заполняет медицинская сестра под контролем врача и записывает соответствующие данные в форму № 003-5/у.

7. В разделе IV «Осложнения» отмечаются возможные осложнения (инфекционно-токсический шок, синдром массивной гемотрансфузии, тромбоэмболия, воздушная эмболия, острая сердечно-сосудистая недостаточность, групповая несовместимость), которые могут быть причиной смерти больного.

8. Форма № 003-5/у заверяется подписями ответственных лиц (врачом, который проводил гемотрансфузию, и медицинской сестрой) с указанием фамилии, имени и отчества каждого.

9. После нумерации формы № 003-5/у в учреждении здравоохранения отрывной талон передается для автоматизированного учета.

10. Форма № 003-5/у хранится вместе с формой первичной учетной документации № 003/у «Медицинская карта № \_\_\_\_\_ стационарного больного», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.2015 № 312, зарегистрированным в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 20.05.2015 за регистрационным № 141.

11. В случае ведения формы № 003-5/у в электронном формате она должна включать в себя все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе.

12. Срок хранения формы № 003-5/у – 25 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

<div>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения</div> <div>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</div> <div>Идентификационный код</div>	<div>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</div> <div>Форма первичной учетной документации № 037-1/у</div> <div>УТВЕРЖДЕНО</div> <div>Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики</div> <div>19112015 № 012.1/559</div>

**ЛИСТ**  
**ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда**

«            »            20            года

(фамилия, имя, отчество врача)

[illegible]

\_\_\_\_\_ Ч \_\_\_\_\_ МИН.

---

Myself

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 037-1/у  
«Лист ежедневного учета работы врача стоматолога-ортопеда»**

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

2. Форма № 037-1/у заполняется ежедневно врачами-стоматологами-ортопедами стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов амбулаторий, поликлиник, больниц, диспансеров, научно-исследовательских институтов, высших учебных заведений всех уровней аккредитации, госпиталей для инвалидов войны, женских консультаций, врачебных пунктов здравоохранения независимо от подчинения и формы собственности.

3. В графе 1 проставляется порядковый номер пациента, который обратился за стоматологической помощью, или здорового пациента (консультация, профилактический осмотр).

4. В графе 2 указывается время приема больного (часы и минуты). Данные графы используются для планирования времени работы врача, для распределения нагрузки с учетом объема проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

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

6. В графе 4 - количество полных лет.

7. В графе 5 указывается первичное или повторное посещение врача данным пациентом.

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

8. В графе 6 указываются номер медицинской карты стоматологического больного № \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_ год (форма 043/у), номер наряда.

9. В графе 7 регистрируется место проживания больного: житель города, села.

10. В графе **8** указываются соответствующие группы населения, которые обозначаются символами:

ДГ – декретированная группа (дети и подростки, инвалиды, пенсионеры, участники боевых действий, инвалиды войны, участники войны, лица, которые пострадали вследствие аварии на Чернобыльской АЭС); Ш – школьники; С – студенты; Б – беременные; Р – работники промышленных предприятий; допризывной контингент – ДПК.

Если данный пациент находится на диспансерном учете, дополняется символ «Д».

11. В графе 9 указывается диагноз, по поводу которого пациент обратился к врачу. Допускается запись с применением условных обозначений (сокращений) и формулы зубов. Для ускорения и удобства записи вносится соответствующая римская цифра, которая характеризует шифр групповой патологии:

I – патология твердых тканей зуба;

II – патологическое стирание зубов;

III – адентия частичная вторичная;

IV – адентия частичная вторичная, осложненная деформацией зубных дуг;

V – адентия полная вторичная;

VI – пародонтит, пародонтоз;

VII – аномалии и деформации;

VIII – сложная челюстно-лицевая патология;

IX – болезни височно-нижнечелюстного сустава.

В этой графе можно указывать одну или несколько цифр, которые характеризуют сочетание поражения зубочелюстной системы.

12. В графе 10 в сокращенной форме записывается лечебный этап. Например, подгонки коронок на 4, 7, 5 зубы; определение центральной окклюзии; снятие оттисков; консультация с другим специалистом и т.д.

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

14. В графе **12** – количество всего отработанных условных единиц трудоемкости – УЕТ (согласно классификатору процедур).

При несоответствии времени работы врача по графику с фактически отработанным количеством часов администрация учреждения здравоохранения в форме № 037-1/у указывает причину потери времени: болезнь, отсутствие электроэнергии, воды и т.д.

15. На основании данных формы № 037-1/у заполняется «Дневник учета работы врача стоматолога-ортопеда» (форма № 039-4/у).

16. Контроль правильности ведения формы № 037-1/у проводит руководитель учреждения, которому подчинен врач; он включает в себя сравнение данных дневника с данными медицинской карты стоматологического больного № \_\_\_\_\_ за 20\_\_\_\_ год (форма № 043/у).

17. В случае ведения формы № 037-1 /у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

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

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения  _____ _____ Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____  Идентификационный код		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>	
		Форма первичной учетной документации  <b>№ 037-2/y</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики    1   9   1   1   2   0   1   5   №   012.1/559	

**ЛИСТ**  
**ежедневного учета работы врача стоматолога-ортодонта**

«            »            20            года

(фамилия, имя, отчество врача)

[illegible]

час.                      мин.

*Myra J*

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 037-2/у  
«Лист ежедневного учета работы врача стоматолога-ортодонта»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 037-2/у «Лист ежедневного учета работы врача стоматолога-ортодонта» (далее – форма № 037-2/у).

2. Форма № 037-2/у заполняется врачами-стоматологами-ортодонтами учреждений здравоохранения, которые оказывают стоматологическую (ортодонтическую) помощь населению: стоматологических поликлиник, стоматологических отделений и кабинетов амбулаторий, поликлиник, больниц, диспансеров, научно-исследовательских институтов независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности.

3. Форма № 037-2/у используется для учета работы, проводящейся врачами-стоматологами-ортодонтами за один день.

4. В графе 1 указывается порядковый номер пациента, который обратился за стоматологической помощью в этот день.

5. В графе 2 указываются часы приема пациент (больного). Данные этой графы используются для планирования времени, учета объема выполненных лечебно-профилактических мероприятий.

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

7. В графе 4 указывается количество полных лет пациента.

8. В графе 5 указывается характер посещения (первичное, повторное). При заполнении формы № 037-2/у необходимо учитывать, что первичным считается первое обращение больного за стоматологической помощью в отчетном году независимо от причины обращения.

9. В графе 6 указывается номер медицинской карты стоматологического больного.

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

11. В графе 8 указывается диагноз, по поводу которого произошло посещение. Допускается запись с сокращением с применением условных обозначений и формулы зубов. При наличии разных диагнозов все они указываются в данной графе условными обозначениями.

12. В графе 9 указывается комплекс выполненного лечения или его этап, включая смежные специальности.

13. В графе 10 указываются данные об окончании лечения, консультации и др.

14. В графе 11 указывается количество отработанных условных единиц трудоемкости согласно классификатору процедур.

15. При несоответствии времени работы врача по графику фактически отработанному количеству часов администрация в форме № 037-2/у указывает причину потери времени: болезнь, отсутствие электроэнергии, воды и т.д.

16. На основании данных формы № 037-2/у заполняется форма первичного учета № 039-3/у «Дневник учета работы врача стоматолога-ортодонта (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)», утвержденная приказом МЗ ДНР от 19.08.2015 № 012.1/285.

17. Форма № 037-2/у подписывается и датируется врачом стоматологом-ортодонтом, у которого больной находится под диспансерным наблюдением.

18. В случае ведения формы № 037-2/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

19. Срок хранения формы № 037-2/у – 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики19.11.2015 № 012.1/559

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, где заполняется форма	Форма первичной учетной документации
Лаборатория (название)	<b>№ 200/y</b>
	<b>УТВЕРЖДЕНО</b>
Идентификационный код	Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики <b>1   9   1   1   2   0   1   5   №   012.1/559</b>

**НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ № \_\_\_\_\_**  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст (для детей до 1-го года – месяцев, дней) \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_

Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Домашний адрес, место работы (для исследования на RW, ВИЧ) \_\_\_\_\_

Направляемый материал \_\_\_\_\_

Вид исследования \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

(дата выдачи анализа) (подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  <b>№ 203/у</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики <b>1   9   1   1   2   0   1   5   № 012.1/559</b>
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Лаборатория (название)	
Идентификационный код	

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
И РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ № \_\_\_\_\_**« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

1. Первично, повторно (подчеркнуть)

2. Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

4. Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

5. Отделение \_\_\_\_\_

6. Лечащий врач (Ф.И.О., телефон) \_\_\_\_\_

7. Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_

8. Клинический диагноз \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

9. Краткий анамнез и важнейшие клинические симптомы:

10. Данные инструментального обследования (рентгенологического, УЗИ, КТ, эндоскопического и др.) \_\_\_\_\_

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

12. Локализация процесса и способ получения материала \_\_\_\_\_

13. Объем и макроскопическое описание биологического материала, маркировка препаратов \_\_\_\_\_

14. Дата и время взятия материала \_\_\_\_\_

15. Ф.И.О. и подпись врача, направившего материал на исследование \_\_\_\_\_

16. Наименование лаборатории, проводившей цитологическое исследование \_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_

17. Объем и макроскопическое описание доставленного биологического материала (заполняется в лаборатории): \_\_\_\_\_

18. Дата и время поступления материала \_\_\_\_\_

19. Результат цитологического исследования № \_\_\_\_\_

20. Дата проведения исследования \_\_\_\_\_

21. Ф.И.О. врача, проводившего исследование \_\_\_\_\_

Подпись

Печать

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 203/у**  
**«Направление на цитологическое исследование и результат исследования**  
**№ \_\_\_\_\_»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 203/у «Направление на цитологическое исследование и результат исследования № \_\_\_\_\_» (далее – форма № 203/у).

1. Форма № 203/у заполняется во всех учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики, использующих в своей деятельности цитологические исследования.

2. Пункты 1-11 заполняются лечащим врачом, 12-15 – специалистом, проводившим взятие материала (лечащим врачом, хирургом, онкологом и т.д.), пункты 16-18 заполняются фельдшером-лаборантом, принимавшим материал на исследование, пункты 19-21 - врачом, проводившим исследование.

3. В пункте 8 указывается диагноз, установленный при клиническом обследовании больного, код по МКБ десятого пересмотра.

4. Пункт 9. Отмечаются данные анамнеза и важнейшие клинические симптомы: наличие или отсутствие опухоли, выделений и т.п.

5. Пункт 10. Приводятся данные инструментального обследования: рентгенологического, ультразвукового, компьютерной томографии, эндоскопии, которые, по мнению клинициста, подтверждают клинический диагноз.

6. Пункт 11. Приводятся сведения о проведенном лечении: оперативном (дата операции), лучевом (доза, дата начала и окончания лечения), химиотерапевтическом (название препарата, дата начала и окончания лечения).

7. Пункт 12. Указываются сведения о локализации процесса и способе (методике) взятия биологического материала для цитологического исследования: пункция, соскоб, отпечатки, мазки-отпечатки, его количество.

8. Пункт 13. Описывается макроскопический вид, количество биологического материала, направляемого на цитологическое исследование: жидкость, отделяемое, пунктат, мазки, мазки-отпечатки.

9. Пункт 14. Указывается дата и время взятия материала.



10. Пункт 15. Указывается Ф.И.О. врача, направившего материал на исследование, ставится подпись.

11. Пункт 16. Указывается наименование лаборатории, проводившей цитологическое исследование и номер ее телефона.

12. Пункт 17. Подробно описывается объем и макроскопическое состояние доставленного материала.

13. Пункт 18. Указывается дата и время поступления материала.

14. Пункты 19-21. Указывается номер цитологического исследования, подробно излагается его результат с указанием предполагаемого или установленного диагноза заболевания. Указывается дата проведения исследования. Результат цитологического исследования заверяется подписью врача, проводившего исследование и его печатью.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации <b>№ 206/у</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики <b>1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559</b>
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Лаборатория (название)	
Идентификационный код	
<b>ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ № _____</b> <b>на пробу Кумбса</b> « _____ » 20 ____ г. (дата взятия биоматериала)	
Ф. И. О. _____ Возраст _____ Пол _____ Наименование учреждения здравоохранения _____ Отделение _____ Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № _____ Клинический диагноз _____	
<b>Результат исследования:</b>     Группа крови _____ Резус-принадлежность _____ Прямая проба _____ Непрямая проба _____ Титр _____	
« _____ » 20 ____ г. _____ Ф.И.О. врача _____ (дата выдачи анализа) (подпись)	
Примечание: пробирка с образцом крови должна быть промаркирована (Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты)	

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 206/у  
«Исследование крови №\_\_\_ на пробу Кумбса»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 206/у «Исследование крови №\_\_\_ на пробу Кумбса» (далее – форма № 206/у).

1. Форма № 206/у заполняется ответственными лицами лабораторий учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

2. Форма № 206/у заполняется четко и разборчиво. Ответственным за информацию, предоставленную в форме № 206/у, является лицо, ее заполнившее.

3. Пробирка с образцом крови должна быть промаркирована (Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты).

4. В случае ведения формы № 206/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

5. Форма № 206/у заверяется подписью специалиста, проводившего исследование.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации <b>№ 207/у</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики <b>1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559</b>
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Лаборатория (название)	
Идентификационный код	

**ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ № \_\_\_\_\_**  
**на определение групповой и резус-принадлежности**  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф. И. О. \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_  
Отделение \_\_\_\_\_  
Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_  
Клинический диагноз \_\_\_\_\_

**Результат первичного определения, полученного в отделении учреждения здравоохранения:**  
Группа крови АВО \_\_\_\_\_  
Использованы диагностические стандарты:  
1) Стандартные изогемагглютинирующие сыворотки АВО или цоликлоны (нужное подчеркнуть) следующих серий:  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ годен до \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ годен до \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ годен до \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ годен до \_\_\_\_\_  
2) Универсальный реагент антирезус Rh0(D) или цоликлон анти-D Супер (нужное подчеркнуть) следующих серий: \_\_\_\_\_ годен до \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача, проводившего исследование \_\_\_\_\_  
(подпись)

**Результат:**  
Группа крови АВО \_\_\_\_\_  
Резус-принадлежность \_\_\_\_\_  
Антитела \_\_\_\_\_  
Титр \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(дата выдачи анализа) (подпись)

Примечание: пробирка с образцом крови должна быть промаркирована (Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 207/у  
«Исследование крови № \_\_\_\_ на определение групповой и резус-  
принадлежности»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 207/у «Исследование крови № \_\_\_\_ на определение групповой и резус-принадлежности» (далее – форма № 207/у).

1. Форма № 207/у заполняется ответственными лицами лабораторий учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

2. Форма № 207/у заполняется четко и разборчиво. Ответственным за информацию, предоставленную в форме № 207/у, является лицо, ее заполнившее.

3. Пробирка с образцом крови должна быть промаркирована (Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного).

4. В случае ведения формы № 207/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

5. Форма № 207/у заверяется подписью специалиста, проводившего исследование.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>
	Форма первичной учетной документации <b>№ 207-1/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики <b>1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559</b>
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Лаборатория (название)	
Идентификационный код	

**НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_ В СПК (ОПК)**  
**на определение групповой и резус-принадлежности, индивидуальный подбор**  
(нужное подчеркнуть)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Дата и год рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_  
Отделение \_\_\_\_\_  
Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. врача, направившего образец крови \_\_\_\_\_  
Контактный телефон \_\_\_\_\_  
Клинический  
диагноз \_\_\_\_\_  
Трансфузионный анамнез (кол-во трансфузий и реакции на них) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Акушерский анамнез (кол-во беременностей, родов, ГБН, выкидыши, мертворождения, аборты) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Результаты иммуногематологического исследования крови, полученные в учреждении здравоохранения:  
Группа крови АВО \_\_\_\_\_  
Резус - принадлежность \_\_\_\_\_  
Наличие антиэритроцитарных аллоантител \_\_\_\_\_  
Наименование компонентов крови, необходимых для трансфузии \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(дата выдачи анализа) (подпись)

Примечание: 1. пробирка с образцом крови должна быть промаркирована (Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты)  
2. Если Нб пациента ниже 70 г/л, для определения групповой и резус-принадлежности, проведения индивидуального подбора необходимо взять две пробирки:  
1 пробирка с консервантом (3 мл),  
2 пробирка без консерванта (5 мл).

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 207-1/у  
«Направление № \_\_\_\_\_ в СПК (ОПК) на определение групповой и резус-  
принадлежности, индивидуальный подбор»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 207-1/у «Направление № \_\_\_\_\_ в СПК (ОПК) на определение групповой и резус-принадлежности, индивидуальный подбор» (далее – форма № 207-1/у).

1. Форма № 207-1/у заполняется ответственными лицами лабораторий учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

2. Форма № 207-1/у заполняется четко и разборчиво. Ответственным за информацию, предоставленную в форме № 207-1/у, является лицо, ее заполнившее.

3. Пробирка с образцом крови должна быть промаркирована (Ф.И.О. пациента, дата взятия крови, № медицинской карты).

4. Если Hb пациента ниже 70 г/л, для определения групповой и резус-принадлежности, проведения индивидуального подбора необходимо взять две пробирки: первая пробирка – с консервантом (3 мл); вторая пробирка – без консерванта (5 мл).

5. В случае ведения формы № 207-1/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Форма № 207-1/у заверяется подписью специалиста, проводившего исследование.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  <b>№ 208/y</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики <b>1   9   1   1   2   0   1   5   №   012.1/559  </b>
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Лаборатория (название)	
Идентификационный код	

**ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭЯКУЛЯТА № \_\_\_\_\_**« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_  
Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_  
Отделение \_\_\_\_\_  
Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_  
Клинический диагноз \_\_\_\_\_  
Количество дней воздержания (норма 2-7 дней) \_\_\_\_\_  
Время эякуляции \_\_\_\_\_

Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма
ФИЗИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА			
Объем		мл	2-5
Цвет			серовато-белый
Прозрачность			мутный
Запах			специфический
Консистенция			до 60 мин от момента получения редкий
Вязкость (после полного разжижения)			длина нити до 0,5см
Реакция (pH)			7,2-7,8
МИКРОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ			
Количество сперматозоидов в 1 мл		млн	20-120
Общее количество сперматозоидов в эякуляте		млн	≥40



<b>Кинезисграмма:</b>			
прогрессивно активноподвижные (А)		%	$\geq 25$
прогрессивно слабоподвижные (В)		%	$\geq 25$
непрогрессивно подвижные (С)		%	
неподвижные (D)		%	
<b>Окраска по Блуму:</b>			
живые		%	$\geq 50$
мертвые		%	$\leq 50$
<b>Морфология сперматозоидов:</b>			
нормальные		%	$\geq 30$
дегенеративные (дефекты головки, шейки, хвоста)		%	$\leq 20$
Агглютинация сперматозоидов			отсутствует
Агрегация сперматозоидов			отсутствует
Клетки сперматогенеза		%	0,5-2
Эритроциты			единичные в препарате
Лейкоциты			2-4 в поле зрения
Эпителиальные клетки (уретры, простаты)			единичные в препарате
Сперматофаги			единичные в препарате
Лецитиновые зерна			небольшое количество
Кристаллы Бехтера			единичные в препарате
Слизь			отсутствует

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
 (дата выдачи анализа) (подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Лаборатория (название)</div> <div>Идентификационный код <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></div>									<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"><b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b></div> <div style="margin-bottom: 10px;">Форма первичной учетной документации <b>№ 209-1/у</b></div> <div style="margin-bottom: 10px;"><b>УТВЕРЖДЕНО</b></div> <div style="margin-bottom: 10px;">Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики</div> <div>1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559</div>																																				
<b>НАПРАВЛЕНИЕ</b> <b>на бактериоскопическое исследование биоматериала (мокроты) на КУБ (ТБ 05)</b> <i>(заполняется одно направление на два образца биоматериала)</i> « ____ » _____ 20 ____ г. <i>(дата взятия биоматериала)</i>																																													
<div>Направлено из _____ <i>(наименование учреждения здравоохранения/отделения)</i></div> <div>Ф.И.О. врача _____ Тел. _____</div> <div>Дата направления _____</div> <div>Ф.И.О. пациента _____ Возраст _____ Пол _____</div> <div>Дом.адрес _____</div> <div>Биоматериал: <input type="checkbox"/> Мокрота <input type="checkbox"/> Другой <i>(отметить, какой именно)</i> _____</div> <div><b>Цель исследования:</b> <input type="checkbox"/> Диагностика ТБ <input type="checkbox"/> Контроль лечения ТБ (после _____ доз) <input type="checkbox"/> Другая _____ <i>(указать)</i></div> <div>Дата сбора биоматериала: 1 проба _____ 2 проба _____</div> <div>Ответственный за сбор мокроты: _____</div> <div>Предыдущий результат (мазок) в КДЛ ОЛС (для тубучреждений): дата _____ лаб. № _____ результат _____</div> <div><b>Результат исследования</b> (заполняется в лаборатории) Дата доставки биоматериала в лабораторию _____ Код (название) лаборатории _____ Лабораторный порядковый № _____</div>																																													
<b>Результаты бактериоскопии биоматериала (мокроты) на наличие КУБ</b>																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><th rowspan="3">Дата бакт ерио- скоп ии</th><th rowspan="3">Лаб. №</th><th rowspan="3">Проба</th><th rowspan="3">Отрица- тельный</th><th colspan="4">Результат</th><th rowspan="3">Примечания</th></tr><tr><th colspan="4">положительный/степень позитивности</th></tr><tr><th>1-9 КУБ</th><th>1+</th><th>2+</th><th>3+</th></tr><tr><td>А</td><td>А 1</td><td>Б</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td>1</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td>2</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>		Дата бакт ерио- скоп ии	Лаб. №	Проба	Отрица- тельный	Результат				Примечания	положительный/степень позитивности				1-9 КУБ	1+	2+	3+	А	А 1	Б	1	2	3	4	5	6			1									2						
Дата бакт ерио- скоп ии	Лаб. №					Проба	Отрица- тельный	Результат				Примечания																																	
								положительный/степень позитивности																																					
		1-9 КУБ	1+	2+	3+																																								
А	А 1	Б	1	2	3	4	5	6																																					
		1																																											
		2																																											
<div>« ____ » _____ 20 ____ г. _____ Ф.И.О. врача _____ <i>(дата выдачи результата) (подпись)</i></div>																																													

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 209-1/у  
«Направление на бактериоскопическое исследование биоматериала  
(мокроты) на КУБ (ТБ 05)»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 209-1/у «Направление на бактериоскопическое исследование биоматериала (мокроты) на КУБ (ТБ 05)» (далее – форма № 209-1/у).

1. Форма заполняется ответственными лицами учреждений здравоохранения независимо от формы собственности и подчинения при направлении пациента на бактериоскопическое исследование биоматериала (мокроты) с целью диагностики туберкулеза или для мониторинга лечения больных туберкулезом.

2. В форме № 209-1/у указывается: полное название учреждения здравоохранения и/или отделения, откуда был направлен на исследование биоматериал от пациента; фамилия, инициалы и контактный телефон врача, направившего биоматериал на исследование; число, месяц и год направления на бактериоскопическое исследование.

3. Четко вписывается фамилия, имя и отчество пациента; год рождения пациента, пол, место проживания.

4. Уточняется биоматериал, который направляется на бактериоскопическое исследование: мокрота или другой (промывные воды бронхов, плевральная жидкость и т.д.), который необходимо указать.

5. Отмечается цель проведения исследования: диагностика ТБ; контроль лечения ТБ (с указанием количества полученных суточных доз на момент обследования); другая (уточнить, какая именно) и дата сбора биоматериала (для каждой из двух проб).

6. Вписывается фамилия и инициалы медработника, ответственного за сбор биологического материала.

7. При направлении биоматериала в лабораторию специализированного противотуберкулезного учреждения (или оттуда в более высокого уровня ТБ-лабораторию) обязательно указывается: результат мазков, выполненных до этого в КДЛ общелечебной сети (далее ОЛС) или тублаборатории (если материал направляется оттуда); дата предыдущей бактериоскопии; лабораторный номер исследований из журнала ТБ 04/1 (из двух /более/ проб предыдущих мазков отмечается самый значимый результат).

8. Результаты исследования и дальнейшие графы заполняются после доставки биоматериала в лабораторию: дата доставки; код (название) лаборатории; присвоенный лабораторный порядковый номер.

9. В таблице отмечаются непосредственные результаты бактериоскопии на КУБ всех доставленных проб биоматериала (от данного больного). Цифрами вписываются число, месяц и год проведения бактериоскопии первой и второй проб биоматериала; порядковый номер пробы исследуемого биоматериала; унифицированные результаты бактериоскопии на КУБ.

9.1. Как отрицательный отмечается результат, если в пробе биоматериала в 100 полях зрения не найдены КУБ (кислотоустойчивые бактерии).

9.2. Если в пробе биоматериала найдены КУБ, то рядом с соответствующим номером образца (1 или 2) помечается нужная графа по степени позитивного результата (графы 2-5).

9.2.1. Если в 100 полях зрения найдено от 1 до 9 КУБ, то в графе 2 необходимо записать цифрой точное число найденных КУБ.

Если в 100 полях зрения найдено от 10 до 99 КУБ, то отметка ставится в графе 3 (КУБ +).

Если в поле зрения найдено от 1 до 10 КУБ не менее, чем в 50 полях зрения, то помечается графа 4 (КУБ ++).

Если в поле зрения найдено более 10 КУБ не менее, чем в 20 полях зрения, то помечается графа 5 (КУБ +++).

9.3. В графу 6 вносятся специальные примечания (при необходимости).

10. Внизу цифрами отмечается дата выдачи результата из лаборатории и ставится подпись лица, проводившего исследование.

11. В случае ведения формы № 209-1/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации <b>№ 209-2/y</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики  <table><tr><td>1</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/559</td></tr></table>	1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559
1		9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559	
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма											
Лаборатория (название)											
Идентификационный код											

<b>Направление от _____ (дата)</b> <b>на бактериологическое исследование биоматериала на МБТ (ТБ 06)</b>																																																							
Направление на: <input type="checkbox"/> GeneXpert <input type="checkbox"/> КУБ (из ц/ф) <input type="checkbox"/> посев «БАКТЕК» <input type="checkbox"/> посев на Л-Й <input type="checkbox"/> ТЛЧ-1 <input type="checkbox"/> ТЛЧ-2																																																							
Регистрационный номер случая	<table><tr><td>0</td><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">Район, город</td><td colspan="2">Год</td><td colspan="4">Порядковый номер</td></tr></table>	0	5							Район, город		Год		Порядковый номер																																									
0	5																																																						
Район, город		Год		Порядковый номер																																																			
Направлено из:	_____ (наименование учреждения здравоохранения / отделения)																																																						
Ф.И.О. врача, телефон	_____ Дата направления																																																						
Код (название) лаборатории	_____																																																						
Ф.И.О. пациента	_____ Год рождения _____ Пол: <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж																																																						
Домашний адрес	_____																																																						
Биоматериал	<input type="checkbox"/> мокрота <input type="checkbox"/> другой _____ (отметить, какой именно)																																																						
Биоматериал получен из	<input type="checkbox"/> легких <input type="checkbox"/> внелегочного очага _____ (отметить, какой именно)																																																						
Цель исследования:	<input type="checkbox"/> Диагностика ТБ: <input type="checkbox"/> Контроль лечения ТБ <input type="checkbox"/> Другая																																																						
	<input type="checkbox"/> нового случая <input type="checkbox"/> рецидива <input type="checkbox"/> другой повторный случай																																																						
Категория больного:	<input type="checkbox"/> Ds <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4(A) <input type="checkbox"/> 4(Б) Дата сбора материала: _____																																																						
Ответственный за сбор биоматериала:	_____																																																						
(заполняется в лаборатории)																																																							
<b>Результат ТЛЧ (3)</b>																																																							
Дата доставки биоматериала _____ Дата постановки теста лекарственной чувствительности _____																																																							
Результаты ТЛЧ <input type="checkbox"/> Не подлежит тестированию																																																							
<table><tr><th colspan="5">К ПТП 1-го ряда</th><th colspan="13">К ПТП 2-го ряда</th></tr><tr><th>H</th><th>R</th><th>S</th><th>E</th><th>Z</th><th>Km</th><th>Cm</th><th>Am</th><th>Ofi</th><th>Lfx</th><th>Mfx</th><th>Et</th><th>Pt</th><th>Cs</th><th>P AS</th><th></th><th></th><th></th></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		К ПТП 1-го ряда					К ПТП 2-го ряда													H	R	S	E	Z	Km	Cm	Am	Ofi	Lfx	Mfx	Et	Pt	Cs	P AS																					
К ПТП 1-го ряда					К ПТП 2-го ряда																																																		
H	R	S	E	Z	Km	Cm	Am	Ofi	Lfx	Mfx	Et	Pt	Cs	P AS																																									
Выделенная культура: <input type="checkbox"/> M. Tuberculosis <input type="checkbox"/> Другие микобактерии: _____ (указать)																																																							
Дата выдачи результата _____ Подпись _____																																																							

Линия отрыва

## Результат бактериологического исследования (2)

Форма первичной учетной документации № 209-2/у

Направлено из \_\_\_\_\_

(наименование учреждения здравоохранения / отделения)

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата доставки биоматериала \_\_\_\_\_

Биоматериал: ☐ мокрота ☐ другой \_\_\_\_\_

Код (название) лаборатории \_\_\_\_\_ Лабораторный порядковый № \_\_\_\_\_

## Результаты бактериологического исследования

Дата посева	Дата выделения культуры	Проба	Результат на БАКТЕКе	Результат на твердой среде (Л-Й)							Примечания
				Роста нет	1-19 колоний	1+	2+	3+	4+	зарост	
А	Б	В	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		1									
		2									

Дата выделения МБТ на ТЛЧ к ПТП \_\_\_\_\_ ☐ Не подлежит тестированиюВид МБТ: ☐ M. Tuberculosis ☐ Другие микобактерии \_\_\_\_\_ (указать)

Дата выдачи результата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Линия отрыва

## Результат бактериоскопии из п/посевого материала(1)

Форма первичной учетной документации № 209-2/у

Направлено из \_\_\_\_\_

(наименование учреждения здравоохранения / отделения)

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата доставки биоматериала \_\_\_\_\_

Биоматериал: ☐ мокрота ☐ другой \_\_\_\_\_

Код (название) лаборатории \_\_\_\_\_ Лабораторный порядковый № \_\_\_\_\_

## Результаты бактериоскопического исследования

Дата бактериоскопии	Проба	Результат					Примечания (в т.ч. параллельное исследование на GeneXpert)
		Отрицательный	Положительный/ степень позитивности				
			1-9 КУБ	1+	2+	3+	
А	Б	1	2	3	4	5	6
	1						
	2						

Подпись \_\_\_\_\_

Дата выдачи результата \_\_\_\_\_

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики


В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 209-2/у  
«Направление от \_\_\_\_\_ (дата) на бактериологическое  
исследование биоматериала на МБТ (ТБ 06)»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 209-2/у «Направление от \_\_\_\_\_ (дата) на бактериологическое исследование биоматериала на МБТ (ТБ 06)» (далее – форма № 209-2/у).

1. Форма заполняется ответственными лицами бактериологических лабораторий (отделов) специализированных противотуберкулезных учреждений независимо от формы собственности и подчинения при направлении биоматериала на полное (частичное) бактериологическое исследование с целью диагностики туберкулеза или для мониторинга лечения больных туберкулезом.

2. В форме № 209-2/у указываются: виды назначенных исследований; полное наименование учреждения здравоохранения и/или отделения, откуда был направлен на исследование биоматериал; фамилия, инициалы и контактный телефон врача, направившего биоматериал; число, месяц и год направления на бактериологическое исследование.

3. Четко вписывается фамилия, имя и отчество пациента; год рождения пациента, пол, место проживания.

4. Уточняется биоматериал, который направляется на бактериологическое исследование: мокрота или другой (промывные воды бронхов, плевральная жидкость и т.д.), который необходимо указать, а также орган, откуда получен биоматериал.

5. Отмечается цель проведения исследования: диагностика ТБ; контроль лечения ТБ (с указанием количества полученных суточных доз на момент обследования); другая (уточнить, какая именно) и дата сбора биоматериала (для каждой из двух проб).

Если биоматериал направляется на исследование с диагностической целью, то ставится пометка в готовой ячейке с указанием нужного типа случая (новый, рецидив, другой повторный).

6. В специальной ячейке отмечается лечебная категория больного (1, 2, 3, 4(А), 4(Б)) и рядом указываются дата сбора биоматериала и ответственный за сбор.

7. В блоке «Результат ТЛЧ (3)»:

7.1. указываются дата доставки биоматериала в лабораторию и дата постановки теста лекарственной чувствительности МБТ к ПТП (далее – ТЛЧ);

7.2. в таблице отмечаются полученные результаты ТЛЧ (отдельно для каждого ПТП 1 и 2 рядов, чувствительность к которым исследовалась);

7.3. если культура не подлежит тестированию, в соответствующей ячейке ставится отметка;

7.4. если исследованная культура является чувствительной к ПТП, в соответствующей графе (по названию ПТП) ставится отметка в виде буквы «Ч»;

7.5. если исследованная культура является устойчивой к ПТП, в соответствующей графе (по названию ПТП) ставится отметка в виде буквы «У»;

7.6. под таблицей в соответствующей строке отмечается результат идентификации выделенной культуры микобактерий (*M.tuberculosis* или «другие» микобактерии с расшифровкой);

7.7. внизу блока указывается дата выдачи результата ТЛЧ (раздельно для 1 и 2 рядов ПТП) и ставится подпись врача, проводившего исследование.

8. В блоке «Результат бактериологического исследования (2)»:

8.1. в верхней части блока повторяется информация о пациенте, учреждении-заказчике и учреждении-исполнителе исследования, виде исследуемого биоматериала, дате его доставки и лабораторном номере;

8.2. в таблице отмечаются унифицированные результаты культурального исследования всех доставленных проб биоматериала (нумерация проб указывается в графе В);

8.3. в графе А указываются число, месяц и год проведения посева для каждой пробы биоматериала (нумерация проб указывается в графе В);

8.4. в графе Б указываются число, месяц и год выделения культуры из каждой пробы биоматериала (нумерация проб указывается в графе В);

8.5. графа 1 заполняется, если исследование данной пробы проводилось на аппарате «БАКТЕК»;

8.6. в графах 2-8 ставится отметка в колонке с нужным унифицированным результатом культурального исследования на плотной среде Левинштейна-Йенсена (Л-Й);

8.7. если на плотной питательной среде отсутствует рост колоний, то в графе 2 ставится нужная отметка;



8.8. если на плотной питательной среде выросли 1-19 колоний, то в графе 3 указывается точное число колоний;

8.9. если на плотной питательной среде выросло от 20 до 100 колоний, то в графе 4 (1+) ставится нужная пометка;

8.10. если на плотной питательной среде выросло от 100 до 200 колоний, то в графе 5 (2+) ставится нужная отметка;

8.11. если на плотной питательной среде выросло от 200 до 500 колоний, то в графе 6 (3+) ставится нужная отметка;

8.12. если на плотной питательной среде выросло более 500 колоний, то в графе 7 (4+) ставится нужная отметка;

8.13. если на питательной среде выросла неспецифическая микрофлора, то в графе 8 (зарост) ставится нужная отметка;

8.14. в графу 9 могут вноситься специальные примечания (при необходимости);

8.15. под таблицей проставляется дата постановки ТЛЧ из полученной культуры;

8.16. если полученная культура не подлежит тестированию, ставится специальная отметка в соответствующей ячейке;

8.17. под таблицей в соответствующей строке отмечается результат идентификации выделенной культуры микобактерий (*M.tuberculosis* или «другие» микобактерии с расшифровкой);

8.18. внизу блока указывается дата выдачи результата посевов и ставится подпись врача, проводившего исследование.

## 9. В блоке «Результат бактериоскопии из п/посевного материала (1)»:

9.1. в верхней части блока повторяется информация о пациенте, учреждении-заказчике и учреждении-исполнителе исследования, виде исследуемого биоматериала, дате его доставки и лабораторном номере;

9.2. в таблице отмечаются унифицированные результаты бактериоскопического исследования всех доставленных проб биоматериала (нумерация проб указывается в графе Б):

9.3. как отрицательный отмечается результат, если в пробе биоматериала в 100 полях зрения не найдены КУБ (кислотоустойчивые бактерии);

9.4. если в пробе биоматериала найдены КУБ, то рядом с соответствующим номером образца (1 или 2) помечается нужная графа по степени позитивного результата (графы 2-5);

9.5. если в 100 полях зрения найдено от 1 до 9 КУБ, то в графе 2 необходимо записать цифрой точное число найденных КУБ;

9.6. если в 100 полях зрения найдено от 10 до 99 КУБ, то отметка ставится в графе 3 (КУБ +);

9.7. если в поле зрения найдено от 1 до 10 КУБ не менее, чем в 50 полях зрения, то помечается графа 4 (КУБ++);

9.8. если в поле зрения найдено более 10 КУБ не менее, чем в 20 полях зрения, то помечается графа 5 (КУБ+++);

9.9. в графу 6 вносятся специальные примечания (при необходимости);

9.10. внизу под таблицей отмечается дата выдачи результата из лаборатории и ставится подпись лица, проводившего исследование.

10. Форма первичной учетной документации № 209-2/у заполняется и направляется заказчику исследований поэтапно по мере выполнения отдельных видов комплексного бактериологического исследования:

10.1. отрывной талон из блока «Результат бактериоскопии из п/посевого материала (1)» направляется в ЛПУ (отделение) сразу по завершению бактериоскопического исследования;

10.2. отрывной талон из блока «Результат бактериологического исследования (2)» направляется в ЛПУ (отделение) сразу по завершению учета результатов посева;

10.3. отрывной талон из блока «Результат ТЛЧ (3)» направляется в ЛПУ (отделение) сразу по завершению заказанных видов исследований ТЛЧ (к ПТП 1и/или 2 рядов).

11. В случае ведения формы № 209-2/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа  
исполнительной власти, предприятия, учреждения,  
организации, к сфере управления которого относится  
учреждение здравоохраненияНаименование и местонахождение (полный почтовый  
адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется  
форма

Лаборатория (название)

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 210/y

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559

**АНАЛИЗ МОЧИ ОБЩИЙ №**

« » 20 г.

(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О.

Возраст Пол

Наименование учреждения здравоохранения

Отделение

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного №

Клинический диагноз

Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма
<b>ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА</b>			
Количество		мл	
Цвет			светло-желтый
Прозрачность			прозрачная
Относительная плотность			1000-1030
Реакция (pH)			5,0-7,0
Белок		г/л	не обнаружен
Глюкоза		ммоль/л	не обнаружена
Кетоновые тела			не обнаружены
Билирубин			отрицательный
Уробилиноген			отрицательный
<b>МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ</b>			
Эритроциты:			
неизмененные			единичные в препарате
измененные			отсутствуют
Лейкоциты			до 8 в поле зрения
Эпителий (указать какой)			единичный в поле зрения
Цилиндры (указать какие)			не обнаружены
Слизь			отсутствует
Соли			не обнаружены
Бактерии			отсутствуют

« » 20 г. Ф.И.О. врача

(дата выдачи анализа)

(подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

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

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

Лаборатория (название)

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 211/y

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

19 | 11 | 2015 № 012.1/559

**АНАЛИЗ МОЧИ ПО ЗИМНИЦКОМУ № \_\_\_\_\_**

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

(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Количество выпитой жидкости (л) \_\_\_\_\_

Номер порции	Часы	Относительная плотность	Количество мочи (л)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Дневной диурез \_\_\_\_\_ (л)

Ночной диурез \_\_\_\_\_ (л)

Общий диурез \_\_\_\_\_ (л)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата выдачи анализа)\_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(подпись)Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

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

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

Лаборатория (название)

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 212/y

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559

**АНАЛИЗ МОЧИ ПО НЕЧИПОРЕНКО № \_\_\_\_\_**« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Показатели	Результат	Норма
Количество лейкоцитов		до 2000/мл
Количество эритроцитов		до 1000/мл
Количество цилиндров		до 20/мл

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(дата выдачи анализа) (подпись)Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Лаборатория (название)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Идентификационный код</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"><b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b></div> <div style="margin-bottom: 10px;">Форма первичной учетной документации <b>№ 215/y</b></div> <div style="margin-bottom: 10px;"><b>УТВЕРЖДЕНО</b></div> <div style="margin-bottom: 10px;">Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">1   9   1   1   2   0   1   5   №   012.1/559  </div>
<b>НАПРАВЛЕНИЕ НА ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ И РЕЗУЛЬТАТ ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА (МАТЕРИАЛА, ПОЛУЧЕННОГО ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОСМОТРЕ, СКРИНИНГЕ)</b>  « ____ » _____ 20 ____ г. <small>(дата взятия биоматериала)</small>	
<div style="margin-bottom: 5px;">1. Ф.И.О. (полностью) _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">2. Дата рождения _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">3. Адрес пациентки: населенный пункт район _____ улица _____ дом _____ корп. _____ кв. _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">4. Диагноз (при направлении на цитологическое исследование): _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">Код диагноза по МКБ-10 <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 15px; vertical-align: middle;"></div></div> <div style="margin-bottom: 5px;">5. Дата последней менструации _____ Менопауза _____ лет</div> <div style="margin-bottom: 5px;">6. Проводимое лечение _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">7. Соскоб получен (нужное подчеркнуть): влагалище, экзоцервикс, эндоцервикс Дата взятия биологического материала _____ Ф.И.О. врача (акушерки), направляющих материал: _____ Подпись _____ Наименование цитологической лаборатории _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">8. Дата поступления материала _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">9. Результат цитологического исследования № _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">9.1. Качество препарата: адекватный, недостаточно адекватный, неадекватный (нужное подчеркнуть)</div> <div style="margin-bottom: 5px;">9.2. Цитограмма (нужное отметить): Без особенностей (для репродуктивного возраста) (дать описание) _____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">_____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">_____</div> <div style="margin-bottom: 5px;">С возрастными изменениями слизистой оболочки</div> <div style="margin-bottom: 5px;">- атрофический тип мазка;</div> <div style="margin-bottom: 5px;">- эстрогенный тип мазка</div>	

10. Цитограмма (описание) \_\_\_\_\_

соответствует (нужное подчеркнуть)

10.1. Пролиферации (гиперплазии) железистого эпителия.

10.2. Гиперкератозу плоского эпителия.

10.3. Воспалительному процессу слизистой оболочки (вагинит, экзоцервицит, эндоцервицит) уточнить: степень выраженности \_\_\_\_\_

этиологический фактор \_\_\_\_\_

10.4. Бактериальному вагинозу.

10.5. Атрофическому кольпиту.

10.6. Нерезко выраженным изменениям клеток плоского эпителия:

- легкой дисплазии;

- изменениям характерным для папилломавирусной инфекции.

10.7. Выраженным изменениям клеток плоского эпителия (уточнить):

- умеренной дисплазии;

- тяжелой дисплазии.

10.8. Раку (уточнить форму) \_\_\_\_\_

11. Другие типы цитологических заключений: \_\_\_\_\_

12. Дополнительные уточнения: \_\_\_\_\_

Дата проведения исследования \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача, проводившего исследование \_\_\_\_\_

Подпись

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 215/у  
«Направление на цитологическое исследование и результат исследования  
гинекологического материала (материала, полученного при  
профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге)»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 215/у «Направление на цитологическое исследование и результат исследования гинекологического материала (материала, полученного при профилактическом гинекологическом осмотре, скрининге)» (далее – форма № 215/у).

1. Форма № 215/у заполняется врачом или акушеркой, направляющим материал на цитологическое исследование, во всех лечебно-профилактических учреждениях Донецкой Народной Республики, использующих в своей деятельности цитологические исследования при гинекологических осмотрах.

2. Пункт 1-2. Указываются: Ф.И.О. пациентки - полностью, дата рождения (например, 09.09.1987).

3. Пункт 3. Указывается адрес пациентки в соответствии с пропиской.

4. Пункт 4. Указывается диагноз, установленный при клиническом обследовании больного, код клинического диагноза по МКБ десятого пересмотра.

5. Пункт 5, 6. Сведения о дате последней менструации или менопаузе, проводимом лечении.

6. Пункт 7. Данные о месте взятия материала для цитологического исследования: влагалище, экзоцервикс, эндоцервикс.

7. Далее проставляются: дата взятия биологического материала, Ф.И.О. врача (акушерки), направляющих материал на исследование.

8. Указывается наименование цитологической лаборатории, проводившей исследование материала и номер ее телефона.

9. Пункт 9. Результат цитологического исследования заполняется врачом, проводившим цитологическое исследование материала.



10. Далее указывается номер цитологического исследования; в пункте 9.1. отмечается качество полученных препаратов; в пунктах 9.2. отмечаются результаты соответствующие предполагаемому или установленному диагнозу заболевания.

11. К другим типам цитологических заключений (пункт 11) относятся фолликулярный цервицит, хламидийная инфекция, цитомегаловирусная инфекция, герпесная инфекция и другие.

12. В пункте 12 уточняются цитологические признаки других нозологических форм, не включенных в пункты 10.1.-10.8.

13. Указывается дата проведения исследования. Результат цитологического исследования заверяется подписью врача или другого специалиста со средним образованием, проводившего исследование.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

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

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

Лаборатория (название)

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 216/y

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559

**АНАЛИЗ МОКРОТЫ №**« » 20 г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О.

Возраст Пол

Наименование учреждения здравоохранения

Отделение

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного №

Клинический диагноз

**Физические особенности**

Количество Запах

Характер Консистенция

Примеси

**Микроскопическое исследование**

Лейкоциты Эритроциты

Эпителий

Альвеолярные клетки (макрофаги)

Спирали Куршмана Кристаллы Шарко-Лейдена

Волокна (эластические, коралловидные, обызвествленные)

Фибрин Грибы

Кислотоустойчивые бактерии (КУБ)

Другая флора

Клетки с признаками атипии

« » 20 г. Ф.И.О. врача  
(дата выдачи анализа) (подпись)Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

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

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

Лаборатория (название)

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 217/y

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559

**АНАЛИЗ СЕКРЕТА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ № \_\_\_\_\_**« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Лейкоциты \_\_\_\_\_

Эритроциты \_\_\_\_\_

Эпителий \_\_\_\_\_

Яичковые цилиндры \_\_\_\_\_ Макрофаги \_\_\_\_\_

Кристаллы Беттхера \_\_\_\_\_

Лецитиновые зерна \_\_\_\_\_

Амилоидные тельца \_\_\_\_\_ Слизь \_\_\_\_\_

Сперматозоиды \_\_\_\_\_ Трихомонады \_\_\_\_\_

Другая микрофлора \_\_\_\_\_

Прочее \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(дата выдачи анализа) (подпись)Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики19.11.2015 № 012.1/559Наименование министерства, другого органа  
исполнительной власти, предприятия, учреждения,  
организации, к сфере управления которого относится  
учреждение здравоохраненияНаименование и местонахождение (полный почтовый  
адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется  
форма

Лаборатория (название)

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

**№ 218/у****УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики**1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559****АНАЛИЗ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ № \_\_\_\_\_**« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Показатель	Выделения из:		
	шейки матки	влагалища	уретры
Лейкоциты			
Эритроциты			
Эпителий			
Слизь			
Микрофлора			
Гонококки			
Трихомонады			
Ключевые клетки			
Грибы			
Атипичные клетки			
Прочее			

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(дата выдачи анализа) (подпись)Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

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

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

Лаборатория (название)

Идентификационный код

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 219 /у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559

**АНАЛИЗ КАЛА №**

« » 20 г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О.

Возраст Пол

Наименование учреждения здравоохранения

Отделение

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного №

Клинический диагноз

**Физические особенности**

Количество Форма

Консистенция Цвет

Запах Слизь

Остатки непереваренной пищи

Кровь

Конкременты (копролиты)

**Химическое исследование**

Реакция (pH)

Реакция на скрытую кровь

Реакция на желчные пигменты

**Микроскопическое исследование**

Мышечные волокна:

неизмененные

измененные

Растительная клетчатка переваримая \_\_\_\_\_

Растительная клетчатка непереваримая \_\_\_\_\_

Крахмал \_\_\_\_\_

Жир нейтральный \_\_\_\_\_

Жирные кислоты \_\_\_\_\_

Мыла \_\_\_\_\_

Кристаллы \_\_\_\_\_

Слизь \_\_\_\_\_

Эпителиальные клетки \_\_\_\_\_

Лейкоциты \_\_\_\_\_

Эритроциты \_\_\_\_\_

Йодофильная флора \_\_\_\_\_

Простейшие \_\_\_\_\_

Яйца глистов \_\_\_\_\_

Элементы гриба, сходного с дрожжевым \_\_\_\_\_

Прочее \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
 (дата выдачи анализа) (подпись)

Министр здравоохранения  
 Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

Myce

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

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

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

Лаборатория (название)

Идентификационный код

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 223 /у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559

**АНАЛИЗ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ № \_\_\_\_\_**

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

(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Материал получен пункцией:

вентрикулярной (I)

окципитальной (II)

люмбальной (III)

Материал доставлен в \_\_\_\_\_ пробирках

**Физические особенности**

Показатели		Значение			Норма		
		I	II	III	I	II	III
Количество							
Относительная плотность					1,002-1,004	1,002-1,004	1,006-1,007
рН					7,35 – 7,4		
Цвет	До центрифугирования				бесцветный		
	После центрифугирования						
Прозрач-ность	До центрифугирования				прозрачная		
	После центрифугирования						



**Химическое исследование**

Показатели	Значение			Норма		
	I	II	III	I	II	III
Белок (г/л)				0,12-0,2	0,1-0,2	0,22-0,33
Реакция Панди				отрицательная		
Хлориды				120-130 ммоль/л		
Глюкоза				2,8-3,9 ммоль/л		
Прочее						
Цитоз (мкл)				0-4 (лимфоциты)		
Эритроциты (мкл)						

**Микроскопическое исследование осадка**  
(после центрифугирования)

Лимфоциты \_\_\_\_\_

Эозинофильные гранулоциты \_\_\_\_\_

Нейтрофильные гранулоциты \_\_\_\_\_

Моноциты \_\_\_\_\_

Макрофаги \_\_\_\_\_ Гистиоциты \_\_\_\_\_

Плазмоциты \_\_\_\_\_

Клетки арахноидендотелия \_\_\_\_\_

Клетки эпандимы \_\_\_\_\_

Зернистые шары \_\_\_\_\_

Эритроциты \_\_\_\_\_

Клетки с признаками злокачественности \_\_\_\_\_

Прочее \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(дата выдачи анализа) (подпись)Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики


В.В. Кучковой

## УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой  
Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа  
исполнительной власти, предприятия, учреждения,  
организации, к сфере управления которого относится  
учреждение здравоохраненияНаименование и местонахождение (полный почтовый  
адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется  
форма

Лаборатория (название)

Идентификационный код

## МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 224/y

## УТВЕРЖДЕНО

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559

## КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ №

« » 20 г.

(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О.

Возраст Пол

Наименование учреждения здравоохранения

Отделение

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного №

Клинический диагноз

Показатель		Значение	Единицы измерения	Норма
Гемоглобин	м		г/л	
	ж		г/л	
Эритроциты	м			
	ж			
Цветовой показатель				
Гематокрит	м		%	
	ж		%	
Ретикулоциты			%	
Тромбоциты			Г/л	
Лейкоциты				
Скорость оседания эритроцитов (СОЭ)	м		мм/ч	
	ж		мм/ч	
Нейтрофилы	Миелоциты		%	
	Метамиелоциты		%	
	Палочкоядерные		%	
	Сегментоядерные		%	
Эозинофилы			%	
Базофилы			%	
Лимфоциты			%	
Моноциты			%	
Плазматические клетки			%	

Примечание:

« » 20 г. Ф.И.О. врача  
(дата выдачи анализа) (подпись)Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

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

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

Лаборатория (название)

Идентификационный код

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 225/y

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559

**КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ № \_\_\_\_\_**

на гематологическом анализаторе

« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_\_ г.

(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Показатель		Значение	Единицы измерения	Норма
WBC				
Lymph%			%	
Mid%			%	
Gran%			%	
HGB	М		g/l	
	Ж		g/l	
RBC	М			
	Ж			
HCT	М		%	
	Ж		%	
MCV			fl	
MCH			pg	
MCHC			g/l	
RDW-CV			%	
RDW-SD			fl	
PLT				
MPV			fl	
PDW				
PCT			%	
СОЭ			мм/ч	

Лейкоцитарная формула:

« \_\_\_\_\_ » 20 \_\_\_\_\_ г. Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(дата выдачи анализа) (подпись)Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> <b>ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ УЧЕТНОЙ</b> <b>ДОКУМЕНТАЦИИ</b> <b>№ 226/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики										
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____												
Лаборатория (название) _____												
Идентификационный код _____												
		<table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/559</td></tr></table>	1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559
1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559			

**ЖУРНАЛ**

**регистрации взятия крови для проведения исследований на  
наличие серологических маркеров ВИЧ**

Начат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

Окончен «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

Myse

В.В. Кучковой

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 226/у  
«Журнал регистрации взятия крови для проведения исследований  
на наличие серологических маркеров ВИЧ»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации «Журнал регистрации взятия крови для проведения исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ» (далее – форма № 226/у).

1. В левому верхнем углу формы № 226/у указывается наименование учреждения здравоохранения и его идентификационный код.

2. В графе 1 указывается порядковый номер исследования. Нумерация Журнала начинается 1 января и заканчивается 31 декабря текущего года.

3. В графе 2 указывается дата взятия образца крови в учреждении здравоохранения для проведения исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ.

4. В графе 3 указывается фамилия, имя, отчество пациента. Индивидуальный номер пациента указывается лишь в случае анонимного обследования.

5. В графе 4 указывается фамилия, имя, отчество врача, направившего пациента на обследование.

6. В графе 5 отмечается пол: мужской, женский.

7. В графе 6 указывается дата рождения полностью (день, месяц, год).

8. В графе 7 указывается код обследования.

9. В графе 8 отмечается дата направления образца на исследование в лабораторию.

10. В графе 9 отмечается номер справки (ИФА) лаборатории, которая проводила исследование на ВИЧ.

11. В графе 10 отмечается результат исследования – «отрицательный», «положительный».

12. В случае ведения формы № 226/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

13. Форма № 226/у должна быть пронумерована и прошнурована, заверена печатью учреждения и подписью руководителя.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 227/у

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа  
исполнительной власти, предприятия, учреждения,  
организации, к сфере управления которого относится  
учреждение здравоохраненияНаименование и местонахождение (полный почтовый  
адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется  
форма

Лаборатория (название)

Идентификационный код

**АНАЛИЗ ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА №**« » 20 г.  
(дата взятия биоматериала)Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_  
Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_  
Отделение \_\_\_\_\_  
Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_  
Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма (по Воробьеву А.И.)
Бласты			0,1-1,1
Миелобласты			0,2-1,7
Промиелоциты:			
нейтрофильные			1,0-4,1
эозинофильные			0,5-5,8
базофильные			0,0-0,5
Миелоциты:			
нейтрофильные			7,0-12,2
эозинофильные			0,5-5,8
базофильные			0,0-0,5
Юные:			
нейтрофильные			8,0-15,0
эозинофильные			0,5-5,8
базофильные			0,0-0,5
Палочкоядерные:			
нейтрофильные			12,8-23,7
эозинофильные			0,5-5,8
базофильные			0,0-0,5
Сегментоядерные:			
нейтрофильные			13,1-24,1
эозинофильные			0,5-5,8
базофильные			0,0-0,5
Лимфоциты			4,3-13,7
Моноциты			0,7-3,1

Показатель	Значение	Единицы измерения	Норма
Плазматические клетки			0,1-1,8
Ретикулярные клетки			0,1-1,6
Эритробласты			0,2-1,1
Пронормобласты			0,1-1,2
Нормобласты:			
базофильные			1,4-4,6
полихроматофильные			8,9-16,9
оксифильные			0,8-5,6

Индекс лейко: эритро (Л:Э) (3,3-4:1) \_\_\_\_\_

Индекс созревания нейтрофилов (0,6-0,8) \_\_\_\_\_

Индекс созревания эритробластов (0,8-0,9) \_\_\_\_\_

Мегакариоцитограмма: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Выводы:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
 (дата выдачи анализа) (подпись)

Министр здравоохранения  
 Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики19.11.2015 № 012.1/559

<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">Лаборатория (название)</div> <div>Идентификационный код    <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></div>									<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 10px;"><b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b></div> <div style="margin-bottom: 10px;">Форма первичной учетной документации <b>№ 230/y</b></div> <div style="margin-bottom: 10px;"><b>УТВЕРЖДЕНО</b></div> <div style="margin-bottom: 10px;">Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики</div> <div><table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">9</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">0</td><td style="width: 20px; height: 20px;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px;">5</td></tr></table> № <b>012.1/559</b></div>	1	9	1	1	2	0	1	5
1	9	1	1	2	0	1	5										

**АНАЛИЗ КРОВИ № \_\_\_\_\_**  
  
\_\_\_\_\_  
(вид исследования)  
  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ **20** \_\_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_

Клинический диагноз \_\_\_\_\_

Показатель	Результат	Единицы измерения	Норма

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

(дата выдачи анализа)

(подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

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  Лаборатория (название) _____  Идентификационный код _____	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>
	Форма первичной учетной документации <b>№ 241/у</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики 1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559

**АНАЛИЗ КРОВИ № \_\_\_\_\_**  
**(на реакцию Вассермана)**  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Возраст \_\_\_\_\_  
Домашний адрес \_\_\_\_\_  
Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_  
Отделение \_\_\_\_\_ палата \_\_\_\_\_ участок \_\_\_\_\_  
Медицинская карта стационарного (амбулаторного) больного № \_\_\_\_\_  
Реакция Вассермана:  
с кардиолипидным антигеном \_\_\_\_\_  
с трепонемным антигеном \_\_\_\_\_  
МРП \_\_\_\_\_  
Количественный метод (с кардиолипидным антигеном) \_\_\_\_\_  
Количественный МРП \_\_\_\_\_  
РИФ-абс \_\_\_\_\_  
РИФ-200 \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(дата выдачи анализа) (подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 241/у**  
**«Анализ крови № \_\_\_\_\_ (на реакцию Вассермана)»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 241/у «Анализ крови № \_\_\_\_ (на реакцию Вассермана)» (далее – форма № 241/у)

1. Форма № 241/у заполняется ответственными лицами учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

2. Форма № 241/у предназначена для оформления результатов серологических исследований, проводимых в лабораториях учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

3. Форма № 241/у заполняется четко и разборчиво. Ответственным за информацию, предоставленную в форме № 241/у, является лицо, заполнившее форму.

4. Данные в результат вносятся в соответствии с указанными вопросами.

5. В случае ведения формы № 241/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Форма № 241/у заверяется подписью специалиста, проводившего исследование.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____  Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма _____  Лаборатория (название) _____  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 <b>№ 246/y</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики <table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/559</td></tr></table>	1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559	
1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559		

**НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**на проведение подтверждающих исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ**  
(для скрининговых лабораторий)  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

Регистрационный № \_\_\_\_\_  
Ф. И. О. \_\_\_\_\_  
Пол \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_  
Домашний адрес \_\_\_\_\_  
Дата забора крови \_\_\_\_\_ Место забора крови \_\_\_\_\_  
Дата последнего положительного анализа № ИФА \_\_\_\_\_  
  
Название тест-системы, на которой проводились скрининговые исследования \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Серия № \_\_\_\_\_ срок годности до \_\_\_\_\_  
Дата проведения исследования \_\_\_\_\_  
Значение отсекающего уровня (Cut/off) \_\_\_\_\_ оптическая плотность образца \_\_\_\_\_  
Адрес диагностической лаборатории \_\_\_\_\_  
  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 246/у  
«Направление № \_\_\_\_\_ на проведение подтверждающих исследований на  
наличие серологических маркеров ВИЧ» (для скрининговых лабораторий)**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 246/у «Направление № \_\_\_\_\_ на проведение подтверждающих исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ» (для скрининговых лабораторий) (далее – форма № 246/у).

1. Форма № 246/у заполняется в 2-х экземплярах в лаборатории, где проводятся скрининговые исследования на наличие серологических маркеров ВИЧ-инфекции.

2. В форме № 246/у указывается регистрационный номер (по Журналу регистрации взятия крови для проведения исследования на наличие серологических маркеров ВИЧ), фамилия, имя, отчество пациента, пол: мужской, женский, число, месяц, год рождения, код обследования, домашний адрес, дата взятия крови, место взятия крови, дата последнего позитивного анализа и № ИФА.

3. Обязательно указывается название, номер серии и срок годности тест-системы, на которой проводилось первичное скрининговое исследование, дата его проведения, значение отсекающего уровня (Cut/off) и оптической плотности образца, который направляется для проведения подтверждающих исследований.

4. Направление заполняет врач-лаборант, выполняющий исследование на наличие серологических маркеров ВИЧ-инфекции.

5. В случае ведения формы № 246/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Форма № 246/у заверяется подписью специалиста, проводившего исследование.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

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 _____		Форма первичной учетной документации <b>№ 247/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>									
Лаборатория (название) _____		Приказ Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики									
Идентификационный Код _____		<table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/559</td></tr></table>	1	9	1	1	2	0	1	5	№
1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559		

### **ЖУРНАЛ**

**регистрации образцов сывороток крови, направленных для проведения подтверждающих исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ**

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

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

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 247/у  
«Журнал регистрации образцов сывороток крови, направленных для  
проведения подтверждающих исследований на наличие серологических  
маркеров ВИЧ»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 247/у «Журнал регистрации образцов сывороток крови, направленных для проведения подтверждающих исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ» (далее – форма № 247/у).

1. В графе 1 формы № 247/у указывают порядковый номер. Нумерация журнала начинается 1 января и заканчивается 31 декабря текущего года.

2. В графе 2 указывается фамилия, имя, отчество и индивидуальный номер пациента.

3. В графе 3 указывается регистрационный номер пациента из «Журнала регистрации поступления образцов сывороток крови для проведения скрининговых исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ».

4. В графе 4 указывают пол: мужской, женский.

5. В графе 5 указывают полную дату рождения пациента.

6. В графе 6 указывают код обследования.

7. В графе 7 указывают дату направления образца с положительным результатом тестирования в соответствующую лабораторию, которая осуществляет подтверждающие исследования.

8. В графах 8 и 9 указывают номер справки и результат, который получен при проведении подтверждающих исследований.

9. В графе 10 «Примечание» указывают рекомендации, которые предоставляет подтверждающая лаборатория (при наличии).

10. Форма № 247/у должна быть пронумерована и прошнурована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения.

11. В случае ведения формы № 247/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики19.11.2015 № 012.1/559Наименование министерства, другого органа  
исполнительной власти, предприятия, учреждения,  
организации, к сфере управления которого относится  
учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_Наименование и местонахождение (полный почтовый  
адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется  
форма \_\_\_\_\_

Лаборатория (название) \_\_\_\_\_

Идентификационный код 

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

**№ 249/у****УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

1	9	1	1	2	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---

 № 

0	1	2	.	1	/	5	5	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**НАПРАВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_****на проведение исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ**« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.  
(дата взятия биоматериала)

№ п/п	Ф.И.О. и индивидуальный номер пациента	Пол	Дата рождения	Домашний адрес	Код обследования	Дата взятия крови
1	2	3	4	5	6	7

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_  
(дата) (подпись)

----- линия отреза -----

Наименование министерства, другого органа исполнительной  
власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере  
управления которого относится учреждение здравоохраненияНаименование и местонахождение (полный почтовый адрес)  
учреждения здравоохранения, где заполняется форма

Лаборатория (название) \_\_\_\_\_

Идентификационный код 

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

**№ 249/у****УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики№ 

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

**Справка № \_\_\_\_\_****о результатах исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ методом ИФА**Ф.И.О. и индивидуальный номер пациента \_\_\_\_\_  
Название учреждения здравоохранения, направившего биоматериал \_\_\_\_\_**Результат** при проведении исследований от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года: **антитела к ВИЧ /антиген p 24 не обнаружены**

Врач-лаборант \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 249/у  
«Направление № \_\_\_\_ на проведение исследований на наличие  
серологических маркеров ВИЧ»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 249/у «Направление № \_\_\_\_ на проведение исследований на наличие серологических маркеров ВИЧ» (далее – форма № 249/у).

1. Форма № 249/у состоит из двух частей: направления и справки.
2. Форма № 249/у заполняется в одном экземпляре печатными буквами. Верхнюю часть (направление) заполняют в учреждении здравоохранения, которое направило образец для исследования. Нижнюю часть (справка) заполняют в лаборатории, которая проводила исследование.
3. Направление нумеруют соответственно порядковому (регистрационному) номеру из «Журнала регистрации взятия крови для проведения исследования на наличие серологических маркеров ВИЧ» (форма № 226/у).
4. Графа 1 – указывают номер по порядку.
5. Графа 2 – указывают фамилию, имя и отчество пациента (полностью) или индивидуальный код при анонимном обследовании лица.
6. Графа 3 – указывают пол обследуемого: мужской, женский.
7. Графа 4 – указывают число, месяц, год рождения пациента.
8. Графа 5 – указывают домашний адрес.
9. Графа 6 – указывают код обследования.
10. Графа 7 – указывают дату взятия крови.
11. Направление подписывает врач, который назначил обследование.
12. Нижнюю часть (справка) заполняет врач-лаборант, который осуществляет исследование по определению серологических маркеров ВИЧ.

13. Справке присваивают № ИФА лаборатории, ставят штамп лаборатории, указывают название лаборатории, в которой проводится исследование, фамилию, имя и отчество или индивидуальный код пациента, название учреждения здравоохранения, направившего биоматериал, дату и результат исследования.

14. Указывают результат тестирования в виде «отрицательный», «положительный», «неопределенный», «сомнительный».

15. Справку подписывает врач-лаборант, который выполнял исследование.

16. В случае ведения формы № 249/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

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 _____		Форма первичной учетной документации <b>№ 250/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>									
Лаборатория (название) _____		Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики									
Идентификационный код _____		<table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/559</td></tr></table>	1	9	1	1	2	0	1	5	№
1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559		

**ЖУРНАЛ**  
**регистрации анализов и их результатов**

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

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

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

Myse

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 250/у  
«Журнал регистрации анализов и их результатов»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 250/у «Журнал регистрации анализов и их результатов» (далее – форма № 250/у).

1. Форма № 250/у заполняется ответственными лицами лабораторий учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

2. Форма № 250/у предназначена для регистрации и записи результатов анализов биохимических, гематологических, общеклинических и других в лабораториях учреждений здравоохранения ДНР.

3. Форма № 250/у заполняется четко и разборчиво. Ответственными за информацию, предоставленную в форме № 250/у, являются заполнившие ее лица.

4. В графах 7-36 записываются исследуемые показатели и единицы измерения, а ниже – результаты.

5. В случае ведения формы № 250/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Форма № 250/у должна быть пронумерована и прошнурована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

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 \_\_\_\_\_

Лаборатория (название) \_\_\_\_\_

Идентификационный код \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации  
**№ 252/y**

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

**1 | 9 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/559 |**

**ЖУРНАЛ****регистрации микробиологических и паразитологических исследований**

\_\_\_\_\_  
(вписать название исследования)

Начат « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Окончен « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

Myself

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 252/у**  
**«Журнал регистрации микробиологических и паразитологических**  
**исследований»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 252/у «Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований» (далее – форма № 252/у).

1. Форма № 252/у заполняется ответственными лицами лабораторий учреждений Государственной санитарно-эпидемиологической службы и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

2. Форма № 252/у предназначена для регистрации проводимых микробиологических и паразитологических исследований биоматериала в лабораториях.

3. Форма № 252/у заполняется четко и разборчиво. Ответственными за информацию, предоставленную в форме № 252/у, являются лица, которые ее заполнили.

4. Данные вносятся в форму № 252/у в соответствии с указанными на титульном листе и в графах №№ 1–20 вопросами.

5. При большом объеме работ можно вести журнал по видам исследований (энтеробактерии, коринебактерии, кокки и т.д.).

6. Основанием для приёма материала на исследования являются бланки-направления.

7. Регистрационный номер присваивается каждому поступившему материалу; под этим номером проводят исследования до завершения.

8. Все записи в рабочем журнале и на бланке проводят под регистрационным номером, не допуская расхождений номеров.

9. В случае ведения формы № 252/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

10. Форма № 252/у должна быть пронумерована и прошнурована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____</p> <p>Лаборатория (название) _____</p> <p>Идентификационный код _____</p>		<p><b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации <b>№ 255/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b></p> <p>Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики</p> <table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/559</td></tr></table>	1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559
1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559			

**ЖУРНАЛ****регистрации бактериоскопических исследований на КУБ (ТБ 04/1)**

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

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

№ п/п	Проба	Дата		Ф.И.О. пациента	Пол (М/Ж)	Год рождения	Город (район) проживания	Откуда доставлен (учреждение здравоохранения, отделение)	Биологический материал		Цель исследования			Результаты бактериоскопии *	Дата выдачи результата	Подпись	Примечания
		Сбора	Доставки						Мокрота	Другое	Диагностика ТБ	Контроль ХТ ТБ	Другое				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
	1. 2. 3.																
	1. 2. 3.																
	1. 2. 3.																
	1. 2. 3.																
	1. 2. 3.																
	1. 2. 3.																

\* Результаты бактериоскопии: 1 – 9 КУБ в 100 п.зр.; 1+; 2+; 3+ или отрицательный (отриц.).

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 255/у  
«Журнал регистрации бактериоскопических исследований  
на КУБ (ТБ 04/1)»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 255/у «Журнал регистрации бактериоскопических исследований на КУБ (ТБ 04/1)» (далее – форма № 255/у).

1. Форма № 255/у заполняется ответственными врачами клиничко-диагностических лабораторий (КДЛ) учреждений здравоохранения и специализированных противотуберкулезных учреждений, независимо от формы собственности. Форму заполняют на основании формы первичной учетной документации № 209-1/у «Направление на бактериоскопическое исследование биоматериалов (мокроты) (ТБ 05)» (далее – форма № 209-1/у).

2. В верхнем левом углу формы № 255/у отмечается название министерства, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения.

3. Под названием формы № 255/у обязательно должны быть указаны даты начала и окончания ведения журнала регистрации бактериоскопии.

4. В форме № 255/у регистрируются лица с подозрением на туберкулез, а также больные туберкулезом, которым в рамках клинического мониторинга лечения назначено контрольное бактериоскопическое исследование мокроты (другого биоматериала) на кислотоустойчивые бактерии (далее – КУБ).

5. Информация для граф 2-14 берется из формы № 209-1/у

6. В графе 1 отмечается лабораторный порядковый номер образца биоматериала, направленного в лабораторию.

7. В графе 2 отмечается порядковый номер пробы для данного больного (1, 2).

8. В графе 3 цифрами отмечается число, месяц и год сбора биоматериала.

9. В графе 4 цифрами отмечается число, месяц и год доставки биоматериала в лабораторию.

10. В графе 5 отмечается фамилия, имя и отчество больного.
11. В графе 6 указывается пол больного: М – мужской, Ж – женский.
12. В графе 7 отмечается год рождения больного.
13. В графе 8 указывается город (район) проживания больного (без подробностей).
14. В графе 9 указывается название учреждения здравоохранения (отделения), из которого поступил биоматериал.
15. В графах 10-11 отмечается вид доставленного биоматериала (10 – мокрота, 11 – другой с указанием его вида).
16. В графах 12-14 отмечается цель исследования биоматериала: диагностика туберкулеза, контроль химиотерапии туберкулеза (ХТ ТБ), другая (указать). В графе 13 дополнительно указывается количество принятых больным туберкулезом на момент забора биоматериала суточных доз противотуберкулезных препаратов.
17. В графе 15 отмечаются результаты проведенного бактериоскопического исследования (для каждой пробы из полученной серии проб).
  - 17.1. Если в пробе биоматериала найдены КУБ, то в графе 15 рядом с соответствующим номером образца отмечается степень позитивного результата. Если КУБ не найдены, результат отмечается как отрицательный.
  - 17.2. Если в 100 полях зрения найдено от 1 до 9 КУБ, то в графе 15 рядом с соответствующим номером образца необходимо записать цифрой точное число найденных КУБ.
  - 17.3. Если в 100 полях зрения найдено от 10 до 99 КУБ, то в графе 15 рядом с соответствующим номером образца необходимо указать «1+».
  - 17.4. Если найдено от 1 до 10 КУБ в 50 полях зрения, то в графе 15 рядом с соответствующим номером образца необходимо указать «2+».
  - 17.5. Если найдено более 10 КУБ в 20 полях зрения, то в графе 15 рядом с соответствующим номером образца необходимо указать «3+».
18. В графе 16 цифрами отмечается дата выдачи результатов исследования.
19. В графе 17 ставится подпись специалиста, проводившего исследование.
20. Графа 18 предназначена для дополнительной информации (при необходимости).
21. Форма № 255/у должна быть пронумерована и прошнурована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации	
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____		<b>№ 255-1/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>	
Лаборатория (название) _____		Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики	
Идентификационный код _____		1   9   1   1   2   0   1   5   №   012.1/559	

**ЖУРНАЛ**  
**регистрации бактериологических исследований на МБТ (ТБ 04/2)**

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

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

[illegible]

Результаты исследования							Тесты идентификации										Вид микобактерий	Тесты определения чувствительности к противотуберкулезным препаратам***							Дата выдачи результата		Дата выдачи окончат рез-та	Подписи				
МГИ*		бак. скопия		посев			Морфология колоний	Пигментообразование	Скорость роста	Наличие корд-фактора	Тест с Na-S или PNB	ИХ-тест	Ниаиновый тест	Нитрат-редуктазный тест	Термостабильность каталаз	TCH-тест		ПТП I ряда					ПТП II ряда		ПТП 1 ряд	ПТП 2 ряд		МГИ	М	К	ТЛЧ	
Результат	Дата выдачи	Результат	Дата выдачи	Метод**	Результат	Дата роста												Н	R	Z	E	S	Km (Am, Cm)	Ofx (Lfx)								Другие (указать)
19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51

\* МГИ - молекулярно-генетическое исследование, отмечается МБТ «+/-» та Rif «+/-»

\*\* Указывают «ЛЙ» (Левенштейна-Йенсена) и/или «Б» (БАКТЕК);

\*\*\* Указывают под кодом ПТП: «Ч» (чувствительный) или «У» (устойчивый)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 255-1/у  
«Журнал регистрации бактериологических исследований на МБТ  
(ТБ 04/2)»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 255-1/у «Журнал регистрации бактериологических исследований на МБТ (ТБ 04/2)» (далее – форма № 255-1/у).

1. Форма № 255-1/у заполняется ответственными врачами бактериологических отделов КДЛ (ТБ-лаборатории 2-3 уровней) специализированных противотуберкулезных учреждений, независимо от формы собственности.

Форму № 255-1/у заполняют на основании формы первичной учетной документации № 209-2/у «Направление на бактериологическое исследование на МБТ (ТБ 06)».

2. В верхнем левом углу формы № 255-1/у отмечается название министерства, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения.

3. Под названием формы № 255-1/у обязательно должны быть указаны даты начала и окончания ведения журнала регистрации бактериоскопии.

4. В форме № 255-1/у регистрируются лица с подозрением на туберкулез, а также больные туберкулезом, которым назначено бактериологическое (культуральное) исследование на МБТ, а также определение лекарственной чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам (далее ПТП).

5. Информация для граф 1-17 используется из формы первичной учетной документации № 209-2/у «Направление на бактериологическое исследование на МБТ (ТБ 06)».

6. В графе 1 отмечается лабораторный порядковый номер образца биоматериала, направленного в лабораторию.

7. В графе 2 отмечается номер пробы.

8. В графе 3 цифрами отмечается число, месяц и год сбора биоматериала.

9. В графе 4 цифрами отмечается число, месяц и год доставки биоматериала.

10. В графе 5 указываются фамилия, имя и отчество пациента.

11. В графе 6 отмечается пол пациента: М – мужской, Ж – женский.

12. В графе 7 отмечается год рождения пациента.

13. В графе 8 указывается город (район) проживания пациента (без подробностей).

14. В графе 9 указывается название учреждения (отделения), направившего биоматериал на исследование.

15. В графах 10 и 11 отмечается, какой именно материал получен для исследования (мокрота, другой – с указанием вида).

16. В графах 12-16 отмечается цель проведения исследования: диагностика (графы 12-14), контроль химиотерапии (ХТ ТБ) туберкулеза (графа 15) или другая цель (графа 16) с расшифровкой.

16.1. В графах 12–14 отмечается нужный тип случая туберкулеза с целью диагностики: новый (графа 12), рецидив (графа 13) или другой случай повторного лечения (графа 14).

16.2. В графе 15 (если цель исследования - контроль ХТ ТБ) указывается принятое больным на момент забора материала количество суточных доз противотуберкулезных препаратов.

17. В графе 17 указывают лечебную категорию больного (Ds, 1, 2, 3, 4.3, 4.1-2.(A), 4.1.2(Б)).

18. В графе 18 цифрами вписывают число, месяц и год проведения исследования.

19. В графах 19-20 вписывают дату и результат молекулярно-генетического исследования в соответствии с примечанием (\*) внизу каждого листа Журнала.

20. В графах 21-22 указывают дату и результат бактериоскопического исследования на КУБ из посевного материала (осадка после центрифугирования).

20.1. Если в пробе биоматериала найдены КУБ, то в графе 21 рядом с соответствующим номером образца отмечается степень позитивного результата. Если КУБ не найдены, результат отмечается как отрицательный.

20.2. Если в 100 полях зрения найдено от 1 до 9 КУБ, то в графе 21 рядом с соответствующим номером образца необходимо записать цифрой точное число найденных КУБ.

20.3. Если в 100 полях зрения найдено от 10 до 99 КУБ, то в графе 21 рядом с соответствующим номером образца необходимо указать «1+».

20.4. Если найдено от 1 до 10 КУБ в 50 полях зрения, то в графе 21 рядом с соответствующим номером образца необходимо указать «2+».

20.5. Если найдено более 10 КУБ в 20 полях зрения, то в графе 21 рядом с соответствующим номером образца необходимо указать «3+».

21. В графах 23-25 указывают дату, метод и результат культурального посева в соответствии с примечанием (\*\*\*) внизу каждого листа Журнала.

22. В графе 24 отмечают результат бактериологического исследования первой и второй проб на МБТ («+» - положительный, «отриц.» - отрицательный, «зарост»).

22.1. Если на питательной среде выросли 1-19 колоний, то в графе 24 рядом с соответствующим номером образца указывается точное число колоний.

22.2. Если на питательной среде выросло от 20 до 100 колоний, то в графе 24 рядом с соответствующим номером образца отмечается «1+».

22.3. Если на питательной среде выросло от 100 до 200 колоний, то в графе 24 рядом с соответствующим номером образца отмечается «2+».

22.4. Если на питательной среде выросло от 200 до 500 колоний, то в графе 24 рядом с соответствующим номером образца отмечается «3+».

22.5. Если на питательной среде выросло более 500 колоний, то в графе 24 рядом с соответствующим номером образца отмечается «4+».

23. В графе 25 цифрами записывают дату выдачи предварительного результата посева (по факту получения роста культуры).

24. В графах 26-35 отмечаются полученные результаты тестов для идентификации выделенной культуры (в нужной клетке указывается соответствующий результат).

25. В графе 36 указывается вид выделенных микобактерий, а именно: *M. tuberculosis* (МБТ), другие микобактерии (указать).

26. В графах 37-44 отмечаются результаты теста лекарственной чувствительности (ТЛЧ) МБТ к ПТП первого (графы 37-41) и второго (графы 42-44) рядов. Если культура является чувствительной к указанным в заглавии препаратам, то в соответствующей графе вписывается буква «Ч», если является устойчивой – буква «У».

27. В графах 45-46 цифрами отмечаются даты выдачи результата ТЛЧ к ПТП первого ряда (графа 45) и второго ряда (графа 46).

28. В графе 47 цифрами отмечается дата выдачи окончательного (заключительного) результата бактериологического исследования (с учетом ТЛЧ).

29. В графах 48-51 ставится подпись специалиста, проводившего каждый из видов исследования (молекулярно-генетическое (МГИ), бактериоскопическое (М), культуральное (К), исследование ТЛЧ1/ТЛЧ2).

30. Форма № 255-1/у должна быть прошнурована и пронумерована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**  
Форма первичной учетной документации  
**№ 260/у**

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

| 1 | 9 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/559 |

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	
_____	
Лаборатория (название) _____	
Идентификационный код	

**ЖУРНАЛ**  
**регистрации серологических исследований**  
**(диагностика сифилиса)**

Начат “ \_\_\_\_ “ \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Окончен “ \_\_\_\_ “ \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года



[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

Myself

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

## **ИНСТРУКЦИЯ**

### **по заполнению формы первичной учетной документации № 260/у «Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 260/у «Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)» (далее – форма № 260/у).

1. Форма № 260/у заполняется ответственными лицами лабораторий учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

2. Форма № 260/у предназначена для учета серологических исследований в лабораториях учреждений здравоохранения ДНР.

3. Форма № 260/у заполняется четко и разборчиво. Ответственными за информацию, предоставленную в форме № 260/у, являются лица, которые ее заполнили.

4. В случае ведения формы № 260/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

5. Форма № 260/у должна быть пронумерована и прошнурована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____		<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____		<b>№ 261/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>
Лаборатория (название) _____		Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики
Идентификационный код _____		1   9   1   1   2   0   1   5   №   012.1/559

**ЖУРНАЛ**  
**регистрации допущенных преаналитических ошибок**

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

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

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

Myse

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 261/у  
«Журнал регистрации допущенных преаналитических ошибок»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 261/у «Журнал регистрации допущенных преаналитических ошибок» (далее – форма № 261/у).

1. Форма № 261/у заполняется ответственными лицами лабораторий при приеме биологического материала.

2. Форма № 261/у предназначена для регистрации в лабораториях ошибок, допущенных на преаналитическом (внелабораторном) этапе.

3. Форма № 261/у заполняется четко и разборчиво. Ответственными за информацию, предоставленную в форме № 261/у, являются лица, которые ее заполнили. В случае обнаружения ошибки в соответствующей графе ставится отметка «+».

4. Графы «Доставил» и «Принял» являются обязательными для заполнения.

5. В случае ведения формы № 261/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Форма № 261/у должна быть пронумерована и прошнурована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения.

7. При обнаружении допущенных преаналитических ошибок лаборатория обязана уведомить учреждение здравоохранения/отделение о дефектуре (форма № 261-1/у).

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

19.11.2015 № 012.1/559

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации <b>№ 261-1/y</b>  <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики <b>1 9 1 1 2 0 1 5 № 012.1/559</b>
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, где заполняется форма	
Лаборатория (название) Идентификационный код	

**ПРОТОКОЛ****регистрации допущенных преаналитических ошибок**

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

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_  
Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_  
Отделение \_\_\_\_\_

	<b>5. Нет бланка направления</b>		<b>13. Нет биоматериала</b>
	<b>6. Не указан перечень назначений на бланке направления</b>		<b>14. Нарушено взятие крови/уровень крови/кол-во биоматериала</b>
	<b>7. Не подписана пробирка</b>		<b>15. Гемолиз</b>
	<b>8. Идентификация материала и направления не совпадает</b>		<b>16. Хилез</b>
	<b>Неправильно заполнен бланк направления:</b>		<b>17. Кровь свернулась</b>
	<b>9. Не указаны: учреждение здравоохранения, отделение, Ф.И.О. врача</b>		<b>18. Не соблюдены правила транспортировки (t<sup>0</sup> режим, сроки доставки)</b>
	<b>10. Не указан № заказа</b>		<b>19. Доставлен материал, с которым не работает лаборатория</b>
	<b>11. Не указаны (или неразборчиво) Ф.И.О. пациента</b>		<b>20. Порча материала в результате транспортировки, разборки (разбито стекло, разлит материал и т.п.)</b>
	<b>12. Не указана локализация материала</b>		<b>21. Другое (указать ошибки)</b>

Лаборант \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)\_\_\_\_\_  
(подпись)Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____</p> <p>Лаборатория (название) _____</p> <p>Идентификационный код _____</p>		<p><b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации <b>№ 262/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b></p> <p>Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики</p> <table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/559</td></tr></table>	1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559
1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559			

**ЖУРНАЛ**  
**учета анализов, выполненных в лаборатории**

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

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



Всего за  
месяц, год

[illegible]

*Myra*

В.В. Кучковой

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 262/у  
«Журнал учета анализов, выполненных в лаборатории»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 262/у «Журнал учета анализов, выполненных в лаборатории» (далее – форма № 262/у).

1. Форма № 262/у заполняется ответственными лицами лабораторий учреждений МЗ Донецкой Народной Республики.

2. Форма № 262/у заполняется четко и разборчиво. Ответственными за информацию, предоставленную в форме № 262/у, являются лица, которые ее заполнили.

3. Графа «Наименование исследования» заполняется согласно «Номенклатуре основных видов лабораторных анализов» по разделам: I – общеклинические анализы; II – гематологические; III – цитологические; IV – биохимические; V – микробиологические; VI – иммунологические.

4. В графу «Лечебные подразделения» (4-33) вносятся названия отделений, амбулаторно-поликлинических учреждений, которые обслуживаются лабораторией.

В одну из граф выносятся анализы, выполненные на дому.

5. В случае ведения формы №262/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Форма № 262/у должна быть пронумерована и прошнурована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

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 _____  Лаборатория (название) _____ Идентификационный код _____	<div> <div>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</div> <div>Форма первичной учетной документации</div> <div>№ 263/у</div> <div>УТВЕРЖДЕНО</div> <div>Приказ Министерства здравоохранения</div> <div>Донецкой Народной Республики</div> </div> <div> <div>1   9   1   1   2   0   1   5   №   012.1/559  </div> </div>
--	--

## ДНЕВНИК

### учета работы лаборатории

Начат «    » 20    г.

Окончен «    » 20 г.

[illegible]

[illegible]

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция  
по заполнению формы первичной учетной документации № 263/у  
«Дневник учета работы лаборатории»**

1. Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 263/у «Дневник учета работы лаборатории» (далее – форма № 263/у).

2. Форма № 263/у ежемесячно сдается в отдел (кабинет) статистики учреждения здравоохранения.

3. Форма № 263/у заполняется ответственными лицами лабораторий учреждения здравоохранения на основании записей в форме первичной учетной документации № 250/у «Журнал регистрации анализов и их результатов» (далее – форма № 250/у), утвержденной настоящим приказом, и является основанием для определения нагрузки лаборатории.

4. Ежедневно по дням месяца (с 1 по 31) в каждой строке указывается количество сделанных лабораторных анализов по каждому наименованию.

5. Сумма строк «стационарным больным» и «амбулаторным больным» должна быть равна данным, указанным в строке «всего анализов» по каждому из дней месяца.

Для удобства подсчета данных рекомендуется вести в лабораториях учреждений здравоохранения форму № 250/у отдельно для учета анализов, выполненных стационарным, амбулаторным больным, пациентам по направлению врачей ЦПМСП.

Данные формы 263/у используются для составления таблиц 4121, 4122 формы отраслевой статистической отчетности № 20 «Отчет учреждений здравоохранения за 20\_\_\_\_г.», утвержденной приказом МЗ ДНР от 03.09.2015 № 012.1/330, зарегистрированным в Минюсте ДНР за № 576.

6. Форма № 263/у подписывается заведующим лабораторией, в случае его отсутствия – ответственным лицом.

7. В случае ведения формы № 263/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в бумажном носителе.

8. Срок хранения формы № 263/у - 1 год после сдачи годового отчета.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой



**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения _____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____</p> <p>Лаборатория (название) _____</p> <p>Идентификационный код _____</p>		<p><b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации <b>№ 265/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b></p> <p>Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики</p> <table border="1"><tr><td>1</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td><td>№</td><td>012.1/559</td></tr></table>	1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559
1	9	1	1	2	0	1	5	№	012.1/559			

**ЖУРНАЛ**  
**передачи критических (тревожных) значений**

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

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

Myself

В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Инструкция по заполнению  
формы первичной учетной документации № 265/у  
«Журнал передачи критических (тревожных) значений»**

Данная Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 265/у «Журнал передачи критических (тревожных) значений» (далее – форма № 265/у).

1. Форма № 265/у заполняется ответственными лицами лабораторий учреждений МЗ Донецкой Народной Республики.

2. Форма № 265/у предназначена для регистрации передачи критических значений лабораторных исследований в лабораториях учреждений МЗ ДНР в учреждения здравоохранения, обслуживаемые клинико-диагностической лабораторией или пациенту в частном порядке.

3. Форма № 265/у заполняется четко и разборчиво. Ответственными за информацию, предоставленную в форме № 265/у, являются лица, которые ее заполнили.

4. Форма № 265/у заполняется согласно утвержденному в учреждениях здравоохранения перечню критических (тревожных) значений.

5. В случае ведения формы № 265/у в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

6. Форма № 265/у должна быть пронумерована и прошнурована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
19.11.2015 № 012.1/559

**Единая инструкция по заполнению  
форм первичной учетной документации лабораторной диагностики  
№200/у, №208/у, №210/у, №211/у, №212/у, №216/у, №217/у, №218/у, №219/у,  
№220/у, №223/у, №224/у, №225/у, №227/у, №228/у, №230/у, №261-1/у.**

Данная Единая Инструкция определяет порядок заполнения форм первичной учетной документации лабораторной диагностики №200/у, №208/у, №210/у, №211/у, №212/у, №216/у, №217/у, №218/у, №219/у, №220/у, №223/у, №224/у, №225/у, №227/у, №228/у, №230/у, №261-1/у (далее – Формы).

1. Формы заполняются ответственными лицами лабораторий учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

2. Формы заполняются четко и разборчиво. Лицо, заполнившее форму, является ответственным за предоставленную информацию.

3. В лицевой части форм указывается полное название учреждения здравоохранения и лаборатории (согласно штатному расписанию).

4. Заполнению подлежат все графы форм. Маркировка биологического материала, доставленного в лабораторию, должна полностью совпадать с информацией в направительном бланке. При наличии расхождений и несоответствия биоматериал попадает под «критерии отказа» в выполнении исследований.

5. Формы выдачи результатов исследований должны отображать «Показатель», «Результат», «Единицы измерения», «Норма» данной лаборатории согласно перечню исследований, утвержденному при аттестации лаборатории.

6. Каждый бланк направления или результата должен быть подписан специалистом, проводившим исследование, с указанием фамилии и инициалов.

7. В случае ведения формы в электронном виде в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

8. Результаты лабораторных исследований приобщаются к первичной учетной документации, которая заводится на больного/пациента (формы №№ 003/у, 003-1/у, 025/у, 043/у, 065/у, 065-1/у, 096/у, 097/у, 112/у и др.)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой