Приложение 1

к письму департамента здравоохранения

и социальной защиты населения области

от июля 2015 года

**ИНСТРУКЦИИ**

**по заполнению учётных форм в поликлинике**

Приложение N 2

к приказу Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. N 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

**ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

**В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**(форма N 025/У).**

1. Учетная форма N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" (далее - Карта) является основным учетным медицинским документом медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослому населению (далее - медицинская организация).

2. Карта заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента(ку). На каждого пациента(ку) в медицинской организации или его структурном подразделении, оказывающем медицинскую помощь в амбулаторных условиях, заполняется одна Карта, независимо от того, сколькими врачами проводится лечение.

3. Карты не ведутся на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения по профилям онкология, фтизиатрия, психиатрия, психиатрия-наркология, дерматология, стоматология и ортодонтия, которые заполняют свои учетные формы.

4. Карта заполняется врачами, медицинские работники со средним профессиональным образованием, ведущие самостоятельный прием, заполняют журнал учета пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

5. Карты в регистратуре медицинской организации группируются по участковому принципу, Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой "Л" (рядом с номером Карты).

6. Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинской организации при первом обращении пациента за медицинской помощью.

7. На титульном листе Карты проставляется полное наименование медицинской организации в соответствии с ее учредительными документами, код ОГРН, указывается номер Карты - индивидуальный номер учета Карт, установленный медицинской организацией.

8. В Карте отражается характер течения заболевания (травмы, отравления), а также все диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в их последовательности.

9. Карта заполняется на каждое посещение пациента(ки). Ведется Карта путем заполнения соответствующих разделов.

10. Записи производятся на русском языке, аккуратно, без сокращений, все необходимые в Карте исправления осуществляются незамедлительно, подтверждаются подписью врача, заполняющего Карту. Допускается запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке.

11. При заполнении Карты:

11.1. В пункте 1 проставляют дату первичного заполнения Карты.

Пункты 2 - 6 Карты заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки).

Примечание:

Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт <1>.

<1> Указ Президента Российской Федерации от 13.03.1997 N 232 "Об основном документе, удостоверяющем личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 11, ст. 1301).

Документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка <1>.

<1> Постановление Правительства Российской Федерации от 18.08.2008 N 628 "О Положении об удостоверении личности моряка, Положении о мореходной книжке, образце и описании бланка мореходной книжки" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, N 34, ст. 3937; 2009, N 23, ст. 2821; 2013, N 12, ст. 1347).

Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации <1>.

<1> Постановление Правительства Российской Федерации от 12.02.2003 N 91 "Об удостоверении личности военнослужащего Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 7, ст. 654; 2006, N 49, ст. 5220).

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца <1>.

<1> Федеральный закон от 19.02.1993 N 4528-1 "О беженцах" (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348; N 46, ст. 4537; 2003, N 27, ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; 2006, N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 29; 2008, N 30, ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; N 27, ст. 3880; 2012, N 10, ст. 1166; N 47, ст. 6397; N 53, ст. 7647; 2013, N 27, ст. 3477; 2014, N 52, ст. 7557).

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства <1>.

<1> Статья 10 Федерального закона от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032).

11.2. Пункт 7 включает серию и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования, пункт 8 - страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), пункт 9 - название страховой медицинской организации.

11.3. В пункте 10 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг <1>:

<1> Статья 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 24, ст. 3699; 2004, N 35, ст. 3607).

"1" - инвалиды войны;

"2" - участники Великой Отечественной войны;

"3" - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах" <1>;

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 3, ст. 168; 2002, N 48, ст. 4743; 2004, N 27, ст. 2711.

"4" - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

"5" - лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";

"6" - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

"7" - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

"8" - инвалиды;

"9" - дети-инвалиды.

11.4. В пункте 11 указывается документ, удостоверяющий личность пациента(ки).

11.5. В пункте 12 указываются заболевания (травмы), по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение за пациентом(кой), и их код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее - МКБ-10).

В случае, если пациент(ка) состоит под диспансерным наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких врачей-специалистов (например, по поводу язвенной болезни у врача-терапевта и врача-хирурга), каждое такое заболевание указывается один раз врачом-специалистом, первым установившим диспансерное наблюдение. Если пациент(ка) наблюдается по поводу нескольких этиологически не связанных заболеваний у одного или нескольких врачей-специалистов, то каждое из заболеваний отмечается в пункте 12.

11.6. В пункте 13 "Семейное положение" делается запись о том, состоит пациент(ка) в зарегистрированном браке или не состоит в браке, на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки). При отсутствии сведений указывается "неизвестно".

11.7. Пункт 14 "Образование" заполняется со слов пациента(ки):

в позиции "профессиональное" указывается "высшее", "среднее";

в позиции "общее" указывается "среднее", "основное", "начальное".

11.8. Пункт 15 "Занятость" заполняется со слов пациента(ки) или родственников:

В позиции "проходит военную службу или приравненную к ней службу" указывают лиц, проходящих военную службу <1> или приравненную к ней службу;

<1> Статья 2 Федерального закона от 28.03.1998 N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 13, ст. 1475).

В позиции "пенсионер(ка)" указывают неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

В позиции "студент(ка)" указываются обучающиеся в образовательных организациях;

В позиции "не работает" указываются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней <1>;

<1> Статья 3 Закона Российской Федерации от 19.04.1991 N 1032-1 "О занятости населения в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 17, ст. 1915).

В позиции "прочие" указываются лица, которые заняты домашним хозяйством, и лица без определенного места жительства.

11.9. При наличии у пациента(ки) инвалидности в пункте 16 указывают "впервые" или "повторно", группу инвалидности и дату ее установления.

11.10. В пункте 17 со слов пациента(ки) указывается место работы или должность.

11.11. В случае изменения места работы и (или) места жительства в пунктах 18 и 19 указываются соответствующие изменения.

11.12. В пункте 20 указываются все впервые или повторно установленные заключительные (уточненные) диагнозы и Ф.И.О. врача.

11.13. В пунктах 21 и 22 отмечают группу крови и резус-фактор, а в пункте 23 - аллергические реакции, которые у пациента(ки) были ранее.

11.14. В пункте 24 производятся записи врачей-специалистов путем заполнения соответствующих строк.

11.15. Пункт 25 служит для записей о состоянии пациента(ки) при наблюдении в динамике.

11.16. Пункт 26 содержит этапный эпикриз, пункт 27 - сведения о консультации заведующего отделением медицинской организации, пункт 28 - заключение врачебной комиссии <1>.

<1> Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 09.06.2012, регистрационный N 24516) с изменениями, внесенными приказом от 02.12.2013 N 886н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23.12.2013, регистрационный N 30714).

11.17. Данные о пациенте(ке), в отношении которого осуществляется диспансерное наблюдение <1>, записываются в пункте 29.

<1> Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14.02.2013, регистрационный N 27072).

11.18. В пункте 30 указываются сведения о проведенных госпитализациях, в пункте 31 - сведения о проведенных оперативных вмешательствах, в пункте 32 - сведения о полученных дозах облучения при рентгенологических исследованиях.

11.19. На страницах, соответствующих пунктам 33 и 34, подклеиваются результаты функциональных и лабораторных исследований.

11.20. Пункт 35 служит для записи эпикриза. Эпикриз оформляется в случае выбытия из района обслуживания медицинской организации или в случае смерти (посмертный эпикриз).

В случае выбытия эпикриз направляется в медицинскую организацию по месту медицинского наблюдения пациента(ки) или выдается на руки пациенту(ке).

В случае смерти пациента(ки) оформляется посмертный эпикриз, в котором отражаются все перенесенные заболевания, травмы, операции, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный (разбитый на разделы) диагноз; указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы "Медицинское свидетельство о смерти" <1>, а также указываются все записанные в нем причины смерти.

<1> Приказ Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н "Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30.12.2008, регистрационный N 13055) с изменениями, внесенными приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1687н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15.03.2012, регистрационный N 23490).

Приложение N 24

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 декабря 2014 г. N 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА**

**(форма N 043-1/У).**

1. Учетная форма N 043-1/у "Медицинская карта ортодонтического пациента" (далее - Карта) заполняется врачом медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - медицинская организация).

2. Карта заполняется на каждого впервые обратившегося пациента(ку).

3. Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинской организации при первом обращении пациента.

4. На титульном листе Карты указываются данные медицинской организации в соответствии с учредительными документами, указывается номер Карты - индивидуальный номер учета Карт, установленный медицинской организацией.

5. В Карте отмечаются характер течения заболевания, диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в их последовательности.

6. Карта заполняется на каждое посещение пациента(ки).

7. Записи производятся на русском языке, аккуратно, без сокращений, все необходимые в Карте исправления делаются незамедлительно, подтверждаются подписью врача, заполняющего Карту. Допускается запись названий лекарственных препаратов для медицинского применения на латинском языке.

8. При заполнении Карты:

8.1. В пунктах 1 - 6 Справки указываются сведения на основании документа, удостоверяющего личность гражданина(ки).

Примечание:

Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт <1>.

<1> Указ Президента Российской Федерации от 13.03.1997 N 232 "Об основном документе, удостоверяющем личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 11, ст. 1301).

Документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка <1>.

<1> Постановление Правительства Российской Федерации от 18.08.2008 N 628 "О Положении об удостоверении личности моряка, Положении о мореходной книжке, образце и описании бланка мореходной книжки" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, N 34, ст. 3937; 2009, N 23, ст. 2821; 2013, N 12, ст. 1347).

Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации <1>.

<1> Постановление Правительства Российской Федерации от 12.02.2003 N 91 "Об удостоверении личности военнослужащего Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 7, ст. 654; 2006, N 49, ст. 5220).

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца <1>.

<1> Федеральный закон от 19.02.1993 N 4528-1 "О беженцах" (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348; N 46, ст. 4537; 2003, N 27, ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; 2006, N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 29; 2008, N 30, ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; 2012, N 10, ст. 1166, N 47, ст. 6397, N 53, ст. 7647; 2013, N 27, ст. 3477).

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства <1>.

<1> Статья 10 Федерального закона от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032).

8.2. Пункт 8 "Образование" заполняется со слов пациента(ки):

в позиции "профессиональное" указывается "высшее", "среднее";

в позиции "общее" указывается "среднее", "основное", "начальное".

8.3. Пункт 9 "Занятость" заполняется со слов пациента(ки) или родственников:

В позиции "проходит военную службу или приравненную к ней службу" указывают лиц, проходящих военную службу <1> или приравненную к ней службу;

<1> Статья 2 Федерального закона от 28.03.1998 N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 13, ст. 1475).

В позиции "пенсионер(ка)" указываются неработающие лица, получающие трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

В позиции "студент(ка)" указываются обучающиеся в образовательных организациях;

В позиции "не работает" указываются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней <1>;

<1> Статья 3 Закона Российской Федерации от 19.04.1991 N 1032-1 "О занятости населения в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 17, ст. 1915).

В позиции "прочие" указываются лица, которые заняты домашним хозяйством, и лица без определенного места жительства.

8.4. Пункт 11 включает серию и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), пункт 12 - страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), пункт 13 - название страховой медицинской организации.

8.5. В пункте 14 указывается документ, удостоверяющий личность пациента(ки).

8.6. В пункте 15 отмечается вид оплаты.

8.7. В пункте 16 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг <1>:

<1> Статья 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 24, ст. 3699; 2004, N 35, ст. 3607).

"1" - инвалиды войны;

"2" - участники Великой Отечественной войны;

"3" - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах" <1>;

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 3, ст. 168; 2002, N 48, ст. 4743; 2004, N 27, ст. 2711.

"4" - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

"5" - лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";

"6" - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

"7" - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

"8" - инвалиды;

"9" - дети-инвалиды.

8.8. В пункте 17 указывается диагноз направившей медицинской организации - основной (с указанием кода по МКБ-10) и осложнения основного.

8.9. В пунктах 18 - 21 отмечаются жалобы, анамнез и объективные данные, в пункте 22 - данные рентгенологического исследования, в пункте 23 - данные функциональных методов исследования, в пункте 24 указываются дополнительные методы исследования.

8.10. В пункты 25 - 27 включаются клинический диагноз с кодами по МКБ-10, план обследования и лечения.

8.11. В пункте 28 отмечается информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство или отказ от него.

8.12. В пункты 29 - 30 включаются дневник и результаты наблюдения в динамике за пациентом.

Приложение N 4

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 декабря 2014 г. N 834н

**ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**(форма 025-1/У).**

1. Учетная форма N 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" (далее - Талон) оформляется медицинскими организациями (иными организациями), оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - медицинская организация), и заполняется на всех пациентов, обращающихся в эти медицинские организации, при каждом их обращении и посещении к врачу. Медицинские работники со средним профессиональным образованием, ведущие самостоятельный прием, заполняют журнал учета пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2. Сведения для заполнения Талона берутся из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, формы N 025/у, предусмотренной приложением N 1 к приказу Минздрава России от 15.12.2014 N 834н, индивидуальной карты беременной и родильницы, истории развития ребенка (далее - Карты) и других медицинских документов.

3. Заполнение данных в Талоне производится путем вписывания необходимых данных и подчеркивания ответов из предложенных вариантов. Записи производятся на русском языке, без сокращений. Допускаются записи лекарственных средств на латинском языке.

4. Врач-статистик или медицинский статистик контролируют правильность заполнения Талона и правильность кодирования диагнозов в соответствии с МКБ-10. При неправильном кодировании код МКБ-10 должен быть исправлен и приведен в соответствие с записанной формулировкой диагноза, при неправильном оформлении Талон должен быть возвращен врачу для исправления.

5. В паспортной части Талона указывается наименование медицинской организации, ее адрес в соответствии с учредительными документами медицинской организации.

6. В поле "Талон N" указывается индивидуальный номер учетных форм, явившихся основанием для заполнения Талона.

7. При заполнении Талона:

7.1. В пункте 1 указывается дата открытия Талона при каждом обращении пациента(ки) в медицинскую организацию (число, месяц, год).

7.2. Пункты 2 и 3 заполняются на пациентов(ок), имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

7.3. В пункте 2 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг <1>:

<1> Статья 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 24, ст. 3699; 2004, N 35, ст. 3607).

"1" - инвалиды войны;

"2" - участники Великой Отечественной войны;

"3" - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах" <1>;

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 3, ст. 168; 2002, N 48, ст. 4743; 2004, N 27, ст. 2711.

"4" - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

"5" - лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";

"6" - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

"7" - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

"8" - инвалиды;

"9" - дети-инвалиды.

7.4. В пункте 3 указывается дата (число, месяц, год) окончания срока льготы пациента(ки), указанной в пункте 2.

7.5. В пункте 4 указывается серия и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), в пункте 5 - название страховой медицинской организации (СМО), в пункте 6 - страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) пациента(ки).

7.6. Пункты 7 - 13 заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки).

Примечание:

Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт <1>.

<1> Указ Президента Российской Федерации от 13.03.1997 N 232 "Об основном документе, удостоверяющем личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 11, ст. 1301).

Документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка <1>.

<1> Постановление Правительства Российской Федерации от 18.08.2008 N 628 "О Положении об удостоверении личности моряка, Положении о мореходной книжке, образце и описании бланка мореходной книжки" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, N 34, ст. 3937; 2009, N 23, ст. 2821; 2013, N 12, ст. 1347).

Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации <1>.

<1> Постановление Правительства Российской Федерации от 12.02.2003 N 91 "Об удостоверении личности военнослужащего Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 7, ст. 654; 2006, N 49, ст. 5220).

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца <1>.

<1> Федеральный закон от 19.02.1993 N 4528-1 "О беженцах" (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348; N 46, ст. 4537; 2003, N 27, ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; 2006, N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 29; 2008, N 30, ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; 2012, N 10, ст. 1166, N 47, ст. 6397, N 53, ст. 7647; 2013, N 27, ст. 3477).

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства <1>.

<1> Статья 10 Федерального закона от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032).

7.7. Пункт 14 "Занятость" заполняется со слов пациента(ки) или родственников.

В позиции "проходит военную службу и приравненную к ней службу" указываются лица, проходящие военную службу <1> или приравненную к ней службу;

<1> Статья 2 Федерального закона от 28.03.1998 N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 13, ст. 1475).

В позиции "пенсионер(ка)" указываются неработающие лица, получающие трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

В позиции "студент(ка)" указываются обучающиеся в образовательных организациях;

В позиции "не работает" указываются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней <1>;

<1> Статья 3 Закона Российской Федерации от 19.04.1991 N 1032-1 "О занятости населения в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 17, ст. 1915).

В позиции "прочие" указываются лица, которые заняты домашним хозяйством и лица без определенного места жительства.

7.8. Если в пункте 14 была отмечена занятость пациента(ки), то в пункте 15 со слов пациента(ки) указывается место работы и должность.

7.9. Для детей в пункте 15 отмечается: дошкольник (организованный, неорганизованный) или школьник.

7.10. При наличии у пациента(ки) инвалидности в пункте 16 отмечается, как была установлена инвалидность: впервые или повторно, в пункте 17 - указывается группа инвалидности, а если инвалидность установлена с детства, то это отмечается в пункте 18.

7.11. В пункте 19 отмечается:

- первичная доврачебная медико-санитарная помощь - оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием <1>;

<1> Часть 3 статьи 33 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724) (далее - Федеральный закон).

- первичная врачебная медико-санитарная помощь - оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами) <1>;

<1> Часть 4 статьи 33 Федерального закона.

- первичная специализированная медико-санитарная помощь - оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь <1>;

<1> Часть 5 статьи 33 Федерального закона.

- паллиативная медицинская помощь - представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан <1>.

<1> Часть 1 статьи 33 Федерального закона.

7.12. В пункте 20 отмечается место обращения и посещения(й) пациента(ки) из числа предложенных вариантов. Подпункт 4 отмечается, если имело место обращение к врачу медицинской организации, проводящему медицинские осмотры или оказывающему консультативную помощь на базе другой организации.

7.13. В пункт 21 включаются сведения о видах посещений.

При обращении по поводу заболеваний, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (коды по МКБ-10 - A00 - T98) отмечается подпункт 1 пункта 21 Талона.

Если во время посещений была оказана медицинская помощь в неотложной форме, то дополнительно отмечается подпункт 1.1 пункта 21 Талона. Если было проведено посещение пациента(ки) на дому по поводу заболевания, то отмечается подпункт 1.2 пункта 21 Талона. В пункте 1.3 указывают посещения по поводу диспансерного наблюдения за хроническими больными.

При обращении с профилактической и иными целями (коды по МКБ-10 - Z00 - Z99) отмечается подпункт 2 пункта 21 Талона.

Остальные подпункты отмечаются следующим образом:

посещения по поводу медицинских осмотров, предусмотренных статьей 46 Федерального закона, отмечаются подпунктом 2.1;

посещения по поводу диспансеризации <1> отмечаются подпунктом 2.2;

<1> Приказ Минздрава России от 03.12.2012 N 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 01.04.2013, регистрационный N 27930), приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2009 N 984н "Об утверждении порядка прохождения диспансеризации государственными гражданскими служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения" (зарегистрирован Министерством юстиции от 29.12.2009, регистрационный N 15878).

посещения в центрах здоровья по поводу комплексных обследований <1> отмечаются подпунктом 2.3;

<1> Приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 N 597н "Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25.09.2009, регистрационный N 14871) с изменениями, внесенными приказами Минздравсоцразвития России от 08.06.2010 N 430н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 07.07.2010, регистрационный N 17754), от 19.04.2011 N 328н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 04.05.2011, регистрационный N 20656), от 26.09.2011 N 1074н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 17.11.2010, регистрационный N 22330).

посещения по поводу паллиативной медицинской помощи (код Z51.5 МКБ-10) отмечаются подпунктом 2.4;

посещения врачом на дому для проведения профилактических, оздоровительных и санитарно-просветительных мероприятий (патронажи) отмечаются подпунктом 2.5;

посещения по другим обстоятельствам отмечаются подпунктом 2.6.

Посещения в течение одного дня пациентом(кой) одного и того же врача учитываются как одно посещение.

7.14. Учету в Талоне подлежат следующие посещения:

врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием;

врачей здравпунктов, врачей-терапевтов участковых цеховых врачебных участков, врачей-акушеров-гинекологов и других врачей-специалистов, ведущих прием в здравпунктах;

врачей, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, при выездах в другие медицинские организации, в том числе в фельдшерские и фельдшерско-акушерские пункты;

врачей-психотерапевтов при проведении групповых занятий (число посещений учитывается по числу больных, занимающихся в группе);

врачей приемных отделений при оказании медицинской помощи пациентам, не нуждающимся в оказании медицинской помощи в стационарных условиях.

7.15. Не подлежат учету в Талоне как посещения врачей:

случаи оказания медицинской помощи медицинскими работниками станций (отделений) скорой медицинской помощи;

обследования в рентгеновских отделениях (кабинетах), лабораториях и других вспомогательных отделениях (кабинетах) медицинской организации;

случаи оказания скорой медицинской помощи в неотложной форме на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;

консультации и медицинской экспертизы, проводимые врачебными комиссиями <1>;

<1> Статья 48 Федерального закона.

посещения врачей вспомогательных отделений (кабинетов) медицинской организации, за исключением случаев "ведения" пациента(ки) врачом данных отделений (кабинетов): назначение лечения с записью в первичной медицинской документации, контроль и динамика состояния пациента(ки) в процессе и после окончания курса проведенного лечения (например, лучевого, физиотерапевтического, эндоскопического).

7.16. В пункте 22 обращения пациента(ки) в медицинскую организацию в зависимости от цели подразделяются на:

обращения по поводу заболеваний, травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин (коды A00 - T98 МКБ-10);

обращения с профилактической целью (коды Z00 - Z99 МКБ-10).

Обращение включает в себя одно или несколько посещений пациента(ки), в результате которых цель обращения достигнута.

Талон заполняется на каждое обращение пациента(ки) за оказанием медицинской помощи в амбулаторных условиях.

При обращении по поводу профилактического медицинского осмотра Талон заполняется врачами-специалистами только при отсутствии у пациента(ки) заболеваний. В случае выявления заболевания каждый врач-специалист заполняет отдельный Талон.

7.17. В пункте 23 обращение как законченный случай представляет собой одно обращение и одно или несколько посещений пациента(ки), в результате которых цель обращения достигнута.

Если цель обращения не достигнута - случай отмечается как не законченный.

7.18. В пункте 24 отмечается первичное или повторное в текущем календарном году обращение пациента(ки) с одной и той же целью.

7.19. В пункте 25 отмечается один или несколько подпунктов.

7.20. В пункте 26 отмечается один подпункт.

7.21. В пункте 27 указываются даты посещений в соответствии с обращением пациента(ки).

7.22. В пункте 28 указывается формулировка предварительного диагноза и его код по МКБ-10 (A00 - T98) в случае заболевания или формулировка обращения и код по МКБ-10 (Z00 - Z99).

7.23. Если основным заболеванием (состоянием) является травма, отравление или некоторые другие последствия воздействия внешних причин, то в пункте 29 указывается формулировка внешней причины и ее код по МКБ-10.

Запись, кодирование и выбор "основного состояния" производится в соответствии с разделом 4.4 МКБ-10.

7.24. В пункте 30 указывается специальность, фамилия, имя, отчество и код врача-специалиста, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а в пункте 31 - название медицинской услуги и ее код <1>.

<1> Приказ Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 N 1664н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24.01.2012, регистрационный N 23010) с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 28.10.2013 N 794н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31.12.2013, регистрационный N 30977) (далее - Номенклатура).

7.25. В пунктах 32 - 34 при обращениях по поводу заболеваний (подпункт 1 пункта 22) указываются формулировка заключительного диагноза заболевания (состояния), послужившего причиной обращения за медицинской помощью в амбулаторных условиях (пункт 32), формулировка и код внешней причины по МКБ-10 в случае травмы, отравления и некоторых других последствиях воздействия внешних причин (пункт 33), а также формулировки фоновых, конкурирующих и сопутствующих заболеваний, диагностированных у пациента(ки) при данном обращении или ранее (пункт 34).

7.26. При обращениях с профилактической целью (подпункт 2 пункта 22) в пункте 32 указывается формулировка обращения и его код по МКБ-10 (Z00 - Z99).

7.27. В пункте 35 указывается диагноз заболевания (состояния): установлено ли оно впервые в жизни как острое или хроническое либо было установлено ранее.

7.28. В пункте 36 указываются сведения о диспансерном наблюдении по поводу основного заболевания (состояния): проводится, установлено, прекращено (в том числе с выздоровлением или со смертью).

7.29. В пункте 37 указывается вид травмы в соответствии с 4-м знаком кода внешней причины по МКБ-10, указанным в пункте 33.

7.30. В пункте 38 указывается наименование проведенной в амбулаторных условиях операции и ее код в соответствии с Номенклатурой.

7.31. В пункте 39 указывается вид анестезии, в пункте 40 - вид аппаратуры, использованной при операции, в пункте 41 - специальность, фамилия, имя, отчество и код врача, выполнившего операцию.

7.32. В пункте 42 указывается название, количество и коды проведенных врачами манипуляций и исследований в соответствии с Номенклатурой. В пункте 43 указывается специальность, фамилия, имя, отчество и код врача, который провел манипуляцию или исследование.

7.33. В пункте 44 указываются сведения о льготном лекарственном обеспечении пациентов, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг.

7.34. В пунктах 45 - 49 указываются сведения о выдаче документа о временной нетрудоспособности пациента(ки).

7.35. В пункте 50 указывается дата закрытия Талона (число, месяц, год).

7.36. В пункте 51 указываются фамилия, имя, отчество и подпись врача, заполнившего Тал

Приложение 3

к приказу начальника департамента

здравоохранения и социальной защиты

населения Белгородской области

от \_16 сентября 2013 г. №\_\_2912\_

**ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ВРАЧЕБНЫХ ПОСЕЩЕНИЙ В**

**АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, НА ДОМУ**

**(форма № 039/у-02).**

С целью совершенствования учета статистических данных в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения региона и автоматизированного формирования отчетных форм в учетную форму **№ 039/у-02 внесены дополнительно следующие графы:**

**- Графа 10***.* **«Посещения в поликлинику по поводу неотложных состояний»,** в которой указывается число посещений пациентов в поликлинику по поводу неотложных состояний, из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний.

- **Графа 11**. «**Посещения в поликлинику по поводу** паллиативной помощи» в которой указывается число посещений пациентов в поликлинику по поводу паллиативной помощи, из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний.

**- Графа 17 «Посещения на дому с профилактической целью, всего»**

**- Графа 19. «Число посещений по неотложным состояниям на дому»,** в которой указывается число посещений врача на дому по поводу **неотложных состояний,** из общего числа посещений **на дому** по поводу **заболеваний.**

- **Графа 20. «Число посещений по паллиативной помощи на дому»,** в которой указывается число посещений врача на дому по поводу **паллиативной помощи,** из общего числа посещений **на дому** по поводу **заболеваний.**

**ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ВРАЧЕБНЫХ ПОСЕЩЕНИЙ В**

**АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ, НА ДОМУ**

**(форма № 039/у-02).**

**(с учётом утверждённых методических рекомендаций)**

Графа 1 «Дата» проставлены числа (дни) отчетного месяца.

Графа 2 «Число посещений в поликлинике, всего». Указывается число посещений в поликлинику (амбулаторию) за соответствующую дату всех пациентов (городских, сельских и с разбивкой по возрасту), как по поводу заболеваний (графа 6), так и с профилактической целью (графа 9), то есть сведения этих граф (6,9) включаются в графу 2.

Графа 3 «Число посещений в поликлинике сельских жителей» указывается число посещений в поликлинике сельских жителей, как по поводу заболеваний, так и с профилактической целью (из графы 2).

Графа 4 «Число посещений в поликлинике, в том числе в возрасте от 0 до 17 лет» указывается число посещений лицами в возрасте от 0 до 17 лет (из графы 2), как по поводу заболеваний, так и с профилактической целью.

Графа 5 «Число посещений в поликлинике, в том числе в возрасте 60 лет и старше» указывается число посещений лицами в возрасте 60 лет и старше (из графы 2) как по поводу заболеваний, так и с профилактической целью.

Графа 6 «Из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний, всего» указывается общее число посещений в поликлинике по поводу заболеваний (из графы 2).

Графа 7 «Из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний, в том числе в возрасте от 0 до 17 лет» указывается число посещений в поликлинике пациентов в возрасте от 0 до 17 лет по поводу заболеваний (из графы 6).

Графа 8 «Из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний, в том числе в возрасте 60 лет и старше» указывается число посещений в поликлинике пациентов в возрасте 60 лет и старше по поводу заболеваний (из графы 6).

Графа 9 «Профилактических» указывается число всех посещений в поликлинику с профилактической целью (из графы 2).

Графа 10 «По поводу неотложных состояний» указывается число посещений по поводу неотложных состояний из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний (из графы 6).

Графа 11 «По поводу паллиативной помощи» указывается число посещений по поводу паллиативной помощи из общего числа посещений в поликлинике по поводу заболеваний (из графы 6).

Графа 12. «Число посещений на дому, всего» указывается число всех посещений на дому, как по поводу заболеваний, так и с профилактической целью.

Графа 13 «Из общего числа посещений на дому, посещения по поводу заболеваний, всего» указывается число посещений на дому по поводу заболеваний (из графы 12).

Графа 14 «Из общего числа посещений на дому, посещения по поводу заболеваний к лицам в возрасте от 0 до 17 лет» указывается число посещений на дому пациентов в возрасте от 0 до 17 лет по поводу заболеваний (из графы 13).

Графа 15 «Из общего числа посещений на дому, посещения по поводу заболеваний к детям в возрасте от 0 до 1 года» указывается число посещений на дому детей в возрасте от 0 до 1 года включительно по поводу заболеваний (из графы 14).

Графа 16 «Из общего числа посещений на дому, посещения по поводу заболеваний к лицам в возрасте 60 лет и старше» указывается число посещений на дому пациентов в возрасте 60 лет и старше по поводу заболеваний (из графы 13).

*Графа 17* «Посещения на дому с профилактической целью, всего»

Графа 18 «Из общего числа посещений на дому с профилактической целью, к лицам в возрасте от 0 до 17 лет» указывается число посещений на дому с профилактической целью пациентов в возрасте от 0 до 17 лет (из графы 17).

Примечание: Общее число посещений на дому с профилактической целью исчисляется как разница граф 12 и 13 (графа 12 – графа 13).

*Графа 19* «Из общего числа посещений на дому, профилактических, к детям в возрасте от 0 до 1 года» указывается число посещений на дому с профилактичес*к*ой целью детей в возрасте от 0 до 1 года включительно (из графы 18).

*Графа 20* «Число посещений по неотложным состояниям на дому» из общего числа посещений на дому по поводу заболеваний (из графы 13).

Графа 21 «Из общего числа посещений на дому по поводу паллиативной помощи» указывается число посещений на дому по поводу паллиативной помощи (из графы 13).

Сумма чисел графы 2 ("Число посещений в поликлинике, всего") и графы 12 ("Число посещений на дому, всего ") распределяются по видам оплаты в графах с 22 по 25 "Число посещений по видам оплаты". В соответствующих графах указываются:

Графа 22 «ОМС» – посещения, оплату которых производится за счёт средств ОМС.

Графа 23 «Бюджет» – посещения оплачиваются за счет средств бюджета.

Графа 24 «Платные» – посещения оплачиваются за счёт средств пациентов.

Графа 25 «ДМС» – посещения, оплату которых производит за счёт средств ДМС.

Сумма чисел граф с 22 по 25 (22 + 23 + 24 + 25) может быть равна сумме чисел граф 2 и 12 (2 + 12), либо меньше ее на то число посещений, оплата которых производится по иному источнику финансирования.

Учёту **не подлежат** следующие **посещения** к врачу**:**

- случаи оказания медицинской помощи персоналом станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи;

- обследования в рентгеновских кабинетах, УЗИ, эндоскопических, функциональной диагностики, лабораториях, процедуры в физкабинетах, ЛФК, массажа, мануальной терапии, иглорефлексотерапии и т.д.;

- случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;

- консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями (КЭК), комиссиями военкоматов;

- посещения к врачам вспомогательных (параклинических) отделений (кабинетов);

- выдача справок о том, что пациент не состоит (или состоит) на учёте.

- посещение в течение дня больных к одному и тому же врачу учитывается как одно посещение.

К посещениямпо поводу **заболеваний** следует относить**:**

- посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;

- посещения для лечения;

- посещения диспансерным контингентом в период обострения хронического заболевания;

- посещения больными в связи с оформлением на МСЭ, санаторно-курортной карты, открытие и закрытие листка нетрудоспособности, получения справки о болезни ребенка, направление на аборт по медицинским показаниям, по поводу патологии беременности, после абортов по медицинским показаниям, а также по поводу консультаций больного у специалистов, если врач при этом выявил патологию по своей специальности;

- посещение у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как посещение по поводу заболевания.

К посещениям **с профилактической целью** следует относить**:**

- посещения по поводу осмотров при поступлении на работу, учебу, в дошкольное учреждение, при направлении в учреждения отдыха; осмотров контингентов, подлежащих периодическим осмотрам; осмотров населения при проведении ежегодной диспансеризации: осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний);

- посещения беременных при нормальной беременности; посещения женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт;

- по поводу медицинских абортов, проводимых в амбулаторных условиях, применения противозачаточных средств; после медицинских абортов, проведенных в стационаре и т.д.;

- патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, повторные обходы врачей инфекционистов во время вспышки инфекционных заболеваний.

- если врач при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту для установки диагноза, посещение у врача, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью.

Утверждена приказом

Минздрава РФ

от 12.08.2003 N 402

**ДНЕВНИК РАБОТЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)**

**(форма** [**N 039/У-ВОП**](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h7I)).

"Дневник работы врача общей практики (семейного врача)" (далее - Дневник) заполняется ежедневно в конце рабочего дня врачом общей практики, работающим как самостоятельно, так и в составе амбулаторно-поликлинического учреждения.

Дневник предназначен для учета деятельности врача общей практики (семейного врача) во время амбулаторного приема, помощи на дому.

В [графе 1](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h6I) "Числа месяца" перечислены числа отчетного месяца по порядку.

В [графе 2](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h6I) "Проработано часов на амбулаторном приеме" проставляется суммарно проработанное в поликлинике время в часах в соответствии с установленным графиком работы. В эту же графу включаются часы, проработанные в дневном стационаре (при организации при кабинете ВОП дневного стационара).

В [графе 3](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h6I) отмечается число посещений на амбулаторном приеме.

В [графы 4 и 5](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h6I) выделяются посещения по поводу заболеваний, в графу 4 - посещения взрослых (18 лет и старше), в графу 5 - посещения детей в возрасте 0 - 17 лет (включительно).

К посещениям по поводу заболеваний относятся:

- посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;

- посещения для лечения;

- посещения диспансерным контингентом в период ремиссии;

- посещения больными в связи с оформлением на МСЭК, санаторно-курортной карты, открытием и закрытием листка нетрудоспособности, получением справки о болезни ребенка, по поводу патологии беременности, после абортов по медицинским показаниям, по поводу направлений на консультацию к специалистам.

В [графе 6](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h6I) проставляется суммарное время, проработанное на дому в часах.

В [графе 7](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h6I) показывается число посещений за день, сделанных на дому. Причем если помощь была оказана нескольким членам семьи, то указываются все посещения с соответствующей записью в учетных документах ("Медицинской карте амбулаторного больного" - учетная форма [N 025/у-04,](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55E39605A8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9481x3h6I) "Талоне амбулаторного пациента" - учетная форма [N 025-12/у,](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55E39605A8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9482x3h9I) "Истории развития ребенка" - учетная форма N 112/у).

Из числа посещений на дому выделяются посещения к детям в возрасте 0 - 17 лет, в том числе в [графе 8](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h6I) отмечается число посещений к детям по поводу заболеваний, в [графе 9](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h6I) - профилактических и патронажных.

В [графе 10](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h6I) указывается количество проработанных часов по индивидуальному и групповому консультированию по здоровому образу жизни, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретными заболеваниями, уходу за детьми и инвалидами.

В [графах 11, 12 и 13](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h6I) показывается число посещений, сделанных по поводу заболеваний и профилактических, суммарно взрослых и детских (на амбулаторном приеме - из графы 3, из числа посещений на дому - графа 7). При этом в графе 11 указывается число посещений по поводу острых заболеваний, в графе 12 - при обострении хронических заболеваний, в графе 13 указывается число посещений с профилактической целью (включая патронаж).

К посещениям с профилактической целью следует относить:

- посещения по поводу: осмотров при поступлении на работу, учебу, в дошкольное учреждение, при направлении в учреждения отдыха; осмотров контингентов, подлежащих периодическим осмотрам; осмотров населения при проведении ежегодной диспансеризации; осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не будет выявлено заболеваний);

- посещения беременных при нормальной беременности; посещения женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт; по поводу медицинских абортов, проводимых в амбулаторных условиях, применения противозачаточных средств; после медицинских абортов, проведенных в стационаре, и т.д.;

- патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, работа врачей призывных комиссий, повторные обходы врачей-инфекционистов во время вспышки инфекционных заболеваний.

Если врач при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту для установки диагноза, посещение у врача, проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью. Посещение же у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как посещение по поводу заболевания.

В [графах 15 - 23](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9487x3h4I) показываются сведения об отдельных видах деятельности ВОП на амбулаторном приеме и на дому.

В [графах 15, 16, 17](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9487x3h4I) показывается число операций, манипуляций (в соответствии с лицензией на данный вид деятельности), проведенных на амбулаторном приеме, в дневном стационаре и на дому. В графе 17 показывается число наблюдений, проведенных за больными после операций, манипуляций.

В [графах 18 - 21](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9487x3h4I) показываются сведения об оказании скорой и неотложной медицинской помощи на амбулаторном приеме и на дому:

- в графе 18 - по поводу несчастных случаев, травм и отравлений;

- в графе 19 - внезапных заболеваний и состояний (аллергические реакции, гипертонический криз, аритмия, острая сердечная недостаточность и т.д.);

- в графе 20 - по поводу родовспоможения и патологии беременности;

- в графе 21 - прочие случаи оказания неотложной помощи.

В [графах 22 - 23](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9487x3h4I) показывается число проведенных мероприятий:

- в графе 22 учитываются индивидуальные и групповые консультации, занятия в школах здоровья с указанием названия школы и темы занятия, массовые пропагандистские мероприятия к Всемирным тематическим дням ВОЗ (лекции, кино- и видеодемонстрации, выставки и т.п.), выступления по каналам массовой информации, участие в лекциях, семинарах, конференциях для педагогов, работников культуры, родителей, молодежи по вопросам пропаганды здорового образа жизни и профилактики заболеваний;

- в графе 23 - реабилитационные мероприятия (физио-, ЛФК, массаж и т.д.).

В [графе 24](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9487x3h4I) показываются часы, проведенные на прочих работах (санпросвет, лекции, документооборот).

В [графе 25](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9487x3h4I) показывается число часов всего рабочего дня - сумма граф 2, 6, 24 (на амбулаторном приеме, по помощи на дому и прочих работах, соответственно).

После заполнения [формы](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9484x3h7I) (по истечении месяца) под последней строкой в дополнительных строках указать:

- в строке 100 - число больных, пролеченных в дневных стационарах;

- в строке 101 - число больных, направленных на консультацию к специалистам.

После последней строки (последний рабочий день месяца) заполняется строка "Итого за месяц".

Приложение 5

к приказу начальника департамента

здравоохранения и социальной защиты

населения Белгородской области

от 26 апреля 2013 г. № 1026

**ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ УЧАСТКОВОЙ**

**(форма №039-1/У-06).**

1. Учетная форма № 039-1/У-06 "Дневник учета работы медицинской сестры участковой" (далее - Дневник) заполняется ежедневно медицинской сестрой участковой в конце рабочего дня.

2. В Дневнике указываются сведения о проделанной работе за каждый день текущего месяца во время амбулаторного приема, при оказании помощи на дому, профилактической работе:

в **графе 1** указываются числа отчетного месяца по порядку;

в **графе 2** указывается суммарное количество проработанных часов во время амбулаторного приема, посещений на дому (в соответствии с установленным графиком работы). В эту же графу включаются часы, проработанные в дневном стационаре (при организации дневного стационара);

в **графе 3** отмечается число посещений во время самостоятельного амбулаторного приема;

в **графах 4** и **5** указывается число посещений на дому с целью оказания медицинской помощи по назначению врача и с профилактической целью;

в **графе 4** - всего посещений на дому;

в **графе 5** - число посещений по поводу заболеваний, с соответствующей записью в учетных документах (учетная форма № 025/у-04 "Медицинская карта амбулаторного больного" и учетная форма № 025-12/у "Талон амбулаторного пациента", утвержденные Приказом Минздравсоцразвития России от 27 ноября 2004 г. № 255).

К посещениям по поводу **заболеваний** относятся:

- посещения, при котором у обратившегося выявлено заболевание;

- посещения диспансерных больных в период обострения заболевания;

- посещения для получения справки о болезни ребенка;

- посещения с целью выполнения манипуляций и процедур по назначению врача;

В **графе 6** указать из общего числа посещений по поводу заболеваний «посещения по поводу неотложных состояний».

В **графах 7,8** указывается число проведенных процедур и манипуляций, при этом:

в графе 7-общее число проведенных процедур и манипуляций;

в графе 8-число процедур и манипуляций, проведенных на дому.

В **графах 9,10** указывается число проведенных профилактических мероприятий и патронажа из числа всех посещений за день:

в графе 9-общее число проведенных мероприятий,

в графе 10-число проведенных профилактических мероприятий на дому.

В **графах 11, 12** указывается число проведенных реабилитационных мероприятий:

в графе 11-общее число проведенных реабилитационных мероприятий (массаж, физиотерапия и пр., в том числе инвалидам и ветеранам войн);

в графе 12-число реабилитационных мероприятий, проведенных на дому.

На оборотной стороне дневника:

в **графе 13** указываются числа отчетного месяца по порядку;

в **графах 14-20** указываются мероприятия по гигиеническому воспитанию и образованию населения:

в графе 14-общее число мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию населения;

в графе 15-число мероприятий по обучению уходу за больными, связанными с конкретными заболеваниями по самоуходу;

в графе 16-число мероприятий по обучению населения принципам здорового образа жизни. Во время групповых занятий по здоровому образу жизни число посещений показывается суммарно по числу присутствующих;

в графах 17-19 указывается число проведенных занятий в "школах здоровья" с больными, имеющими заболевания: сахарный диабет, бронхиальная астма, болезни сердца и сосудов;

в графе 20 указываются все прочие мероприятия по гигиеническому воспитанию и образованию населения.

УТВЕРЖДЕНА ПРИКАЗОМ

МИНЗДРАВА РОССИИ

от 12.08.2003 N 402

**КАРТА УЧЕТА РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ**

**ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)**

**(форма** [**N 039-1/У-ВОП**](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9486x3h4I))

"Карта учета работы медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)" (далее - Карта) заполняется ежедневно медицинской сестрой врача общей практики (семейного врача) (далее - ВОП) в конце рабочего дня. В Карте показываются сведения о проделанной работе за каждый день текущего месяца во время амбулаторного приема, помощи на дому, профилактической работе.

В [графе 1](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9486x3h6I) "Числа месяца" перечислены числа отчетного месяца по порядку.

В [графе 2](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9486x3h6I) "Проработано часов" проставляются часы работы суммарно, включая проработанное время на амбулаторном приеме, на дому, по поводу заболеваний и профилактических мероприятий (в соответствии с установленным графиком работы). В эту же графу включаются часы, проработанные в дневном стационаре (при организации дневного стационара при кабинете ВОП).

В [графе 3](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9486x3h6I) отмечается число посещений на самостоятельном амбулаторном приеме.

В [графы 4 и 5](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9486x3h6I) выделяются посещения на дому с целью оказания медицинской помощи по назначению врача и с профилактической целью: в графу 4 - посещения взрослых (18 лет и старше), в графу 5 - посещения детей в возрасте 0 - 17 лет (включительно). Причем если при посещении семьи помощь была оказана нескольким членам семьи, то указываются все посещения с соответствующей записью в учетных документах ("Медицинской карте амбулаторного больного" - учетная форма [N 025/у-04,](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55E39605A8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9481x3h6I) "Талоне амбулаторного пациента" - учетная форма [N 025-12/у,](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55E39605A8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9482x3h9I) "Истории развития ребенка" - учетная форма N 112/у).

К посещениям по поводу заболеваний относятся:

- посещения, когда у обратившегося выявлено заболевание;

- посещения для лечения, процедур, манипуляций по назначению врача;

- посещения диспансерным контингентом в период ремиссии;

- посещения больными в связи с открытием листка нетрудоспособности;

- получения справки о болезни ребенка.

В [6 и 7 графах](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9486x3h6I) из общего числа посещений (из 3 и 4 граф) показываются посещения, сделанные по поводу заболеваний: взрослыми (18 лет и старше) и детьми 0 - 17 лет, соответственно.

В графах с 8 по 24 показываются виды деятельности медицинской сестры в соответствии с утвержденными квалификационными требованиями.

В [графах 8, 9, 10](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9486x3h6I) показывается число проведенных процедур и манипуляций, при этом:

- в графе 8 - проведенных процедур и манипуляций "всего";

- в графу 9 выделяются процедуры и манипуляции, проведенные в том числе детям;

- в графе 10 показываются процедуры и манипуляции, проведенные детям на дому по поводу заболеваний (из графы 7 - числа посещений детей по поводу заболеваний), т.е. сколько процедур, манипуляций сделано детям на дому по поводу заболеваний.

В [графах 11 - 13](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9486x3h6I) показывается число проведенных профилактических мероприятий и патронаж к детям до 1 года из числа всех посещений за день:

- в графе 11 - проведенных мероприятий "всего";

- в графу 12 выделяются проведенные профилактические мероприятия детям, "всего" - на амбулаторном приеме и на дому;

- в графе 13 показываются проведенные профилактические мероприятия, патронаж детям на дому.

Примечание. В названии [графы 13](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9486x3h7I) ссылка "из 10 графы" занесена ошибочно.

В [графах 14 - 16](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9486x3h6I) указывается число проведенных реабилитационных мероприятий - массаж, ЛФК, физиотерапия и пр., в том числе инвалидам и ветеранам войн (графа 15), из них выделяются реабилитационные мероприятия, проведенные на дому (графа 16).

В [17 - 24 графах](consultantplus://offline/ref=7C55A10B9B2E0B73C1E721C0FDD5A9E1A55F37655E8C9C56AFB5B34C4F1FCE2076F869AF7E9481x3h2I) показываются мероприятия по гигиеническому воспитанию и образованию населения: обучение уходу за больными (графа 18), обучение беременных и их семей (графа 19), обучение населения здоровому образу жизни, знаниям и навыкам, связанным с конкретными заболеваниями, уходу за детьми и инвалидами.

Все неперечисленные мероприятия отмечаются как "прочие" в графе 24.

Примечание. Во время групповых занятий по здоровому образу жизни число посещений показывается суммарно по числу присутствующих, отдельно по взрослым и по детям. По истечении месяца Карта подписывается медицинской сестрой врача общей практики (семейного врача).

**ДОПОЛНЕНИЯ К ИНСТРУКЦИИ**

**ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 039-1/У-06-02**

**"ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА, ВЕДУЩЕГО САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ ПРИЁМ "**

**Добавлена графа 6 «Неотложная помощь»** в ней указать число посещений по поводу **неотложной помощи,** из общего числа посещений по поводу заболеваний.

**В связи с этим разъясняем следующее:**

**Посещение к среднему медицинскому работнику** - это контакт лица, обратившегося за медицинской помощью, консультацией со средним медицинским работником в часы его работы с записью в амбулаторной карте пациента объективного статуса, проведенных лечебных мероприятий и данных рекомендаций.

Посещения к среднему медперсоналу учитываются в тех случаях, когда этот персонал проводит самостоятельный прием больных (посещения на ФАПе, фельдшерском здравпункте; посещения к среднему медперсоналу смотровых кабинетов; посещения беременных к акушеркам женских консультаций, к фельдшерам).

Учету как посещения не подлежат:

- случаи оказания медицинской помощи персоналом станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи;

- обследования.

Учет посещений, сделанных в доврачебном кабинете поликлиники (поликлинического отделения), фельдшерско-акушерском пункте, фельдшерском пункте, здравпункте осуществляется путем заполнения талона амбулаторного пациента (форма № 025-12/у).

**Посещение к среднему медицинскому работнику** подлежат учету в случаях ведения самостоятельного приема во врачебных амбулаторно-поликлинических учреждениях, на врачебных и фельдшерских здравпунктах, ФАП-ах, включая посещения по поводу процедур.

При этом при **наличии посещения** к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием, и выполнения в **этот же день** данному пациенту **процедуры или манипуляции** учитывается *как одно посещение или одна процедура (манипуляция).*

Посещение в течение дня больных к одному и тому же медицинскому работнику также учитывается **как одно посещение**.

Приложение N 6

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 декабря 2014 г. N 834н

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**(форма N 030/У).**

1. Учетная форма N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения" (далее - Карта) является учетным медицинским документом медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и осуществляющей диспансерное наблюдение (далее - медицинская организация).

2. Карта заполняется медицинскими организациями и их структурными подразделениями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослому населению.

3. Карта заполняется на каждое заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение.

4. Карты не ведутся на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения по профилям онкология, фтизиатрия, психиатрия, наркология, дерматология, стоматология и ортодонтия, которые заполняют свои учетные формы.

5. Номер Карты должен соответствовать номеру "Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" (форма N 025/у).

6. Карта на гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой "Л".

7. При заполнении Карты:

7.1. В пункте 1 указываются диагноз заболевания, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение, и его код по МКБ-10.

7.2. В пункте 2 указывается дата заполнения Карты, в пункте 3 - специальность врача, осуществляющего диспансерное наблюдение, в пункте 4 - Ф.И.О. врача, осуществляющего диспансерное наблюдение.

7.3. В пункте 5 отмечается дата установления диагноза, в пункте 6 указывается, был ли диагноз впервые установлен или был ранее зарегистрирован в связи с поступлением пациента(ки) под наблюдение данной медицинской организации после изменения места жительства.

7.4. В пункте 7 указывается способ выявления заболевания: при обращении за лечением или при профилактическом медицинском осмотре.

7.5. В пунктах 8 и 9 отмечаются даты начала и прекращения диспансерного наблюдения.

7.6. В пункте 10 отмечается одна из причин прекращения диспансерного наблюдения.

7.7. Пункты 11 - 14 Карты заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки).

Примечание:

Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт <1>.

<1> Указ Президента Российской Федерации от 13.03.1997 N 232 "Об основном документе, удостоверяющем личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 11, ст. 1301).

Документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка <1>.

<1> Постановление Правительства Российской Федерации от 18.08.2008 N 628 "О Положении об удостоверении личности моряка, Положении о мореходной книжке, образце и описании бланка мореходной книжки" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, N 34, ст. 3937; 2009, N 23, ст. 2821; 2013, N 12, ст. 1347).

Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации <1>.

<1> Постановление Правительства Российской Федерации от 12.02.2003 N 91 "Об удостоверении личности военнослужащего Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 7, ст. 654; 2006, N 49, ст. 5220).

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца <1>.

<1> Федеральный закон от 19.02.1993 N 4528-1 "О беженцах" (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348; N 46, ст. 4537; 2003, N 27, ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; 2006, N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 29; 2008, N 30, ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; N 27, ст. 3880; 2012, N 10, ст. 1166; N 47, ст. 6397; N 53, ст. 7647; 2013, N 27, ст. 3477; 2014, N 52, ст. 7557).

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства <1>.

<1> Статья 10 Федерального закона от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032).

7.8. В пункте 15 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг <1>:

<1> Статья 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 24, ст. 3699; 2004, N 35, ст. 3607).

"1" - инвалиды войны;

"2" - участники Великой Отечественной войны;

"3" - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах" <1>;

<1> Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 3, ст. 168; 2002, N 48, ст. 4743; 2004, N 27, ст. 2711.

"4" - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

"5" - лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";

"6" - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

"7" - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

"8" - инвалиды;

"9" - дети-инвалиды.

7.9. В пункте 16 отмечаются даты назначенных и фактических посещений в соответствии с индивидуальным планом диспансерного наблюдения.

7.10. Если диагноз, по поводу которого производится диспансерное наблюдение, изменился, об этом делается отметка в пункте 17.

7.11. В пункте 18 указываются имеющиеся сопутствующие заболевания.

7.12. В пункте 19 отмечаются все назначенные и проведенные лечебно-профилактические мероприятия (например, консультации, обследования, госпитализации, санаторно-курортное лечение, рекомендации по трудоустройству, установление инвалидности).

**ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ**

**РЕНТГЕНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТА)**

[**(форма N 039-5/у)**](consultantplus://offline/ref=73D2F037DE8858392EABB0E3245292D6F58E5194CE538123C598A80B27EC3ACACC347890tCEFL)

Дневник ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, имеющих рентгенодиагностические отделения (кабинеты).

Порядок заполнения указан на бланке формы.

Данные дневника, суммированные за 12 месяцев, служат для заполнения табл. 2, раздела IV отчета лечебно-профилактического учреждения по ф. N 1.

Приложение N 8

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 декабря 2014 г. N 834н

**ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО**

**УЧАСТКА ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА**

**СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ, (форма N 030-13/У).**

1. Учетная форма N 030-13/у "Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг" (далее - Паспорт) заполняется врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) медицинской организации (иной организации), осуществляющей медицинскую деятельность, с использованием сведений, содержащихся в Федеральном регистре лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи <1>, медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у, предусмотренная приложением N 1 к приказу Минздрава России от 15.12.2014 N 834н), и истории развития ребенка.

<1> Статья 6.4 Федерального закона от 17.07.1999 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 24, ст. 3699; 2004, N 35, ст. 3607).

2. Паспорт заполняется на пациентов, которым оказана медицинская помощь в отчетном периоде.

3. Если пациент(ка) несколько раз обращался по одному и тому же заболеванию, то сведения в Паспорте указываются одной строкой: число посещений, выписанных и полученных лекарственных препаратов, их стоимость, выданных справок для получения путевки на санаторно-курортное лечение (форма N 070/у, предусмотренная приложением N 11 к приказу Минздрава России от 15.12.2014 N 834н), направлений на госпитализацию, медицинскую реабилитацию, обследование, консультацию. В графе 11 проставляется число посещений суммарно по состоянию за весь отчетный период.

4. Если пациент(ка) получал помощь по различным заболеваниям, то в Паспорте указываются данные по каждому заболеванию отдельной строкой.

5. Если пациент(ка) начал получать лечение в одном отчетном периоде и окончил лечение в другом периоде, то все сведения показываются в том периоде, в котором оканчивается лечение.

6. При заполнении Паспорта:

6.1. Графы с 12 по 20 заполняются в организационно-методическом кабинете медицинской организации (далее - ОМК).

6.2. Графа 15 заполняется на основании информации аптечной организации.

6.3. В графе 19 указывается количество возвращенных обратных талонов санаторно-курортных карт в соответствии с журналом учета обратных талонов санаторно-курортных карт.

7. По завершении отчетного периода Паспорт подписывается врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) и специалистом ОМК.

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО НАРКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО (форма N 025-5/у-88).**

Медицинская карта амбулаторного наркологического больного является основным документом, отражающим состояние здоровья пациента, и заполняется на всех впервые обратившихся в данное лечебное учреждение.

Карта заполняется во всех наркологических учреждениях (подразделениях), где организован амбулаторный прием.

Замена уже имеющихся медицинских амбулаторных карт на новую форму не производится. Сведения о лицах, обратившихся для консультации, для лечения от курения табака, заносятся в "Журнал регистрации амбулаторных больных" [(форма N 074/у)](consultantplus://offline/ref=9CFA9DF778D6C72348651F7738F3445BDE9942B6A7929EE87ACBFCA2725FBFB59BD7040DPCg2L).

Медицинская карта состоит из десяти разделов. Для [V](#Par228), [VI](#Par257), [VII](#Par294) и [VIII](#Par338) разделов предусмотрена возможность вклеивания вкладышей. По краю корешка карты возможна цветная маркировка.

[I раздел](#Par53) - "Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов" в медицинской карте амбулаторного наркологического больного служит для краткого отражения динамики состояния пациента с момента его первого осмотра врачом психиатром-наркологом. В него вносится каждое наркологическое заболевание, либо случаи злоупотребления алкоголем или одурманивающими средствами без признаков сформировавшегося заболевания, послужившие причиной обращения пациента в данное учреждение в отчетном году.

Заболевание (злоупотребление без признаков заболевания), обнаруженное у пациента впервые в жизни, считается впервые выявленным и отмечается знаком "+" (плюс). Заболевания, которые могут возникнуть заново несколько раз в течение года (психозы), каждый раз считаются впервые выявленными и отмечаются знаком "+" (плюс).

Хроническое заболевание, с которым больной обращался в предыдущие годы, в отчетном году вновь вносится в "Лист", но со знаком "-" (минус).

В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом обращении пациента, в [разделе IV](#Par121) записывается предполагаемый диагноз, а в [I раздел](#Par53) вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

В случаях, когда поставленный и записанный в [I раздел](#Par53) диагноз является ошибочным, он зачеркивается, и вписывается новый правильный диагноз без изменения даты.

[II раздел](#Par70) - "Сигнальные отметка" заполняется как во время первого осмотра пациента, так и в дальнейшем, по мере поступления информации. В [пункте 10](#Par96) данного раздела "Сведения о нарушении режима трезвости" указываются данные, полученные из медвытрезвителя, отделений милиции, с места работы (учебы) или жительства пациента, из лечебно-профилактических учреждений, ГАИ (если пациент имеет водительские права); в этом же пункте делается отметка о лишении водительских прав с указанием срока лишения.

[III раздел](#Par104) - "Профессиональный маршрут" - первая запись вносится во время первичного заполнения карты. В дальнейшем отражается динамика за весь период наблюдения. В графе "Изменения" указывается дата прекращения работы (учебы) и причина (увольнение - с указанием причины; перевод на другую работу; окончание учебного заведения; отчисление из учебного заведения - с указанием причины). Во всех последующих строках данного раздела в 1-й графе указывается дата начала работы (учебы) на новом месте или в новой должности в том же учреждении (предприятии).

[IV раздел](#Par121) - "Первичный осмотр нарколога" - указывается время и дата осмотра и его причина. Если пациент направлен официальной организацией, в тексте подчеркивается - какой именно и указывается причина направления. Если имеются сопровождающие, указывается - кто именно. Отражается субъективный анамнез и, по возможности, объективный. Если при первичном осмотре нет возможности собрать объективный анамнез, он вписывается позднее с указанием даты.

[V раздел](#Par228) - "Повторный осмотр нарколога" - Ф.И.О. и адрес указываются, если по каким-либо причинам в момент осмотра у врача нет амбулаторной карты пациента. В типографском тексте подчеркиваются условия явки (самостоятельно, по вызову и т.п.) и причина осмотра. В статусах указывается динамика состояния с момента предыдущего осмотра.

[VI раздел](#Par257) - "Осмотр психолога" - заполняется психологом данного наркологического учреждения, либо консультантом, на основании проведенного психологического обследования.

[VII раздел](#Par294) - "Эпикриз" - заполняется врачом психиатром-наркологом и заверяется подписями членов ВКК.

По мере необходимости вклеиваются вкладыши. Эпикриз заполняется при переводе пациента в следующую группу диспансерного учета и снятии с учета - этапный; при передаче под наблюдение в другое наркологическое учреждение (подразделение) - переводной; при представлении карты на врачебную комиссию - для ВКК.

[VIII раздел](#Par338) - "Данные патронажа" - заполняется средними медицинскими работниками, проводившими патронаж пациента на дому. Указывается дата патронажа, должность проводившего патронаж. Не допускается запись в графе "Краткие сведения о больном, его поведении" формулировок типа "Больного не было дома".

Возможно вклеивание вкладышей.

[IX раздел](#Par355) - "Взаимодействие с другими организациями" - заполняется врачом психиатром - наркологом или средними медицинскими работниками, контактировавшими с другими организациями лично или письменно по вопросам, касающимся данного пациента. Указываются: дата встречи или отправки письменного сообщения; организация, с которой осуществляется взаимодействие; вид взаимодействия - сверка списков с горрайорганом внутренних дел, ответ на запрос, вызов больного через отделение милиции, присутствие на заседаниях комиссий, народного суда, общественных организаций и т.п.; должность, фамилия и подпись медработника, осуществившего взаимодействие.

[X раздел](#Par373) - "Результаты диагностических исследований и консультаций специалистов" - возможны как запись данных, так и их подклейка.

Внутренняя часть задней обложки карты может быть оформлена в виде "кармана", либо использована для подклеивания выписок из других наркологических учреждений, запросов, извещений из ЛТП и т.д.

Утверждена МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**ВКЛАДНОЙ ЛИСТ НА ПОДРОСТКА**

**К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО**

**(форма № 025-1/у).**

Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025-1/у) заполняется при периодических осмотрах подростков, проводимых лечебно-профилактическими учреждениями, обслуживающими подростков - рабочих промышленных предприятий, сельского хозяйства, строительства, учащихся системы профтехобразования, общеобразовательных и специальных школ, техникумов и вузов в возрасте 15-17 лет включительно.

Вкладной лист состоит из паспортной части, включающей сведения о подростке, - его фамилию, адрес, профессию, возраст, место работы и т.д.; некоторые сведения о родителях - болезни родителей.

В разделе "Данные медицинских обследований" предусмотрено место для записи 3-х обследований. При обследовании должны быть указаны: состояние кожи, костно-мышечной системы, лимфатических желез, полости рта, органов пищеварения и др. органов.

В разделе «Оздоровительные мероприятия» врач записывает назначенные мероприятия, даты их назначения и выполнения.

Вкладной лист используется для составления отчета о медицинской помощи подросткам (отчет-вкладыш № 1).

Утверждена МЗ РФ

от 03.12.2000г. №241

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

**РЕБЕНКА ДЛЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ДОШКОЛЬНОГО,**

**НАЧАЛЬНОГО ОБЩЕГО, ОСНОВНОГО ОБЩЕГО, СРЕДНЕГО (ПОЛНОГО) ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ, УЧРЕЖДЕНИЙ НАЧАЛЬНОГО И СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ДЕТСКИХ**

**ДОМОВ И ШКОЛ-ИНТЕРНАТОВ (форма N 026/У-2000).**

"[Медицинская карта](#Par40) ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов" предназначена для детей и подростков в возрасте до 18 лет, обучающихся, воспитывающихся в образовательных учреждениях независимо от организационно-правовой формы и формы собственности.

"Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений" заполняется медицинскими работниками (врач, средний медицинский работник) образовательного учреждения. В части скрининг-программы в пределах компетенции педагогического персонала (педагоги, психологи) заполняется медицинскими работниками.

Структура "Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений"

В форме предусмотрено выделение следующих разделов:

1. Общие [сведения](#Par47).

2. Анамнестические [сведения](#Par108).

3. [Сведения](#Par231) о диспансерном наблюдении.

4. Обязательные лечебно-профилактические [мероприятия.](#Par254)

5. Иммунопрофилактические [мероприятия.](#Par288)

6. [Данные](#Par452) плановых профилактических медицинских осмотров (в соответствии с [Приказом](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F1658029B084075F5DB0F7DB09A1BA7D2840B5850B6519B8C29k01CH) Минздрава России и Минобразования России N 186/272 от 30.06.92 "О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях", [Приказом](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F1658029B084075F5DB0F7DB09A1BkA17H) Минздрава России N 60 от 14.03.95 "Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов", [Приказом](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5B6DB88F16580892094B75FB860575E99619A0kD1DH) Минздрава России N 151 от 07.05.98 "О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям", [Приказом](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F16580A9B07417FFD860575E99619A0kD1DH) Минздрава России N 154 от 05.05.99 "О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста").

7. [Результаты](#Par1058) врачебной профессиональной консультации.

8. [Рекомендации](#Par1081) по занятиям спортом, бальными или спортивными танцами (в секциях).

9. [Сведения](#Par1107) о подготовке юношей к военной службе.

10. [Данные](#Par1136) текущего медицинского наблюдения.

11. [Скрининг-программа](#Par1150).

Раздел 1. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

П. [п. 1.1](#Par49) - [1.5](#Par51) - содержат паспортные и адресные данные о ребенке.

П. [п. 1.6](#Par51) - [1.7](#Par52) - содержат сведения об амбулаторно-поликлиническом учреждении, обслуживающем ребенка по месту жительства.

[П. 1.8](#Par55) "Характеристика образовательного учреждения". В соответствующей строке указывается дата поступления или перехода в другое образовательное учреждение (с учетом типа, вида, особенностей образовательного процесса в данном учреждении).

[П. 1.9](#Par90) - указываются неблагоприятные профессионально-производственные факторы (шум, пыль, метеоусловия и др.), с которыми сталкивается учащийся учреждений начального и среднего профессионального образования. Кроме того, указывается, с какого года подросток контактирует с данными факторами.

[Таблица 1.10](#Par92) должна содержать сведения обо всех аллергических заболеваниях (реакциях), имеющихся у ребенка и вызывающих их аллергенах.

Раздел 2. АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ СВЕДЕНИЯ

[Раздел](#Par108) содержит данные An. Vitae - сведения о семье, перенесенных ребенком заболеваниях и характеристику отдельных социальных условий, влияющих на формирование здоровья детей на разных этапах развития.

[Пункты 2.1](#Par114) и [2.2](#Par116) заполняются в соответствии с указанными графами и содержат сведения о родителях ребенка. В [пункте 2.3](#Par122) следует дать характеристику семьи, в которой воспитывается ребенок, а в [пункте 2.4](#Par123) - отметить характер психологического микроклимата в семье. В [пункте 2.5](#Par124) следует указать (подчеркнуть) наличие или отсутствие у ребенка места для самостоятельных занятий и отдыха, в том числе наличие места и условий для занятий у воспитанников детских домов и школ-интернатов. В [пункт 2.6](#Par125) заносятся сведения о хронических заболеваниях, имеющихся у родственников ребенка I - II поколений (мать, отец, бабушка и дедушка со стороны матери и отца).

[Таблица 2.7](#Par127) содержит сведения о внешкольных занятиях ребенка, их характере и продолжительности (часов в неделю). Сведения могут быть получены по результатам опроса ребенка, родителей или воспитателей детских домов и школ-интернатов.

[Пункты 2.8](#Par147) - [2.11](#Par209) включают сведения о перенесенных заболеваниях, травмах, операциях, госпитализации, санаторно-курортном лечении и пропуске занятий по болезни (по поводу острых и обострения хронических заболеваний). В случае госпитализации указывается название и N учреждения. При санаторно-курортном лечении обязательно указание климатической зоны, где проходило лечение, названия и профиля учреждения.

Раздел 3. СВЕДЕНИЯ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Данный [раздел](#Par231) заполняется на лиц, состоящих на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства. Сведения, заносимые в раздел 3, необходимы для осуществления контроля за проведением диспансерного наблюдения. Сведения о диспансерном наблюдении переносятся из амбулаторной карты (ф. 112-у).

Обязательно заполнение всех предусмотренных граф раздела с указанием врача-специалиста, осуществляющего диспансерное наблюдение, дат назначенной и фактической явки для контрольного осмотра и обследования, при снятии с диспансерного наблюдения - дату и причину снятия.

Раздел 4. ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В данный [раздел](#Par254) включаются сведения о проведении в условиях образовательного учреждения и результатах дегельминтизации и санации полости рта (с указанием даты). Частота и кратность проведения мероприятий определяются действующими нормативно-методическими документами - [Приказ](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F1658029B084075F5DB0F7DB09A1BA7D2840B5850B6519B8C29k01CH) Минздрава России и Минобразования России N 186/272 от 30.06.92 "О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях", [Приказ](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F1658029B084075F5DB0F7DB09A1BkA17H) Минздрава России N 60 от 14.03.95 "Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов", [Приказ](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5B6DB88F16580892094B75FB860575E99619A0kD1DH) Минздрава России N 151 от 07.05.98 "О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям", Методические рекомендации "Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы" (утв. Минздравом России, 1993). Кроме того, санация полости рта может проводиться по показаниям при обращении ребенка к стоматологу.

Раздел 5. ИММУНОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В данный [раздел](#Par288) включаются сведения о результатах медицинского осмотра педиатром до проведения прививок, определения показаний и противопоказаний к их проведению [(5.1)](#Par290), а также о непосредственном проведении прививок и других иммунопрофилактических мероприятий:

- плановых прививок [(п. 5.2)](#Par312), в соответствии с "Календарем прививок";

- прививок по эпидемиологическим показателям [(п. 5.3)](#Par392);

- введения гаммаглобулина - по показаниям [(п. 5.4)](#Par420);

- противотуберкулезных мероприятий [(п. п. 5.5](#Par438) и [5.6](#Par438)).

В подразделе [5.1](#Par290) указываются диагнозы всех заболеваний, имеющихся у ребенка, в том числе является ли ребенок на момент осмотра реконвалесцентом после перенесенного острого заболевания. В графе "Медицинский отвод до \_\_\_" необходимо указать, до какой даты ребенку противопоказано проведение той или иной прививки.

В [таблицах 5.2](#Par312) - [5.6](#Par438) в качестве отметки о проведении прививки указывается дата ее проведения, N серии вакцины, доза, способ введения, реакция на введение (немедленного или замедленного типов). Обязательна подпись лица, осуществляющего вакцинацию или другие иммунопрофилактические мероприятия.

Раздел 6. ДАННЫЕ ПЛАНОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ

МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ

В данном [разделе](#Par452) содержатся сведения и результаты проведения плановых медосмотров в следующие возрастные периоды:

- [6.1](#Par452) перед поступлением в учреждения дошкольного образования;

- [6.2](#Par452) за 1 год до поступления в образовательные учреждения начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования;

- [6.3](#Par452) непосредственно перед поступлением в образовательные учреждения начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования;

- [6.4](#Par534) в возрасте 7 лет (по окончании 1-го класса);

- [6.5](#Par612) в возрасте 10 лет (при переходе к предметному обучению);

- [6.6](#Par696) в возрасте 12 лет;

- [6.7](#Par782) в возрасте 14 - 15 лет;

- [6.8](#Par874) в возрасте 16 лет;

- [6.9](#Par967) в возрасте 17 лет.

В данных педиатрического осмотра, наряду с обычными сведениями, указывается частота сердечных сокращений за 1 мин. и результаты 3-кратного измерения АД (с точностью до 2 мм рт.ст.).

Каждый из участвующих в медицинском осмотре специалистов заносит в соответствующую строку данные по проведенному осмотру, а также диагноз (в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра) или заключение "здоров".

На каждом профилактическом осмотре у детей берутся анализы крови, мочи, кала. Результаты анализов заносятся в "Медицинскую карту" и учитываются при установлении диагноза, назначении коррекционных, лечебных, реабилитационных мероприятий.

В строку "Заключительный диагноз" врачом-педиатром вписывается полный клинический диагноз, учитывающий результаты осмотра врачей всех специальностей. Оценка интегральных показателей (физического и нервно-психического развития, физической подготовленности, отнесение к определенной группе здоровья, медицинской группе для занятий физкультурой) проводится в соответствии с [Приказом](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F1658029B084075F5DB0F7DB09A1BA7D2840B5850B6519B8C29k01CH) Минздрава России и Минобразования России N 186/272 от 30.06.92 "О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях", [Приказом](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F1658029B084075F5DB0F7DB09A1BkA17H) Минздрава России от N 60 от 14.03.95 "Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов" и Методическими рекомендациями "Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы" (утв. Минздравом России, 1993).

"Медико-педагогическое заключение" выносится совместно педиатром и педагогом на основании анализа динамики состояния здоровья в течение обучения. В "Медицинскую карту" медико-педагогическое заключение вносится только педиатром. В строку "Рекомендации" вписываются рекомендации по оздоровлению и реабилитации ребенка, коррекции нарушений здоровья и развития в условиях образовательного учреждения. Кроме того, в данную строку вносятся советы при переводе ребенка в образовательные учреждения различного типа, а также рекомендации о возможности обучения в образовательных учреждениях с повышенным содержанием образования.

С 10-летнего возраста ([п. п. 6.5](#Par612) - [6.9](#Par967)) регистрируется половая формула ребенка (Методические рекомендации "Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы", утв. Минздравом России, 1993), у девочек дается характеристика менструальной функции с указанием возраста (годы, число месяцев) наступления menarhe и характеристика менструального цикла (длительность, регулярность, количество теряемой крови, болезненность и др.). По данным половой формулы и характеристике менструальной функции проводится интегральная оценка уровня полового развития (Методические рекомендации "Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы", утв. Минздравом России, 1993). Результаты заносятся в соответствующую строку "Медицинской карты".

В строку "ЭКГ" вносится заключение по результатам проведенного электрокардиографического исследования.

При медицинском осмотре в 14 - 15 лет и в дальнейшем проводится флюорографическое исследование, результаты которого вносятся в "Медицинскую карту". Кроме того, в 14 - 15, 16 и 17 лет по результатам медицинского осмотра предусмотрено внесение данных в строки "Ограничение деторождения" и "Репродуктивное поведение" (Методические рекомендации "Методика коррекции репродуктивной установки подростков 15 - 17 лет", Иваново, утв. Минздравом России, 1996).

В возрасте 17 лет в [строку](#Par1048) "Рекомендации" вносятся рекомендации по дальнейшему медицинскому наблюдению, в том числе при передаче медицинского обслуживания в амбулаторно-поликлиническое учреждение, обслуживающее взрослое население.

Раздел 7. РЕЗУЛЬТАТЫ

ВРАЧЕБНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Сведения, содержащиеся в данном [разделе](#Par1058), формируются на основании результатов профилактических медицинских осмотров и данных текущего медицинского наблюдения. В графе "Профессия" отмечаются те профессии или специальности, по которым в дальнейшем будет обучаться или работать ребенок (они могут быть сформулированы самим ребенком на основании собственных профессиональных устремлений или обозначены родителями). В графе "Рекомендации" на основании сопоставления имеющихся у ребенка нарушений здоровья и развития, состояния основных функциональных систем организма с действующими перечнями медицинских противопоказаний к профессиональному обучению (начальному, среднему или высшему) и труду дается заключение о возможности обучения или труда по определенным профессиям либо ограничения или противопоказания к обучению, труду по определенным специальностям. Кроме того, при наличии медицинских противопоказаний или ограничений необходимо определить круг профессий (специальностей), по которым ребенок мог бы проходить обучение или работать, имея данные расстройства здоровья и развития.

Раздел 8. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАНЯТИЯМ СПОРТОМ, БАЛЬНЫМИ

ИЛИ СПОРТИВНЫМИ ТАНЦАМИ

В данном [разделе](#Par1081) содержатся результаты оценки состояния здоровья ребенка для вынесения заключения о возможности занятия спортом (в секциях) и приравненных к спортивным занятиям видах деятельности (в т.ч. бальные и спортивные танцы). Оценка возможности занятия различными видами спорта проводится на основании результатов плановых профилактических медицинских осмотров.

В графу "Вид спорта" заносится тот вид, в отношении занятия которым осуществляется оценка состояния здоровья (по желанию ребенка или его родителей). В графе "Рекомендации" должна содержаться информация о возможности заниматься данным видом спорта при имеющихся у ребенка нарушениях здоровья и развития. При отсутствии отклонений в состоянии здоровья, препятствующих спортивным занятиям, делается запись - "не противопоказано". При наличии противопоказаний или ограничений делается соответствующая отметка и даются рекомендации по занятию теми видами спорта, которые не противопоказаны или рекомендуются при имеющихся нарушениях здоровья.

Раздел 9. СВЕДЕНИЯ О ПОДГОТОВКЕ ЮНОШЕЙ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ

[Раздел](#Par1107) содержит результаты оценки состояния здоровья юношей-подростков на этапах подготовки к первичной постановке на воинский учет и после первичной постановки (с предварительной оценкой годности к военной службе). Оценка уровня здоровья осуществляется амбулаторно-поликлиническим учреждением по месту жительства, а ее результаты вносятся в "Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений". Заключение выносится по результатам экспертизы годности, проведенной по результатам осмотра юноши медицинской комиссией и данным текущего медицинского наблюдения за ребенком.

В графу "Диагноз" вносится полный клинический диагноз ребенка. Заключение о возможности (ограничениях, невозможности) военной службы выносится только по результатам первичной постановки на воинский учет (медицинская комиссия) и переносится в "Медицинскую карту" из истории развития ребенка (ф. N 112/у). До первичной постановки в графу "Диагноз" вносится заключение о возможности коррекции и лечения нарушений здоровья и развития, наличие которых у подростков может стать причиной негодности или ограниченной годности к военной службе. Заключение о необходимости проведения коррекционных и лечебно-оздоровительных мероприятий выносится на основании ["Расписания болезней"](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F16580993074C76F5DB0F7DB09A1BA7D2840B5850B6519B8D20k01CH) (приложение к Постановлению Правительства Российской Федерации N 390 от 20.04.95 "Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе).

В графе "Рекомендации" фиксируются те необходимые мероприятия по повышению уровня здоровья, адаптационных и функциональных возможностей юношей, которые должны проводиться в условиях образовательного учреждения.

Раздел 10. ДАННЫЕ ТЕКУЩЕГО МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

В данном [разделе](#Par1136) регистрируются обращения ребенка с жалобами (при острых и обострении хронических заболеваний) к медицинскому персоналу в образовательном учреждении. Обязательна регистрация даты обращения, жалоб и данных объективного осмотра, установленного диагноза и данных назначений и рекомендаций. В случае направления ребенка в территориальное амбулаторно-поликлиническое учреждение или обращения за скорой или неотложной медицинской помощью в графе "Назначения" делается соответствующая запись. В графе "Подпись" обязательно указывается, кем оказана помощь (врач или средний медицинский работник).

Раздел 11. "СКРИНИНГ-ПРОГРАММА" (ДОШКОЛЬНЫЙ ЭТАП, ЭТАП

ОСНОВНОГО ОБЩЕГО, СРЕДНЕГО (ПОЛНОГО) ОБЩЕГО ОБРАЗОВАНИЯ)

Доврачебное обследование детей по [скрининг-программам](#Par1150) выполняется медицинской сестрой дошкольного учреждения, учреждения начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждения начального и среднего профессионального образования, детского дома, школы-интерната. Перечень скрининг-тестов для каждого возраста определен [Приказом](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F1658029B084075F5DB0F7DB09A1BkA17H) Минздрава России N 60 от 14.03.95 "Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов" и [Приказом](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5B6DB88F16580892094B75FB860575E99619A0kD1DH) Минздрава России N 151 от 07.05.98 "О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям". Возможные варианты заключений по результатам проведения скрининг-тестов содержатся в Методическом пособии "Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы" (утвержденном Минздравом России в 1993 г.).

"Скрининг-программа" (базовая и расширенная) представлена в виде таблицы, где по вертикали расположены названия скрининг-тестов, а по горизонтали - возраст скрининг-обследования дошкольников и школьников. В нижней части таблицы по вертикали расположены тесты расширенной скрининг-программы, которые также необходимы для проведения комплексной оценки здоровья детей и являются обязательными для выполнения. Скрининг-обследования проводятся ежегодно, однако, в каждом возрасте проводятся не все скрининг-тесты, а только те, варианты заключений которых приведены в таблице ([Приказ](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F1658029B084075F5DB0F7DB09A1BA7D2840B5850B6519B8C29k01CH) Минздрава России и Минобразования России N 186/272 от 30.06.92 "О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях", [Приказ](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F1658029B084075F5DB0F7DB09A1BkA17H) Минздрава России N 60 от 14.03.95 "Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов").

В [таблицу](#Par1150) внесены унифицированные варианты заключений по каждому скрининг-тесту. Медицинская сестра подчеркивает необходимое заключение. В колонках "рост", "масса", "АД", "острота зрения", "динамометрия", "тест Керна-Иерасика (ориентировочный тест "школьной зрелости")", "число заболеваний (сумма острых и обострений хронических) за год" указывается цифровое значение показателя. Показатели динамометрии и физической подготовленности определяются педагогом на занятиях физкультурой, а медицинская сестра выносит заключения в лист "скрининг-программа базовая". С целью контроля за функциональным состоянием и при наличии показаний пробы с физической нагрузкой и динамометрия могут проводиться средним медицинским персоналом ([Приказ](consultantplus://offline/ref=DC84588442DDC3FED50D5274BF8F1658029B084075F5DB0F7DB09A1BA7D2840B5850B6519B8C29k01CH) Минздрава России и Минобразования России N 186/272 от 30.06.92 "О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях", Методическое пособие "Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы" (утв. Минздравом России в 1993 г.). Соответствующие показатели из таблицы скрининг-обследования переносятся в основную "Медицинскую карту", в подразделы, отражающие [результаты](#Par452) проведения профилактических медицинских осмотров.

К проведению отдельных скрининг-тестов привлекаются педагог, психолог (тест Керна-Иерасика, оценка нервно-психического развития). Методики проведения скрининг-тестов по базовой и расширенной программам определены в Методическом пособии "Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы" (утв. Минздравом России в 1993 г.).

Программа скрининг-тестов для детей дошкольного возраста составлена для ребенка, готовящегося к поступлению в образовательное учреждение начального общего образования с 7 лет. Если ребенок поступает в образовательное учреждение с 6 лет, то в 5 лет (за год до поступления) он будет обследоваться по скрининг-программе 6-летнего ребенка, а в 6 лет (непосредственно перед поступлением) - по программе 7-летнего.

В разработке "[Медицинской карты](#Par40) ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов" и [Инструкции](#Par1536) по ее заполнению приняли участие:

Утверждена МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА**

**(форма № 112/у).**

«История развития ребенка» является основным медицинским документом детской поликлиники, а также детских яслей, ясельных групп яслей-садов, домов ребенка. Она предназначена для ведения записей наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка и о его медицинском обслуживании от рождения до 14 лет включительно (школьников - до окончания средней школы).

"История развития ребенка" заполняется на каждого ребенка при взятии его на учет: в детской поликлинике - при первичном патронаже (вызове на дом) или при первом обращении в поликлинику; в яслях, яслях-садах и домах ребенка - с момента поступления в дошкольное учреждение.

Паспортная часть "Истории развития ребенка", в т.ч. касающаяся сведений о составе семьи, заполняется в регистратуре поликлиники при взятии его на учет на основании сведений родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном (форма № 113/у) "Обменная карта" (родильного дома, родильного отделения больницы) или медицинского свидетельства о рождении (ф. № 103/у) и опроса родителей.

Отсутствие медицинского свидетельства о рождении или данных о прописке не является основанием для отказа в обслуживании ребенка.

В детских яслях, ясельных группах яслей-садов и домах ребенка паспортная часть заполняется медицинской сестрой.

Медицинская сестра (в детской поликлинике - участковая) заполняет также раздел "Сведения о семье" при первом посещении ребенка на дому или первом обращении его в детскую поликлинику в части, касающейся наличия хронических заболеваний в семье. Для регистрации данных текущих наблюдений патронажной медицинской сестры за ребенком предназначен последний раздел "Истории развития ребенка".

Все остальные записи производятся врачами всех специальностей в порядке текущих наблюдений. Все записи, сделанные врачами, должны быть ими подписаны.

Истории развития ребенка хранятся в картотеке регистратуры по годам рождения и передаются врачу в день посещения ребенком поликлиники или посещения врачом ребенка на дому.

Истории развития ребенка на детей до 1 года, как правило, хранятся в кабинете участкового педиатра для оперативного использования их в целях обеспечения систематического наблюдения за ребенком и своевременного проведения профилактических мероприятий.

При выбытии ребенка из-под наблюдения данной детской поликлиники на титульном листе "Истории развития ребенка" делается соответствующая отметка: указывается дата снятия с учета и причина (переезд, смерть; выбытие из детского учреждения). При переезде указывается обязательно - куда выбыл (адрес). В этом случае в целях обеспечения преемственности в наблюдении за ребенком его "История развития" по запросу с нового места жительства должна передаваться в соответствующую детскую поликлинику. При отсутствии запроса "История" хранится в картотеке регистратуры 3 года, а затем сдается в архив.

При достижении ребенком возраста 15 лет (или после окончания школы) "История развития" передается в поликлинику для взрослых по месту жительства.

"История развития ребенка" не только медицинский, но и юридический документ. В ней не разрешается производить подчистки, зачеркивания, изменения и дополнения в записях текущих наблюдений.

"История развития ребенка" используется для составления годового "Отчета лечебно-профилактического учреждения" - форма № 1 и отчета-вкладыша № 2 "О медицинской помощи детям".

Утверждена МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА БЕРЕМЕННОЙ И РОДИЛЬНИЦЫ**

**(форма № 111/у).**

Индивидуальная карта беременной и родильницы заполняется на каждую обратившуюся в женскую консультацию беременную, желающую сохранить беременность <\*>.

В карту заносятся паспортные данные, сведения анамнестического характера (особо подробно о течении и исходах предыдущих беременностей), данные о состоянии здоровья женщины ко времени обращения в консультацию, результаты общего и специального акушерского обследования, заключения терапевта и других специалистов о состоянии здоровья беременной. При повторных посещениях жалобы, данные объективного обследования и назначения записываются в специальный раздел карты. Эти данные позволяют проследить динамику ряда объективных показателей состояния беременной и плода (пункт N 6), а также принимать меры в случае отклонения их от нормы.

В карте представлен специальный лист для подклейки анализов и других документов.

Последняя страница карты предназначается для записи сведений о течении и исходе родов (на основании талона N 2 обменной карты ф. N 113/у), а также о течении послеродового периода после выписки родильницы из стационара.

После снятия женщины с диспансерного наблюдения карта за подписью лечащего врача и завконсультацией поступает в архив женской консультации (родильного дома).

<\*> - На беременных, обратившихся в консультацию за направлением для искусственного прерывания беременности, заполняется медицинская карта амбулаторного больного ф. № 025/у.

Утверждена МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

**БОЛЬНОГО ВЕНЕРИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

**(форма N 065/у)**

Медицинская карта составляется врачом-дерматовенерологом, работающим в кожно-венерологическом диспансере (кабинете), на всех больных, у которых выявлено венерическое заболевание.

При составлении медицинской карты должны быть заполнены все имеющиеся в ней пункты. Особенно тщательно должны быть записаны врачом все сведения (фамилия, имя, отчество, адрес) о лицах, называемых в качестве источников заражения, о членах семьи и контактах, так как на основании этих сведений проводится оперативная работа венерологического учреждения.

Примечание. Если источник заражения не был сразу назван больным и был выявлен лишь при осмотре контактов, то сведения о нем должны быть вычеркнуты из п. 22 и переписаны в п. 21 медицинской карты.

Медицинские карты больных венерическими заболеваниями, получающих систематический курс лечения и наблюдающихся после окончания лечения, хранятся в кабинете у лечащего врача до снятия больного с учета. Карты больных, принимающих курсовое лечение, располагаются в картотеке врача по датам явки. При таком хранении медицинский персонал легко подбирает для врача карты больных, назначенных на данный день, а по окончании приема выявляет больных, не явившихся на прием и подлежащих вызову.

Карта, являясь оперативным документом, одновременно используется и в качестве статистического документа для составления отчета о контингентах больных венерическими болезнями.

Утверждена МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

**БОЛЬНОГО ГРИБКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

**(форма № 065-1/у)**

Медицинская карта составляется врачом-дерматовенерологом (дерматологом) при выявлении у больного грибкового заболевания.

Особенно тщательно должны быть записаны врачом все сведения об источниках заражения (человек, животное), о членах семьи и контактах (в квартире, общежитии, детском учреждении и др.), так как на основании этих сведений проводятся оперативная работа и профилактические мероприятия микологической (дерматологической) службой.

Медицинские карты больных грибковыми заболеваниями, принимающих лечение и состоящих на контроле (контрольные лабораторные анализы после лечения, проведение заключительной дезинфекции и др. мероприятия, проводимые до снятия с учета), хранятся в кабинете у лечащего врача в специальной картотеке.

Карта является одновременно оперативным и статистическим документом.

На основании данных карт составляется отчет о контингентах больных грибковыми болезнями.

Утверждена МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА**

**ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ КОНТИНГЕНТА**

**ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

**(форма № 030-4/у).**

Контрольные карты диспансерного наблюдения заполняются во всех противотуберкулезных учреждениях, ведущих амбулаторный прием (диспансерах, диспансерных отделениях больниц, кабинетах) на все контингенты, находящиеся под их наблюдением, независимо от группы диспансерного учета, в том числе и на здоровых лиц, находящихся в контакте с больными, выделяющими микобактерии туберкулеза (IV группа диспансерного учета).

Карты заполняются также на умерших от туберкулеза или его отдаленных последствий, не состоявших при жизни на учете противотуберкулезных учреждений или состоявших на учете в учреждениях других ведомств.

Карты хранятся в специальной картотеке у каждого участкового врача-фтизиатра по группам диспансерного учета, и в их пределах по срокам назначенной явки (по месяцам - для контингентов, находящихся под наблюдением, и по дням - для больных, получающих амбулаторное лечение в период проведения курса лечения).

Контрольные карты диспансерного наблюдения используются в оперативных целях, обеспечивая контроль за своевременным проведением обследования и лечения (основных курсов, противорецидивного, профилактического) контингентов, состоящих на учете, и как статистический документ, обеспечивающий составление отчета о контингентах больных туберкулезом (отчет-вкладыш N 4).

Карты лиц, снятых в течение года с учета, независимо от причины снятия, хранятся до конца года и составления годового отчета в действующей картотеке за особым разделителем, после чего передаются в архив учреждения. Срок хранения - 5 лет после снятия с диспансерного учета. Вопрос о дальнейшем хранении решается экспертной комиссией.

Утверждена МЗ РФ

от 31.12.2002г. №420

**КАРТА ОБРАТИВШЕГОСЯ**

**ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ (НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ) ПОМОЩЬЮ**

**(форма № 030-1/У-02).**

Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью [(ф. N 030-1/у-02)](#Par47), далее - Карта, содержит сведения о больном, обратившиеся за амбулаторной психиатрической, психотерапевтической или наркологической помощью (независимо от того, состоит он под диспансерным, профилактическим наблюдением или получает консультативно-лечебную помощь). Карта заполняется на каждого больного, обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение: психоневрологический или наркологический диспансер, психиатрическое или наркологическое амбулаторное отделение (кабинет) психиатрической, психоневрологической, наркологической или многопрофильной больницы, психотерапевтический кабинет при психиатрической, психоневрологической или многопрофильной больнице или поликлинике, наркологический кабинет при предприятии независимо от его ведомственной подчиненности, а также в амбулаторное психоневрологическое (психотерапевтическое, наркологическое) отделение (кабинет) при научно-исследовательском учреждении.

Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью содержит основные сведения о больном и является формализованным документом, предназначенным для амбулаторного наблюдения и контроля посещений больных психическими и наркологическими расстройствами. В конце каждого отчетного года Карты используются для составления годового отчета учреждения. Карта может служить исходным документом для создания электронной базы данных с целью автоматизации процесса подготовки и формирования годового отчета и получения оперативных сведений о контингентах наблюдаемых больных.

Карта заполняется при приеме больного на основании опроса и записей в медицинской карте амбулаторного больного (ф. N 025/у-87) или медицинской карте амбулаторного наркологического больного (ф. N 025/у-05-88). Заполненные Карты хранятся в картотеке каждого участкового (районного) врача-психиатра (психотерапевта, нарколога) и используются последним в его работе для контроля за систематичностью наблюдения.

По окончании наблюдения больного в Карте делаются соответствующие записи. В течение отчетного года закрытые Карты хранятся отдельно от общей картотеки, а после использования их для составления годового отчета сдаются в архив.

В Карту обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью вносятся сведения о больном на момент ее заполнения. В случае изменения каких-либо данных в последующем в Карту вносятся соответствующие исправления, например, об изменении диагноза, места работы, семейного положения, уровня образования и т.д. Если в каком-либо пункте приведен перечень возможных ответов, то следует отметить (подчеркнуть и обвести кружком) тот или иной ответ (код).

При анонимном наблюдении (например, в наркологическом анонимном кабинете) ряд пунктов не заполняется (адрес, место работы или учебы и др.).

Все цифровые обозначения указываются в Карте только арабскими цифрами.

Заполнение формы рекомендуется начать с паспортной части.

1. В соответствующей [строке](#Par49) указываются фамилия, имя и отчество больного.

2. В [левом верхнем углу](#Par44) вписывается номер участка в соответствии с нумерацией участков в данном учреждении. В правом верхнем углу указывается дата открытия Карты, которая должна совпадать с датой первого посещения больным данного учреждения (в соответствии с записями в медицинской карте амбулаторного больного (ф. N 025/у-87) или медицинской карте амбулаторного наркологического больного (ф. N 025/у-05-88)).

3. В [пункте 1](#Par51) ("Пол") кружком обводится соответствующий код. В случае неясности половой принадлежности больного (гермафродитизма и др.) пол указывается в соответствии с паспортными данными.

4. В [пункте 2](#Par51) подчеркивается постоянное место жительства больного в соответствии с паспортными данными. Код 1 ("Житель города") подчеркивается, если больной проживает в городе или поселке городского типа, непосредственно подчиненном городской администрации; код 2 ("Житель села") - если больной проживает в сельской местности (на территории, подчиненной местной сельской администрации), а также если больной проживает в сельском поселке, расположенном вне границ города, но подчиненном городской администрации.

5. В [пункте 3](#Par53) ("Дата рождения") указывается число, месяц и год рождения больного в соответствии с паспортными данными, а в случае отсутствия паспорта - со слов больного или родственников. Если порядковый номер дня или месяца рождения является однозначным числом, то слева дописывается 0. Например, больной родился 5 марта 1982 г., в Карте следует записать: 05.03.1982.

6. В [пункте 4](#Par55) указывается адрес постоянного места жительства больного в соответствии с паспортом или иным документом, его заменяющим. Ниже вписывается код места жительства больного в соответствии с "Общероссийским [классификатором](consultantplus://offline/ref=2AB3F3F71EBCE4DE4241C268B302EEAF7DE0A84E733456379141DCDF14KDbAL) административно-территориального деления", утвержденным Постановлением Госстандарта России от 31 июля 1995 г. N 413 и введенным в действие с 1 января 1997 г. Для больных без определенного места жительства указывается фактическое место жительства с отметкой БОМЖ.

В первых двух клетках проставляется код субъекта Российской Федерации (республики, края, области, автономной области или округа) [(таблица 1)](#Par794), в следующих девяти клетках - код того города, района, населенного пункта, в котором проживает больной.

В отведенных клетках код субъекта Российской Федерации и код города (района) всегда заполняются начиная с левого края.

Например, больной живет в Москве, в Южном округе, в районе Братеево. Код места жительства больного проставляется следующим образом: 45296557000, где 45 - код г. Москвы, 296 - код Южного округа, 557 - код района Братеево.

Для военнослужащих код места жительства обозначается 0097, иностранцев (кроме жителей стран СНГ, Прибалтийских и других республик бывшего СССР) - 0098, для лиц без определенного места жительства (БОМЖ) - 0099.

Для жителей стран СНГ, Прибалтийских и других республик бывшего СССР место жительства записывается с помощью кодов, указанных в [таблице 2](#Par897).

Для больных психическими расстройствами, постоянно проживающих в учреждениях Министерства образования Российской Федерации (дома-интернаты для детей с отклонениями психического развития), в домах-интернатах общего типа Министерства труда и социального развития Российской Федерации, которые находятся в районе обслуживания данного психоневрологического диспансера, в случае, если эти больные получают тот или иной вид помощи в диспансере (отделении, кабинете), указывается адрес интерната.

Примечание. Дети, обучающиеся в школах-интернатах Министерства образования Российской Федерации или временно содержащиеся в домах-интернатах Министерства труда и социального развития Российской Федерации, но постоянно проживающие с родителями (опекунами), должны наблюдаться в психоневрологическом диспансере по месту постоянного проживания. Сведения о них должны показываться в годовом отчете этого учреждения.

7. В [пункте 5](#Par59) ("Вид оплаты") следует отметить тот или иной код в соответствии с видом оплаты амбулаторной помощи. При бюджетном финансировании отмечается код 1, при оплате из фонда обязательного медицинского страхования (ОМС) - код 2, из фонда добровольного медицинского страхования - код 3, при оплате лечения самим больным или его родственниками (платные медицинские услуги) - код 4, прочие виды оплаты - код 5.

8. В [пункте 6](#Par63) указывается название страховой компании, серия и номер страхового полиса.

9. В [пункте 7](#Par67) - место работы или учебы, а также занимаемая должность.

10. В [пункт 8](#Par69) вносятся сведения о законном представителе больного (родителе, усыновителе, попечителе, опекуне), а также его телефон.

11. В [пункте 9](#Par72) ("Дата начала заболевания") на основании анамнестических сведений (со слов больного или его родственников) указывается дата начала заболевания, т.е. тот момент, когда впервые у больного появились клинические признаки психического заболевания. Например, больной заболел в мае 1996 г. В пункте 9 следует записать: 05.1996. Однако, если известен лишь год начала заболевания, в Карте следует условно указать середину года. Так, к примеру, больной болен с 1995 г., пункт 9 следует заполнить следующим образом: 06.1995.

12. [Пункт 10](#Par72) ("Дата недобровольного освидетельствования в течение отчетного года") заполняется в Картах больных, не состоящих в данное время под диспансерным наблюдением, в случае их недобровольного освидетельствования, с указанием числа, месяца и года освидетельствования больного.

13. В [пункте 11](#Par79) указывается вид амбулаторной помощи, оказываемой больному в учреждении. Это может быть:

консультативно-лечебная помощь;

- профилактическое наблюдение (для лиц, употребляющих психоактивные вещества);

- диспансерное наблюдение.

Диспансерное наблюдение включает: активное диспансерное наблюдение для больных с социально опасными тенденциями, амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, обязательное лечение, применяемое для наркологических больных, на которых судом "возложена обязанность" пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании или токсикомании. В [графе](#Par82) "Вид амбулаторной помощи" указывается вид помощи в соответствии с подстрочником к таблице. В графе "Группа диспансерного наблюдения" проставляются буквенно-цифровые обозначения групп диспансерного наблюдения (см. ниже), а в графе "Помощь оказывается с:" проставляется дата начала получения больным того или иного вида помощи. При изменении вида амбулаторной помощи в [пункте 11](#Par79) производится следующая по порядку запись. Если вопрос о виде амбулаторной помощи не может быть решен при первом посещении больного (вследствие неясности клинической картины), решение принимается позже, после уточнения диагноза (в т.ч. после выписки из стационара).

В случае, если больной нуждается в диспансерном наблюдении, в первую строку вписывается "Диспансерное наблюдение", проставляется буква "Д" с кодом, обозначающим группу динамического диспансерного наблюдения, а также дату его установления. В соответствии со [статьей 27](consultantplus://offline/ref=2AB3F3F71EBCE4DE4241C268B302EEAF7DE7A441713856379141DCDF14DAE96723B1E261275F8D20KBbCL) Закона РФ от 02.07.92 N 3185-1 "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

Решение об установлении диспансерного наблюдения или о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров (клинико-экспертной комиссией - КЭК), назначаемой администрацией амбулаторного психоневрологического учреждения. В сельских районах и малых городах - КЭК лечебно-профилактического учреждения с включением в ее состав врача-психиатра (нарколога), осуществляющего диспансерное наблюдение больных, в отношении которых принимается решение. При этом установление диспансерного наблюдения может осуществляться не только в момент обращения больного к врачу, а при необходимости и в процессе дальнейшего наблюдения.

Во всех случаях принятия решения о необходимости диспансерного наблюдения в медицинской карте амбулаторного больного членами комиссии делается соответствующая запись, обосновывающая такое решение.

Диспансерное наблюдение за психически больными осуществляется в соответствии с "Системой динамического диспансерного учета и наблюдения психически больных" (утвержденной МЗ СССР 17 июня 1988 г. N 10-III/СП-88-9/ОП); за больными хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями - в соответствии с "[Инструкцией](consultantplus://offline/ref=2AB3F3F71EBCE4DE4241C268B302EEAF7DE1A541783956379141DCDF14DAE96723B1E261275F8C21KBb8L) о порядке диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств без клинических проявлений заболевания" (Приказ МЗ СССР от 12 сентября 1988 г. N 704).

В соответствии с "Системой динамического диспансерного учета и наблюдения психически больных" рекомендуется выделять следующие группы динамического диспансерного наблюдения.

Первую группу (больные с частыми госпитализациями) составляют пациенты с частыми и выраженными обострениями симптоматики, которые обычно сопровождаются госпитализациями. Именно частота последних - от одного до 4 - 5 и более раз в год - является четким и объективным признаком, определяющим принадлежность больного к данной группе наблюдения (кодируется в Карте "Д-1").

Ко второй группе наблюдения (амбулаторное купирование обострений и декомпенсаций) относят больных с декомпенсациями и обострениями психических расстройств, которые можно купировать в амбулаторных условиях (код "Д-2").

В третью группу (группа профилактического лечения) включаются больные со стабилизированными состояниями, в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями (код "Д-3").

Четвертую группу составляют больные, нуждающиеся в решении неотложных задач по социально-трудовой реабилитации. К этой группе следует относить больных на переходных этапах различных ступеней социально-трудовой реабилитации: намеченные для направления в лечебно-трудовые мастерские, для перевода со второй на третью группу инвалидности и дальнейшего трудоустройства, больные с нестойкой социально-трудовой адаптацией, нуждающиеся в улучшении жилищных условий, решении семейных проблем и пр. (код "Д-4").

Пятая группа (нуждающихся в эпизодическом или контрольном наблюдении) (код "Д-5") формируется из больных, находящихся в состоянии ремиссии или компенсации с хорошей социально-трудовой адаптацией, которые, однако, в связи с тяжестью перенесенных расстройств не могут быть на данном этапе переведены в группу консультативно-лечебной помощи. Значительная часть этих больных нуждается лишь в ежегодном контрольном наблюдении для проверки стойкости достигнутого улучшения и социальной адаптации. Эта категория больных должна ежегодно пересматриваться с целью определения пациентов, подлежащих переводу в группу консультативно-лечебной помощи либо прекращению диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или значительным и стойким улучшением состояния и устойчивой социальной адаптацией.

Отдельную группу по интенсивности и особенностям наблюдения составляют больные с социально опасными тенденциями. Лица, страдающие хроническими и затяжными психическими расстройствами с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, склонные к общественно опасным действиям, а также лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, подлежат активному диспансерному наблюдению в психоневрологических диспансерах (диспансерных отделениях, кабинетах). Решение о включении больного в группу активного диспансерного наблюдения принимается комиссией врачей-психиатров (КЭК) и оформляется записью в медицинской карте амбулаторного больного. При этом в Карте обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью следует указать обозначение группы активного диспансерного наблюдения - АДН или АПЛ (последнее в случае, если больной находится на амбулаторном принудительном наблюдении и лечении) с указанием даты начала наблюдения. Интенсивность наблюдения в группе активного диспансерного наблюдения составляет не менее 1 раза в месяц.

В Картах наркологических больных, на которых судом "возложена обязанность" (обязательное лечение) по прохождению курса лечения от алкоголизма, наркомании или токсикомании ([ст. 73](consultantplus://offline/ref=2AB3F3F71EBCE4DE4241C268B302EEAF7DE7A540743856379141DCDF14DAE96723B1E261275F8F27KBbFL) и [79](consultantplus://offline/ref=2AB3F3F71EBCE4DE4241C268B302EEAF7DE7A540743856379141DCDF14DAE96723B1E261275F8F2BKBb9L) УК РФ), проставляется код "ОЛ". Интенсивность наблюдения таких больных также не может быть менее 1 раза в месяц.

Пример. Больной А. взят под диспансерное наблюдение по поводу шизофрении (решение КЭК от 13 марта 2001 г.) после госпитализации в психиатрический стационар. В Карте была сделана запись 1 (см. ниже). В сентябре 2001 г. в связи с изменившимся психическим состоянием и совершением ООД больной переведен в группу активного диспансерного наблюдения (решение КЭК от 22 сентября 2001 г.). В Карте сделана вторая запись:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид амбулаторной помощи | Группа диспансерного  наблюдения | Помощь оказывается с:  день, мес., год |
| 1. Диспансерное наблюдение | Д-1 | 13.03.2001 |
| 2. Активное дисп. наблюдение | АДН | 22.09.2001 |

Больным, не нуждающимся в диспансерном наблюдении, оказывается консультативно-лечебная помощь. Решение об оказании больному консультативно-лечебной помощи принимается врачом самостоятельно и оформляется в виде записи в медицинской карте амбулаторного больного (ф. N 025/у-87). При этом в [пункте 11](#Par79) Карты следует проставить букву "К" и дату начала оказания помощи.

Консультативно-лечебная помощь оказывается лицам, страдающим психическими расстройствами, со следующими состояниями:

1) с изменениями личности вследствие сосудистых и органических заболеваний центральной нервной системы при невыраженном интеллектуальном дефекте без психотических, психопатоподобных и аффективных расстройств, препятствующих социально-трудовой адаптации;

2) перенесшим острый психоз или психотический приступ с наступлением выздоровления или полноценной ремиссии;

3) перенесшим выраженное непсихотическое расстройство с последующей компенсацией клинических проявлений;

4) с невротическими расстройствами, психогенными нарушениями физиологических функций, острыми реакциями на стресс или адаптивными реакциями;

5) с расстройствами личности при компенсации клинических проявлений и отсутствии выраженной социально-трудовой дезадаптации, с половыми расстройствами;

6) с гиперкинетическим синдромом, специфическими задержками развития в детском возрасте, если они нерезко выражены и не препятствуют процессу обучения и социальной адаптации, а также с легкой умственной отсталостью;

7) с эпилепсией - при отсутствии психотических расстройств и выраженных изменений личности.

Данный перечень носит примерный характер. Границы его могут быть расширены при индивидуальном рассмотрении каждого случая.

Пример. Больной Б. с 1997 г. находился под диспансерным наблюдением по поводу острого психоза (запись 1 в [пункте 11](#Par79) Карты). В течение последующих лет у больного не наблюдалось острых эпизодов, отмечалась хорошая социально-трудовая адаптация. 15 марта 2001 г. решением КЭК больной переведен в группу консультативно-лечебной помощи. В Карте в пункте 11 сделана запись 2:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид амбулаторной помощи | Группа диспансерного  наблюдения | Помощь оказывается с:  день, мес., год |
| 1. Диспансерное наблюдение | Д-5 | 13.03.1997 |
| 2. Конс.-лечебн. помощь | К | 15.03.2001 |

В группу профилактического наблюдения ("П") в соответствии с "[Инструкцией](consultantplus://offline/ref=2AB3F3F71EBCE4DE4241C268B302EEAF7DE1A541783956379141DCDF14DAE96723B1E261275F8C21KBb8L) о порядке диспансерного учета больных хроническим алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями и профилактического наблюдения лиц, злоупотребляющих алкоголем, замеченных в немедицинском потреблении наркотических и других одурманивающих средств без клинических проявлений заболевания" включаются больные, употребление которыми психоактивных веществ не сопровождается формированием синдрома зависимости (в соответствии с МКБ-10 - острая интоксикация и употребление психоактивных веществ с вредными последствиями (F10.0хх - F19.0хH(T), F10.1 - F19.1H(T)).

14. [Пункт 12](#Par95) "Контроль посещений в течение текущего года (включая посещения на дому)" используется для контроля за посещениями больного. В этот раздел Карты вносятся данные о посещении больным врача или врачом больного на дому. В Карте больного, находящегося под диспансерным наблюдением, в соответствующих строках указываются число, месяц и год предполагаемой и фактической явки больного. В Карте больного, получающего консультативно-лечебную помощь (или находящегося под профилактическим наблюдением), достаточно указать дату фактической явки больного к врачу (по усмотрению врача в [строке](#Par100) "Назначено" может быть проставлена предполагаемая дата посещения больного).

15. В [пункте 13](#Par138) ("Дееспособен") и в [пункте 14](#Par138) ("Опека") отмечается тот или иной код. В случае установления опеки в пункте 14 отмечается код 1, а в [строке 8](#Par69) "Законный представитель" указывается фамилия, имя, отчество опекуна, его телефон.

16. В [пункте 15](#Par142) ("Обследование на ВИЧ") при обследовании больного на наличие ВИЧ-инфекции следует отметить код 1 или 2 - в зависимости от результатов обследования. При положительном результате указывается дата выявления ВИЧ-инфицированного больного впервые в жизни. Если обследование по какой-либо причине не было проведено, отмечается код 3 ("не обследован").

17. В [пункте 16](#Par148) в первой строке вписывается диагноз основного психического заболевания, дата его установления и код диагноза в соответствии с адаптированным для использования в Российской Федерации вариантом класса V МКБ-10 ("Психические расстройства и расстройства поведения"). При изменении (уточнении, пересмотре) диагноза в следующую строку вписывается новый диагноз и вновь кодируется. Для составления годового отчета используется последний (уточненный) диагноз.

Для ряда психических расстройств МКБ-10 предусматривает двойное кодирование. Это означает, что состояния слабоумия (деменции), имеющие уточненную этиологию, классификация рассматривает как осложнение (проявление) основного заболевания (эпилепсия, болезнь Альцгеймера и др.), включенного в другой класс. Для кодировки таких состояний предусмотрено два кода: основной код (+) и альтернативный код проявления болезни (\*). Альтернативный код употребляется только вместе с основным, т.е. использование кода обусловливает необходимость двойного кодирования. При кодировке таких расстройств в [графе](#Par151) "Код в соответствии с V классом МКБ-10" проставляется код психического расстройства (отмечен в МКБ-10 "\*"), а в соседней графе ("Код основного заболевания (+)") - код основного соматического заболевания. Например, диагноз "Деменция вследствие эпилепсии" кодируется следующим образом: первым проставляется код деменции - F02.802\*, в соседней графе код основного заболевания - G40.6+. При заболеваниях, классифицированных в V классе МКБ-10, проставляется только один код. Например: "Органическое расстройство личности вследствие эпилепсии" кодируется только одним кодом - F07.02.

18. В [пункте 17](#Par161) ("Сведения о госпитализациях") в хронологическом порядке вписываются сведения о случаях госпитализации больного в психиатрический (наркологический) стационар, включая стационары для принудительного лечения психически больных. Для каждой госпитализации указывается число, месяц и год поступления и число, месяц и год выбытия больного из стационара, а также код заключительного диагноза, установленного в стационаре.

В [графе](#Par164) "Цель госпитализации" в соответствии с подстрочником к пункту 17 Карты указывается код соответствующей цели госпитализации. При госпитализации больного на лечение проставляется код 1. В случае госпитализации больного по решению суда на принудительное лечение отмечается код 2.

При госпитализации больного для проведения трудовой, военной, судебно-психиатрической, наркологической или какого-либо другого вида экспертизы отмечаются соответственно коды 3 - 6; другие причины госпитализации (кроме перечисленных) следует отметить кодом 8. При наличии нескольких целей госпитализации у одного и того же больного предпочтение следует отдавать принудительному лечению, а затем - судебной, военной, наркологической, трудовой экспертизе и лечению.

19. Для работающих больных в [пункте 18](#Par179) фиксируются все случаи временной нетрудоспособности. При этом отмечается число, месяц и год выдачи (открытия) и закрытия больничного листа. В случае ручной обработки Карт в учреждении в соответствующей графе по каждому случаю выдачи больничного листа после подсчета проставляется число дней нетрудоспособности. Данные о числе дней нетрудоспособности суммируются за год и используются для составления годового отчета.

20. [Пункт 19](#Par191) заполняется только на больных, прошедших через специальную психиатрическую медико-социальную экспертизу (МСЭ) и имеющих инвалидность в связи с психическим заболеванием или по совокупности заболеваний. В пункте 19 указывается группа инвалидности по психическому заболеванию, дата ее установления (пересмотра), срок очередного освидетельствования и место работы инвалида (для работающих на конец отчетного года).

В случае установления инвалидности детям (в возрасте до 17 лет включительно) необходимо отметить "ребенок-инвалид", т.к. группа инвалидности устанавливается по достижении 18 лет. При создании электронной базы данных детей-инвалидов следует отмечать специальным кодом.

Для работающих инвалидов отмечается место работы. Если больной на конец отчетного года работает на производстве (включая надомный труд), - код 1, в спеццехе при промпредприятии - код 2, работает в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ) для амбулаторных больных (при диспансере или стационаре) - код 3, на лечебно-производственном предприятии (ЛПП) - код 4, на другом специализированном предприятии, использующем труд инвалидов, - код 8.

21. В [пункте 20](#Par207) в хронологическом порядке отмечаются даты суицидальных попыток за все время амбулаторного наблюдения больного в данном учреждении.

22. В [пункте 21](#Par219) ("Судимости до обращения к психиатру (наркологу)") следует отметить, была ли судимость у больного до диагностирования у него психического (наркологического) расстройства.

23. В [пункте 22](#Par221) ("Общественно опасные действия") делаются отметки о совершенных больным за время болезни общественно опасных действиях. Общественно опасными действиями следует считать деяния, ответственность за совершение которых предусмотрена Уголовным [кодексом](consultantplus://offline/ref=2AB3F3F71EBCE4DE4241C268B302EEAF7DE7A540743856379141DCDF14KDbAL) Российской Федерации.

Даты совершенных общественно опасных действий отмечаются в хронологическом порядке с указанием статьи [УК](consultantplus://offline/ref=2AB3F3F71EBCE4DE4241C268B302EEAF7DE7A540743856379141DCDF14KDbAL), по которой больной привлекался к уголовной ответственности.

24. [Пункт 23](#Par233) заполняется в Картах больных, проходящих по определению суда принудительное лечение. Для каждого случая принудительного лечения рекомендуется в хронологическом порядке отмечать сведения о назначении, изменении (продлении) и окончании принудительного лечения в соответствии с решениями суда.

В [первой графе](#Par236) отмечается порядковый номер принудительного лечения в хронологическом порядке, во второй графе - дата постановления суда о принудительном лечении больного. В графе "Вид" следует вписать код того вида принудительного лечения, который определен решением суда о начале принудительного лечения. При этом амбулаторное принудительное лечение и наблюдение следует обозначать кодом 1, принудительное лечение в стационаре общего типа - кодом 2, принудительное лечение в стационаре специализированного типа - кодом 3, принудительное лечение в стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением - кодом 4.

При изменении (продлении) вида принудительного лечения в последующих графах регистрируется дата решения суда и отмечается новый (или сохраняется прежний) вид принудительного лечения. Это следует сделать столько раз, сколько раз был изменен (продлен) у больного в течение данного принудительного лечения срок и вид принудительных мер медицинского характера. В [последней графе](#Par236) указывается дата постановления суда об окончании принудительного лечения. Длительность принудительного лечения определяется от даты постановления суда о его начале до даты постановления суда о его полном прекращении.

Пример. Больному В. определением суда 22 июля 1999 г. было назначено принудительное лечение в стационаре общего типа. После окончания стационарного принудительного лечения 4 июля 2000 г. судом было назначено амбулаторное принудительное наблюдение и лечение, после чего больной попал под наблюдение психоневрологического диспансера по месту постоянного жительства. Амбулаторное принудительное лечение закончено 5 мая 2001 г. в соответствии с решением суда. В [пункте 23](#Par233) запись выглядит следующим образом:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N  п/п | Дата решения  суда о начале  принуд.  лечения | Вид  <\*> | Дата  изменения  вида  (продления) | Вид  <\*> | Дата  изменения  вида  (продления) | Вид  <\*> | Дата  изменения  вида  (продления) | Вид  <\*> | Дата реш. суда  об окончании  принуд.  лечения |
| 1. | 22.07.1999 | 2 | 04.07.2000 | 1 |  |  |  |  | 05.05.2001 |

25. [Пункт 24](#Par252) ("Динамика состояния") рекомендуется использовать для наблюдения за изменением состояния больного наркологическим расстройством (алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией). Однако она может быть использована и для слежения за динамикой состояния больных психическими расстройствами, протекающими приступообразно (шизофренией, МДП и пр.). Здесь следует указывать дату начала и окончания ремиссии, а также ее длительность.

26. В [пункте 25](#Par266) вписывается число, месяц и год закрытия Карты в связи с прекращением наблюдения больного по тем или иным причинам.

27. В [пункте 26](#Par270) указывается причина прекращения наблюдения данного больного в соответствии с подсказкой.

Код 1 "выздоровление (значительное и стойкое улучшение)" отмечается кружком в случае полноценной стойкой ремиссии или выздоровления больного с устойчивой социально-трудовой адаптацией.

Код 2 ("снятие диагноза психического (наркологического) заболевания") отмечается в случае ошибочно установленного ранее диагноза лицу, не страдающему психическим расстройством, что подтверждено комиссионным заключением специалистов.

Например. Больной Г. находился под диспансерным наблюдением с 2000 г. с диагнозом "вялотекущая шизофрения". В 2001 г. комиссия специалистов-психиатров пришла к заключению, что гражданин Г. психическим заболеванием не страдал и не страдает. В настоящее время в психиатрической помощи не нуждается. Диспансерное наблюдение прекращено по причине "снятия диагноза психического заболевания" (код 2).

Код 3 ("выезд в другой район") подчеркивается при перемене больным места жительства в связи с выездом в другой район, город, регион, за границу, с призывом в армию, в случае осуждения на срок более 1 года.

Код 4 ("передача под наблюдение в другое учреждение") отмечается в Карте больного, находящегося под диспансерным наблюдением или получающего консультативно-лечебную помощь, в том случае, когда больной переехал на жительство в район обслуживания другого амбулаторного психоневрологического (наркологического) учреждения и туда передана его медицинская документация (по соответствующему запросу из другого психоневрологического (наркологического) учреждения).

Код 5 ("выбытие в психоневрологический интернат") отмечается при оформлении больного в учреждение Министерства труда и социального развития Российской Федерации для постоянного в нем проживания.

Примечание. Больной, переведенный в психоневрологический интернат Министерства труда и социального развития Российской Федерации для постоянного проживания, снимается с наблюдения психоневрологического учреждения (подразделения). Помощь больным психоневрологических интернатов оказывается врачами-психиатрами этих учреждений. В случае их временного отсутствия - врачами-психиатрами психиатрических (психоневрологических) учреждений (подразделений) системы Минздрава России по месту нахождения интерната.

Код 6 отмечается в случае установления факта смерти больного.

Код 7 ("отсутствие сведений в течение длительного времени") отмечается только у больных, находившихся в данном амбулаторном психоневрологическом учреждении под диспансерным наблюдением. Если о больном диспансерной группы (в т.ч. и о больном, находящемся на активном диспансерном наблюдении) в течение года, несмотря на принятые меры, не удается установить достоверных сведений о его нахождении и состоянии, то в медицинской карте амбулаторного больного (ф. N 025/у-87) или медицинской карте амбулаторного наркологического больного (ф. N 025/у-05-88) следует сделать об этом запись с указанием принятых мер по розыску больного и обоснованием необходимости дальнейшего диспансерного наблюдения за данным больным. Такие записи должны вноситься в медицинскую карту амбулаторного больного ежегодно и подтверждаться главным врачом или его заместителем. В отношении больного, не найденного в течение длительного времени (3 - 5 лет), вопрос о снятии с диспансерного наблюдения решается КЭК данного учреждения в особом порядке, о чем делается запись в медицинской карте амбулаторного больного (ф. N 025/у-87) или медицинской карте амбулаторного наркологического больного (ф. N 025/у-05-88), с указанием основания для снятия с диспансерного наблюдения.

Код 8 ("не обратился за помощью в течение года") отмечается только у больных, получающих в данном амбулаторном психоневрологическом учреждении (подразделении) консультативно-лечебную помощь или профилактическое наблюдение, если больной не был на приеме у врача в течение года с момента последнего посещения.

Если причина окончания диспансерного наблюдения или консультативно-лечебной помощи не названа среди кодов 1 - 8, подчеркивается код 9 ("другие причины"), здесь же указывается причина прекращения наблюдения больного.

28. В случае смерти больного в [пункте 27](#Par288) указывается ее дата: число, месяц и год.

29. В Карте умершего больного указывается причина смерти.

Код 1 ("психическое заболевание") подчеркивается в том случае, если психическое расстройство послужило основной причиной смерти (например, если больной умер во время приступа гипертоксической или кататонической шизофрении и т.п.).

При наступлении смерти у наркологических больных в результате передозировки наркотика следует отметить код 2.

Код 3 ("соматическое заболевание, включая инфекционное") подчеркивается в случае смерти от соматического заболевания, протекавшего на фоне психического заболевания, или от соматического (инфекционного) заболевания, вследствие которого развился психоз.

Код 4 ("самоубийство") подчеркивается во всех случаях насильственной смерти, происшедшей в результате аутоагрессивного поведения.

Код 5 ("несчастный случай") следует подчеркивать, если смерть наступила в результате всех видов травм, а также в результате экстремального воздействия внешних факторов (случайное отравление, тепловой и солнечный удары, замерзание и т.д.).

Если причина смерти не указана в перечне, то обводится кружком код 8, а ниже, в свободной строке, вписывается причина смерти. Если причину смерти уточнить не представляется возможным - отмечается код 9 ("не известна").

В [пунктах 29](#Par300) - 40 приводятся дополнительные сведения о больном, полученные на основе анамнестических данных, а также в результате обследования больного в период наблюдения. Здесь же регистрируются данные, характеризующие социальное положение больного в обществе и уровень его социальной адаптации в нем. Эти данные включены в Карту для использования на уровне учреждения в целях более глубокого анализа контингентов больных, находящихся в поле зрения данного ЛПУ.

30. В [пункте 29](#Par300) указывается месяц и год обращения за помощью к психиатру (психотерапевту, наркологу) впервые в жизни. Если не известен месяц первого обращения, то условно указывается середина года. При невозможности точно установить год первого обращения он указывается ориентировочно.

31. При наличии у больного нескольких психических расстройств необходимо выделить основное заболевание, формулировка и код которого проставляются в [пункте 16](#Par148) ("Диагноз с датой установления и пересмотра"), а диагноз сопутствующего заболевания вписывается и кодируется в [пункте 30](#Par305) ("Сопутствующее психическое (наркологическое) заболевание"). Например, если у больного шизофренией наблюдается синдром зависимости от алкоголя, кодировать следует таким образом: в пункт 16 вписывается и кодируется диагноз основного заболевания ("Шизофрения, непрерывно текущая, параноидная, обострение" - F20.006), а в пункте 30 кодируется сопутствующее наркологическое заболевание (например, "Синдром зависимости от алкоголя, начальная (первая) стадия, периодическое употребление" - F10.261).

32. При наличии у больного неврологического или соматического заболевания (включая инфекционное) в [пункт 31](#Par315) вписывается формулировка диагноза и его код в соответствии с МКБ-10.

33. В случае, если больной имеет группу инвалидности по общему заболеванию (прошел освидетельствование общей МСЭ), то в [пункте 32](#Par326) обводится кружком код, соответствующий группе инвалидности (первая группа - 1, вторая группа - 2, третья группа - 3, ребенок-инвалид - 4). При отсутствии инвалидности по общему заболеванию отмечается "не инвалид" - 5.

34. Если больной является инвалидом Великой Отечественной войны или приравнен к инвалидам ВОВ, в [пункте 33](#Par331) подчеркивается код 1. В остальных случаях отмечается код 2.

35. Если больной был участником Великой Отечественной войны, в [пункте 34](#Par332) подчеркивается код 1. В остальных случаях отмечается код 2.

36. В [пункте 35](#Par333) ("Семейное положение") отмечается код, который соответствует фактическому семейному положению больного на момент заполнения Карты обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью. При изменении семейного статуса больного в Карту вносятся соответствующие поправки.

37. Если больной на момент заполнения Карты учится в общеобразовательном или каком-либо другом образовательном учреждении (техникуме, ВУЗе и т.п.), в [пункте 36](#Par339) следует отметить код 1 ("да"), в остальных случаях - код 2.

38. В [пункте 37](#Par300) ("Образование") указывается полученное больным образование на момент заполнения Карты. При получении больным более высокого уровня образования в Карту вносятся соответствующие изменения.

В [пункте 37](#Par300) отмечается код, соответствующий максимально достигнутому больным уровню образования.

Если больной никогда не учился, подчеркивается код 13 ("не учился"). Код 13 отмечается также у детей, которые по возрасту еще не посещают общеобразовательного учреждения.

Если больной учился или учится в общеобразовательном учреждении, проставляется число законченных классов: для 1 - 9 классов "01" - "09", для 10 - 12 классов - "10", "11" или "12" В этом [пункте](#Par300) два нуля вписываются в клетки "число законченных классов общеобразовательного учреждения" только в том случае, если больной является учеником первого класса на момент заполнения Карты, то есть у него "00" законченных классов, но он учится (в [пункте 36](#Par339) - код 1).

Если больной закончил или учится в специальном образовательном учреждении для детей с психическими отклонениями, отмечается код 14.

Код 15 ("среднее профессиональное") подчеркивается окончившим учреждения среднего профессионального образования (педагогическое, медицинское училище и т.п.).

Код 16 ("незаконченное высшее профессиональное") подчеркивается в Карте учащимся или учившимся в учреждении высшего профессионального образования и прошедшим половину или более половины срока обучения. Учащимся и учившимся ранее в учреждениях высшего профессионального образования и прошедшим менее половины срока обучения отмечается образование, которое они имели до поступления в учреждение высшего профессионального образования (среднее профессиональное образование или число законченных классов общеобразовательного учреждения).

Код 17 ("высшее профессиональное") подчеркивается в Карте больного, окончившего учреждение высшего профессионального образования - институт, академию, университет и т.п.

Окончание заочных и вечерних учебных заведений, а также экстернат приравниваются к окончанию соответствующих учебных заведений.

Если больной окончил учебное заведение, не дающее общего или профессионального образования (например, курсы бухгалтеров, водителей, разного рода курсы переподготовки и повышения квалификации и т.п.), или учится в нем, в таком случае указывается образование, полученное больным до поступления в это учебное заведение.

Код 18 ("прочее") используется, если больной получил какое-либо иное образование, не поименованное в данном перечне (например, учился частным образом и не имеет никакого документа об образовании).

Если в отношении взрослого больного известно, что он не окончил ни одного класса общеобразовательного учреждения и не учился в специальном образовательном учреждении для детей с психическими отклонениями, но умеет читать и писать (или только читать, хотя бы и медленно), то в Карте такого больного следует подчеркнуть в [пункте 37](#Par300) "прочее - 18". Если такой больной не умеет ни читать, ни писать, то в его Карте следует подчеркнуть "не учился" и обвести кружком код 13.

39. В [пункте 38](#Par314) следует отметить основной источник средств существования больного. Код 1 ("рабочий") или код 2 ("служащий") подчеркивается в тех случаях, когда основным источником средств существования является работа по найму на предприятии (в организации, учреждении), независимо от формы собственности, а также у отдельных граждан. Код 3 отмечается у лиц, существующих на доход от предпринимательской деятельности (в т.ч. малый бизнес), от фермерского хозяйства или личного подсобного хозяйства и т.п.

Пенсионером по возрасту (код 4) следует считать больного, которому назначена пенсия по возрасту (по старости) или за выслугу лет (работники просвещения, медицинские и другие работники).

Пенсия по инвалидности (код 5) отмечается в случае назначения больному пенсии по инвалидности первой, второй или третьей группы по любому заболеванию (вследствие трудового увечья, профзаболевания или общего заболевания, а также инвалидам с детства).

У больного, получающего пенсию по возрасту или по инвалидности, но одновременно работающего на постоянной работе, основным источником средств существования следует считать работу.

Безработным (код 6) следует считать лицо в возрасте 16 лет и старше (до 55 лет у женщин и до 60 лет у мужчин), зарегистрированное в органах службы занятости населения в качестве безработного и получающего пособие по безработице; к категории безработных также относятся лица, получающие пособия по безработице и одновременно выполняющие оплачиваемую общественную работу, полученную через органы службы занятости населения, а также учащиеся курсов переподготовки, направленные туда органами службы занятости населения.

Стипендиатом (код 7) следует считать учащегося учреждения начального профессионального образования (бывшие ПТУ и школы ФЗО) или студента, обучающегося с отрывом от производства в учреждении среднего или высшего профессионального образования, получающего стипендию.

Другой вид государственного обеспечения (код 8) подчеркивается воспитаннику детского дома, дома ребенка и школы-интерната; лицу, живущему в доме-интернате для престарелых и инвалидов, а также лицу, находящемуся на обеспечении государственной или иной организации.

Больного, живущего на средства родителей, родственников или других частных лиц, следует относить к находящимся на иждивении отдельных лиц (код 9).

К прочим источникам средств существования (код 10) следует относить доход от собственности (дивиденды, проценты, доход от сдачи в аренду жилого помещения, автомобиля и другой собственности), а также случайные заработки, сбережения и пр.

40. В [пункте 39](#Par328) по фактическому положению следует отметить, живет ли больной в семье (код 1) или один (код 2).

41. В [пункте 40](#Par331) ("Условия проживания") следует отметить код, соответствующий условиям проживания больного.

Если в доме, принадлежащем больному (его родителям, родственникам, опекунам) на правах частной собственности, проживают члены одной, двух и более семей, то отмечается собственный дом (часть собственного дома) - код 1.

Код 2 ("отдельная квартира") отмечается в том случае, когда семья больного занимает жилое помещение, используемое и оборудованное для постоянного проживания, состоящее из одной или более жилых комнат, изолированное от других жилых помещений дома и имеющее самостоятельный выход на лестничную площадку, в общий коридор, прихожую или непосредственно на улицу.

Если в квартире проживают члены двух и более семей, то следует отметить "коммунальная квартира - 3". Код 3 отмечается также проживающим в бараках и домах коридорного типа, не являющихся общежитиями.

Если больной проживает в общежитии, независимо от типа постройки (дом квартирного, коридорного типа, барак), а также от того, занимает ли он комнату, часть комнаты или только койку, отмечается код 4 ("общежитие").

Код 5 ("БОМЖ") следует отметить у больного, не имеющего определенного места жительства (регистрации).

В случае постоянного проживания больного в школе-интернате (для детей с психическими отклонениями) Министерства образования Российской Федерации, в учреждениях Министерства труда и социального развития Российской Федерации, а также если больной проживает в юрте, вагончике, палатке и т.п. помещениях, не входящих в состав жилищного фонда, отмечается "прочие" (код 8).

В [пунктах 41](#Par345) - 45 показываются сведения об употреблении психоактивных веществ независимо от основного диагноза больного (диагноз наркологического расстройства может быть как основной [(пункт 16)](#Par148), так и сопутствующий [(пункт 30)](#Par305)).

42. В [пункте 41](#Par345) указываются сведения о приеме психоактивных веществ впервые в жизни: наименование психоактивного вещества, возраст больного при употреблении впервые в жизни и способ приема вещества - курение, прием внутрь, внутривенно, прочее (вдыхание через нос и др.). При употреблении больным нескольких психоактивных веществ необходимо указать возраст первого в жизни приема трех наиболее активно употребляемых веществ. Например, больной Д. впервые в жизни попробовал гашиш в 16 лет (курение), в 18-летнем возрасте - кокаин (интраназально), а в 20-летнем возрасте начал употреблять героин (внутривенно). Таблица заполняется следующим образом:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование  психоактивного вещества | Число полных лет | | | |
| курение | прием внутрь | внутривенно | прочее |
| Гашиш | 16 лет |  |  |  |
| Кокаин |  |  |  | 18 лет |
| Героин |  |  | 20 лет |  |

43. В [пункте 42](#Par354) указываются данные об употреблении психоактивных веществ в период наблюдения больного. В [первой строке](#Par359) вписываются наименование основного наркотика (употребляемого постоянно, ежедневно в течение последнего года) и сведения о способе употребления (курение, прием внутрь и т.д.). Сведения о последующих веществах (1 и 2) указываются во [второй](#Par361) и [третьей строках](#Par363) соответственно. Больной Д. в течение последнего года постоянно принимает героин, прием кокаина и гашиша не носит систематического характера. В отношении него запись будет выглядеть следующим образом:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид вещества | Наименование  психоактивного  вещества | Курение | Прием  внутрь | Внутривенно | Прочее |
| Основное | Героин |  |  | + |  |
| Последующее (1) | Кокаин |  |  |  | + |
| Последующее (2) | Гашиш | + |  |  |  |

44. При использовании больным чужих шприцов, игл и других приспособлений для употребления психоактивных веществ в [пункте 43](#Par365) отмечается код 1, в противном случае - код 2.

45. В [пункте 44](#Par367) следует указать сведения о совместном проживании больного с другим (другими) потребителем психоактивных веществ.

46. В [пункте 45](#Par368) дается краткая характеристика видов помощи больному, употребляющему психоактивные вещества: при проведении дезинтоксикационной терапии отмечается код 1, долгосрочной медикаментозной терапии - код 2, при проведении реабилитационных мероприятий - код 3. Если больному проведен комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, следует отметить коды 4, 5 или 6, в зависимости от их содержания. В случае применения иных методов лечения (новых или нетрадиционных), не поименованных в перечне, отмечается код 8 (другие методы лечения).

47. Закрытую Карту подписывает врач-психиатр (психотерапевт, нарколога).

Утверждена приказом

Минздравсоцразвития России

от 26.12.2008 N 782Н

**МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ**

**(форма** [**№ 106/У-08**](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Bq2GDG)**).**

I. Общие положения

1. В соответствии со [статьей 47](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B791D43E8BD9FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7286q2GFG) Гражданского кодекса и [статьей 3](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B790DE3F8DDDFD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7081q2GEG) Федерального закона от 15 ноября 1997 г. N 143-ФЗ "Об актах гражданского состояния" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 47, ст. 5340; 2001, N 44, ст. 4149; 2002, N 18, ст. 1724; 2003, N 17, ст. 1553, N 28, ст. 2889, N 50, ст. 4855; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1, ст. 25; 2006, N 1, ст. 10, N 31, ст. 3420) (далее - Федеральный закон) случаи рождения и смерти подлежат государственной регистрации.

2. Учетная [форма N 106/у-08](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Bq2GDG) "Медицинское свидетельство о смерти" (далее - Медицинское свидетельство) утверждается для обеспечения государственной регистрации смерти в органах, осуществляющих государственную регистрацию актов гражданского состояния (далее - органы ЗАГС), и для государственного статистического учета.

3. Медицинское [свидетельство](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства (далее - медицинская организация) и лицами, занимающимися частной медицинской практикой (далее - частнопрактикующий врач).

Медицинское свидетельство заполняется врачами. В отдаленно расположенных структурных подразделениях медицинской организации (фельдшерско-акушерский пункт (ФАПТ), амбулатория, участковая больница и других), не имеющих врача, Медицинское свидетельство может оформляться фельдшером или акушеркой.

4. Государственная регистрация смерти производится органом ЗАГС по последнему месту регистрации умершего(ей), месту наступления смерти, месту обнаружения тела умершего(ей) или по месту нахождения медицинской организации, выдавшей документ о смерти.

В случае если смерть наступила в поезде, самолете, на морском судне или другом транспортном средстве во время следования, государственная регистрация смерти может быть произведена органом ЗАГС, расположенным на территории, в пределах которой умерший(ая) был(а) снят(а) с транспортного средства.

В случае если смерть наступила во время работы в экспедиции, на полярной станции или в отдаленной местности, в которой нет органов ЗАГС, государственная регистрация смерти может быть произведена в ближайшем к фактическому месту смерти органе ЗАГС.

II. Порядок выдачи Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) о смерти

5. Медицинское [свидетельство](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) выдается членам семьи, а при их отсутствии близким родственникам умершего(ей) или законному представителю умершего(ей), а также правоохранительным органам по их требованию, после подписи получателя на [корешке](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Bq2GDG) Медицинского свидетельства. Корешок остается в медицинской организации или у частнопрактикующего врача.

В случае смерти в медицинской организации выдача трупа без Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) запрещается.

Когда захоронение умершего(ей) производится медицинской организацией, последняя обязательно заполняет Медицинское свидетельство, представляет его в трехдневный срок в орган ЗАГС для государственной регистрации.

6. При производстве вскрытий в централизованных патологоанатомических отделениях оформляется выписка из протокола (карты) патологоанатомического исследования, которая передается в медицинскую организацию, где произошла смерть. Медицинское свидетельство выдается данной медицинской организацией, при этом [раздел](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7187q2GEG) "причины смерти" заполняется в соответствии с заключением врача-патологоанатома.

7. Медицинское [свидетельство](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) выдается с пометкой "окончательное", "предварительное", "взамен предварительного" или "взамен окончательного".

Медицинское свидетельство с отметкой "предварительное" выдается в случаях, когда для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования.

Невозможность установления рода смерти или других обстоятельств к моменту выдачи Медицинского свидетельства не является основанием для задержки выдачи предварительного Медицинского свидетельства.

После получения результатов лабораторных исследований и других необходимых сведений в срок не позднее чем через 45 дней после установления причины смерти судебно-медицинский эксперт или врач-патологоанатом составляют новое Медицинское свидетельство "взамен предварительного" или "взамен окончательного".

В случае если было выдано Медицинское свидетельство с пометкой "окончательное", но в дальнейшем выявилась ошибка в причине смерти, следует заполнить новое Медицинское свидетельство "взамен окончательного".

При выдаче Медицинского свидетельства "взамен предварительного" или "взамен окончательного" ставится номер и указывается дата выдачи предыдущего Медицинского свидетельства.

Медицинские свидетельства "взамен предварительного" и "взамен окончательного" используются для статистической разработки причин смерти.

8. Запрещается оформление Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) заочно, без личного установления врачом (фельдшером, акушеркой) факта смерти.

Медицинское свидетельство может быть заполнено врачом, установившим смерть при отсутствии подозрения на насильственную смерть только на основании осмотра трупа, если умерший(ая) наблюдался(ась), лечился(ась) по поводу известного заболевания.

9. Медицинское [свидетельство](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) подписывает руководитель медицинской организации, в которой произошла смерть или проводилось вскрытие. Заверяется Медицинское свидетельство круглой печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача.

10. Медицинские организации и частнопрактикующие врачи ведут учет бланков Медицинских свидетельств отдельно на каждый вид свидетельства.

Бланки Медицинских свидетельств, сброшюрованные в книжки, скрепляются подписью и печатью. Они хранятся у руководителя медицинской организации или у частнопрактикующего врача так же, как и корешки выданных Медицинских свидетельств, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах Медицинского свидетельства.

Проставление серии и номера бланка осуществляется изготовителем бланков. Дублирование серии и номера на бланках не допускается.

При изготовлении бланков Медицинского свидетельства необходимо использовать Общероссийский [классификатор](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B797D33E8CD7FD535AEA1200BEq8G7G) административно-территориальных объектов (ОКАТО), разработанный в соответствии с [Постановлением](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B791D5358EDBFD535AEA1200BEq8G7G) Правительства Российской Федерации от 10 ноября 2003 г. N 677 "Об общероссийских классификаторах технико-экономической и социальной информации в социально-экономической области" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 46, ст. 4472; 2005, N 33, ст. 3423; 2006, N 48, ст. 5084).

В качестве начальных цифр серии бланков Медицинских свидетельств должен использоваться первый уровень классификации [ОКАТО](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B797D33E8CD7FD535AEA1200BEq8G7G), который включает две цифры для субъектов Российской Федерации: республики, края, области, города федерального значения, автономной области и пять цифр - для автономных округов.

Нумерация бланков Медицинских свидетельств сквозная, количество знаков в номере документа должно удовлетворять имеющуюся потребность в бланках в пределах субъекта Российской Федерации.

На бланке Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) должны быть указаны сведения об изготовителе (сокращенное наименование, место нахождения, номер заказа и год его выполнения, тираж). При изготовлении бланка допускается вносить в него изменения, касающиеся расширения (сужения) граф с учетом текста.

11. Неправильно заполненные экземпляры бланков Медицинских свидетельств и соответствующие корешки к ним перечеркиваются, делается запись "испорчено", и они остаются в книжке бланков.

12. В случае утери Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) лицом, его получившим, на основании его письменного заявления составляется новое Медицинское свидетельство с пометкой в правом верхнем углу "дубликат" на основании находящейся на хранении медицинской документации.

13. Медицинские организации и частнопрактикующие врачи при заполнении Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) в соответствии с требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем 10 пересмотра (далее - МКБ-10), в случае смерти от заболеваний должны проставлять один код первоначальной причины смерти, в случае смерти от травм или отравлений - два кода: один - по характеру травмы (отравления), второй - внешней причины. Для анализа по множественным причинам проставляют коды всех остальных причин смерти.

14. Организация контроля правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти должна быть обеспечена на трех уровнях: в медицинской организации, в органах управления здравоохранением муниципального уровня и субъекта Российской Федерации.

На уровне субъекта Российской Федерации уполномоченные органом управления здравоохранением врачи проводят проверку в органах ЗАГС или органах государственной статистики.

Руководитель медицинской организации обеспечивает контроль достоверности выдаваемых Медицинских свидетельств, своевременности их заполнения и представления в трехдневный срок в органы ЗАГС для государственной регистрации смерти, если захоронение производит медицинская организация.

Врач, ответственный за проверку правильности заполнения Медицинских свидетельств, кодирования и выбора первоначальной причины смерти, в случае обнаружения неправильного заполнения Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG):

а) уточняет содержащиеся в Медицинском свидетельстве сведения у врача, выдавшего его, по данным первичной медицинской документации и обеспечивает составление правильно заполненного Медицинского свидетельства;

б) обеспечивает разбор неправильно заполненных Медицинских свидетельств на врачебных конференциях, медицинских советах и т.д.

15. Сведения о выдаче Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) (дата выдачи, номер, серия и причина смерти, код по МКБ-10) должны быть указаны в первичной медицинской документации.

III. Порядок заполнения Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) о смерти

16. Медицинское [свидетельство](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) заполняется чернилами или шариковой ручкой синего или черного цвета, разборчиво, четко, без сокращений и исправлений. Допускается заполнение бланка Медицинского свидетельства, изготовленного типографским способом, с использованием компьютерных технологий.

Исправленный или зачеркнутый текст подтверждается записью "исправленному верить", подписью лица, заполняющего Медицинское свидетельство, и печатью медицинской организации или частнопрактикующего врача. Внесение более двух исправлений в Медицинское свидетельство не допускается.

17. Заполнение Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) производится вписыванием необходимых сведений или подчеркиванием соответствующих обозначений.

18. Заполнению подлежат все пункты Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG). В случае если заполнение того или иного пункта Медицинского свидетельства невозможно ввиду отсутствия соответствующих сведений, делается запись "неизвестно", "не установлено" или ставится прочерк.

19. При заполнении Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Aq2G7G) указывается полное наименование медицинской организации, ее адрес и код по ОКПО.

В случае заполнения Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GFG) частнопрактикующим врачом вписывается его фамилия, имя, отчество, адрес и номер лицензии на медицинскую деятельность в соответствующих строках.

Далее указывается серия и номер Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GCG), дата его выдачи в формате "число, месяц, год" (например, 05.08.2008) и делается отметка о характере заполняемого свидетельства: "окончательное", "предварительное", "взамен предварительного" или "взамен окончательного" - в соответствии с [пунктом 3](file:///C:\Users\Peskova.WORKMIAC\Desktop\НОВЫЙ%20АЛЬБОМ\последний%20вариант\АЛЬБОМ%20ПОЛИКЛИНИКА.docx#Par11) настоящей инструкции.

20. При заполнении Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG):

в [пунктах 1](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2G9G) - [3](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2G7G), [5](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2GFG), [6](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2GEG), [12](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7181q2GBG) делается запись в соответствии с документом, удостоверяющем личность умершего(ей);

в [пункте 1](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2G9G) указывается фамилия, имя, отчество по данным документа, удостоверяющего личность; у лиц, не достигших возраста четырнадцати лет, - на основании свидетельства о рождении. Если нет сведений, делается запись "неизвестно";

в [пункте 2](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2G8G) указывается пол - мужской или женский;

в [пункте 3](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2G7G) указывается дата рождения (число, месяц, год; например, 20.07.1961). В случае если дата рождения неизвестна, во всех подпунктах ставят прочерк. Если известен только год рождения (определен судебно-медицинским экспертом), он указывается в соответствующей позиции, а в остальных ставятся прочерки. При использовании компьютерных технологий для обработки базы данных допускается использование букв "XX" вместо неизвестных сведений (например, "ХХ.ХХ.1985");

в [пункт 4](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2G6G) из первичной медицинской документации медицинской организации или частнопрактикующего врача вписывается дата смерти умершего(ей) (число, месяц, год, например, 05.12.2007) и время, а если неизвестно, ставится прочерк;

в [пункт 5](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2GFG) "Место постоянного жительства (регистрации) умершего(ей)" вносятся сведения в соответствии с отметкой о регистрации, сделанной в документе, удостоверяющем личность. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись "неизвестно";

в [пункте 6](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2GEG) указывается принадлежность населенного пункта к городской или сельской местности;

в [пункте 7](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2GDG) указывается место смерти, которое может не совпадать с местом постоянного жительства (регистрации) умершего(ей);

в [пункте 8](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2GCG) указывается принадлежность населенного пункта, в котором произошла смерть, к городской или сельской местности;

в [пункте 9](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2GBG) отмечается, где наступила смерть: на месте происшествия, в машине скорой помощи, в стационаре, дома или в другом месте;

в [пункте 10](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2G9G) указываются сведения о детях, умерших в возрасте от 168 часов до 1 месяца: каким родился ребенок - доношенным (при сроке беременности 37 - 41 неделя), недоношенным (при сроке беременности менее 37 полных недель) или переношенным (42 полные недели и более);

в [пункте 11](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2G6G) записываются сведения о детях в возрасте от 168 часов до 1 года:

масса тела при рождении в граммах (например, 1050);

каким по счету был ребенок у матери (считая умерших и не считая мертворожденных);

дата рождения матери (число, месяц, год; например: 20.11.1986) и ее возраст (полных лет).

Все сведения для заполнения [пунктов 10](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2G9G) и [11](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2G6G) берутся из соответствующей первичной медицинской учетной документации медицинской организации, осуществлявшей наблюдение и лечение умершего ребенка;

в [пункте 12](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7181q2GBG) "Семейное положение" делается запись о том, состоял(а) умерший(ая) или нет в зарегистрированном браке. При отсутствии документа, удостоверяющего личность, делается запись "неизвестно".

Документом, удостоверяющим личность иностранного гражданина в Российской Федерации, является документ, удостоверяющий личность иностранного гражданина, установленный федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B790DF3087DDFD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Aq2GEG) или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

1) документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

2) разрешение на временное проживание;

3) вид на жительство;

4) иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства.

В исключительных случаях, для обеспечения государственной регистрации в органах ЗАГС, если у умершего(ей) отсутствуют документы, подтверждающие личность, врач (фельдшер, акушерка) заполняет [пункты 1](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2G9G) - [3](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2G7G), [5](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2GFG), [6](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7182q2GEG), [12](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7181q2GBG) Медицинского свидетельства и [пункты 1](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Bq2G9G) - [3](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Bq2G7G), [5](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Aq2GFG) корешка Медицинского свидетельства со слов родственников, о чем должна быть сделана отметка "со слов родственников" в правом верхнем углу, заверенная подписью руководителя и печатью медицинской организации или подписью частнопрактикующего врача и его печатью;

[пункт 13](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7181q2G9G) "Образование" заполняется со слов родственников:

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

в [позиции](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7181q2G8G) "Общее": "среднее (полное)" указывается тем, кто окончил среднюю общеобразовательную школу, лицей, гимназию и т.п. и получил аттестат о среднем (полном) общем образовании; "основное" - окончившим 9 классов общеобразовательного учреждения, неполную среднюю школу, а также учащимся 10 - 11 классов среднего общеобразовательного учреждения; "начальное" - окончившим начальную общеобразовательную школу, а также учащимся 4 - 9 классов образовательного учреждения;

[пункт 14](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7181q2G6G) <\*> "Занятость" заполняется со слов родственников:

<\*> Пункт заполняется в соответствии с Общероссийским [классификатором](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B795D23088D8FD535AEA1200BEq8G7G) занятий, утвержденным Постановлением Госстандарта России от 30 декабря 1993 г. N 298.

в [позиции](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7181q2G6G) "был(а) занят(а) в экономике":

к "руководителям и специалистам высшего уровня квалификации" относят руководителей (представителей) органов власти и управления всех уровней, включая руководителей учреждений, организаций и предприятий; специалистов в области естественных и технических наук, биологических, сельскохозяйственных наук, здравоохранения, образования (астроном, химик, математик, архитектор, инженер, конструктор, аудитор, фининспектор, экономист и др.);

к "прочим специалистам" относят специалистов среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности, здравоохранения, образования, в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности (винодел, инспектор, техник, мастер, лаборант, зоотехник, пчеловод, фельдшер, протезист, медсестра и др.);

к "квалифицированным рабочим" относят работников, занятых подготовкой информации, оформлением документации, учетом и обслуживанием (машинистка, делопроизводитель, секретарь, табельщик, счетовод, паспортист, кассир, диктор, завхоз и др.), работников сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли (бортпроводник, билетер, повар, няня, санитар, парикмахер, фотограф, пожарник, сотрудник милиции, киоскер, озеленитель и др.), сельского, лесного, охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, в т.ч. производящих продукцию для личного потребления (овощевод, доярка, овцевод, егерь, стригаль, вальщик леса, рыбовод, рыбак и др.), мелких промышленных предприятий, художественных промыслов, строительства, транспорта, связи, геологии и разведки недр (взрывник, токарь, столяр, водолаз, жестянщик, кузнец, наладчик, хлебопек и др.), операторов, аппаратчиков, машинистов установок и машин;

к "неквалифицированным рабочим" относят неквалифицированных рабочих сферы обслуживания, жилищно-коммунального хозяйства, торговли и родственных видов деятельности (уличные торговцы, чистильщики обуви, домашняя прислуга, уборщики квартир, рабочие, занятые ремонтом зданий, мойщики окон, приемщики заказов предприятий сферы обслуживания и другие), неквалифицированных рабочих, занятых в сельском хозяйстве, обрабатывающей промышленности, на транспорте (погонщик скота, рабочий на пасеке, землекоп, мойщик автомашин и др.), неквалифицированных рабочих всех отраслей экономики (вахтеры, сторожа, кладовщики, укладчики, грузчики, весовщики, разнорабочие и др.);

к "занятым на военной службе" относят всех, чьи должности, профессии и занятия относятся к вооруженным силам страны;

в [позиции](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7180q2GDG) "не был(а) занят(а) в экономике":

к "пенсионерам" относят неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

к "студентам и учащимся" относят обучающихся в учебных заведениях начального, среднего и высшего профессионального образования; обучающихся в общеобразовательных учебных заведениях;

к "работающим в личном подсобном хозяйстве" относят лиц, которые были заняты в своем подсобном хозяйстве (включая сады, огороды и т.п.) сельскохозяйственными работами и (или) выращиванием скота в основном для потребления в своем хозяйстве;

к "безработным" относят лиц, ищущих работу и зарегистрированных в органах службы занятости населения в качестве безработных;

к "прочим" относят лиц (не занятых в экономике), которые заняты домашним хозяйством, и лиц без определенного места жительства;

в [пункте 15](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7180q2GAG) "Смерть произошла" после уточнения обстоятельств случая смерти указывается, смерть произошла от заболевания или внешней причины (несчастный случай, убийство, самоубийство, в ходе военных, террористических действий или род смерти не установлен).

Конкретный род смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай и др.) указывается тот, который был установлен правоохранительными органами и приводится в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы.

В случаях смерти военнослужащих и военных строителей в период прохождения военной службы по призыву и по контракту (военных сборов) в Медицинском свидетельстве, независимо от причины смерти (заболевание, травма, отравление), делается дополнительная запись: "Смерть наступила в период прохождения действительной военной службы". Эта запись делается на основании подтверждающих документов, представленных командованием в медицинскую организацию до момента выдачи Медицинского свидетельства. При отсутствии этих документов запись о связи смерти с прохождением действительной военной службы не производится;

в [пункте 16](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7186q2G6G) "В случае смерти от несчастного случая, убийства, самоубийства, от военных и террористических действий, при неустановленном роде смерти" указывается дата (число, месяц, год; например, 20.07.2008) травмы (отравления), а также вписываются место и обстоятельства, при которых она произошла.

Данный [пункт](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7186q2G6G) может быть заполнен полностью в случае, когда правоохранительными органами была точно установлена дата травмы (отравления) и в постановлении о назначении судебно-медицинской экспертизы содержатся необходимые сведения;

в [пункте 17](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2GFG) "Причины смерти установлены" делается запись о том, кем были установлены причины: врачом, только установившим смерть, лечащим врачом, фельдшером (акушеркой), патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом. Выбирается один пункт;

в [пункте 18](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2GCG) "Я, врач (фельдшер, акушерка)", указывается фамилия, имя, отчество, должность лица, заполнившего Медицинское свидетельство, отмечается только один пункт, на основании которого была определена последовательность патологических процессов, приведших к смерти;

в [пункте 20](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2G7G) "В случае смерти в результате ДТП": в случае смерти пострадавших в течение первых 7 суток после ДТП ставят две отметки - "1" и "2", а в случае смерти от последствий ДТП в течение 8 - 30 суток после него - отметку "1";

[пункт 21](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B718Bq2GFG) заполняется в случае смерти беременной (независимо от срока и локализации), родильницы, роженицы в течение 42 дней после окончания беременности, родов, аборта, у женщины в срок от 43 до 365 дней после окончания беременности, родов;

в [пункте 22](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B718Bq2GBG) указывается фамилия, имя, отчество врача (фельдшера, акушерки), заполнившего Медицинское свидетельство, и ставится его подпись.

Медицинское [свидетельство](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B718Bq2GAG) подписывается руководителем медицинской организации или частнопрактикующим врачом, указывается их фамилия, имя и отчество и заверяется круглой печатью;

в [пункте 23](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B718Bq2G9G) производится отметка (число, месяц, год, фамилия, имя, отчество и подпись) врачом, ответственным за проверку Медицинских свидетельств.

21. При заполнении [пункта 19](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2G8G) "Причины смерти" необходимо соблюдать следующий порядок записи причин смерти.

Из заключительного клинического диагноза выбирается одна первоначальная причина смерти. Эта первоначальная причина с ее осложнениями указывается в [подпунктах "а](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2G6G) - [г" части I пункта 19](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2GAG) Медицинского свидетельства:

а) непосредственная причина;

б) промежуточная причина;

в) первоначальная причина;

г) внешняя причина при травмах (отравлениях).

В [части II пункта 19](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2G9G) Медицинского свидетельства указываются прочие важные причины смерти.

Первоначальной причиной смерти являются:

болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти;

обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму.

В Медицинское свидетельство не включаются все содержащиеся в диагнозе состояния. Из множества формулировок, записанных в первичной медицинской документации, отбирается только необходимая информация.

Запись причин смерти производится в строгом соответствии с установленными требованиями:

в каждом подпункте [части I](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2G6G) указывается только одна причина смерти, при этом может быть заполнена [строка](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2G6G) подпункта а), строки [подпунктов а)](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2G6G) и [б)](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2GEG) или строки [подпунктов а)](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2G6G), [б)](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2GEG) и [в)](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2GCG). [Строка](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2GAG) подпункта г) заполняется только, если причиной смерти являются травмы и отравления;

заполнение [части I пункта 19](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2G6G) Медицинского свидетельства производится в обратной последовательности к основному заболеванию с осложнениями: формулировка основного заболевания заносится, как правило, на [строку](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2GCG) подпункта в). Затем выбирается 1 - 2 осложнения, из которых составляют "логическую последовательность" и записывают их на строках [подпунктов а)](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2G6G) и [б)](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2GEG). При этом состояние, записанное строкой ниже, должно являться причиной возникновения состояния, записанного строкой выше. Допускается производить отбор причин смерти для Медицинского свидетельства и в другом порядке, начиная с непосредственной причины;

в [части I пункта 19](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2G6G) может быть записана только одна нозологическая единица, если это не оговорено специальными правилами МКБ-10.

[Часть II пункта 19](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2G9G) включает прочие причины смерти - это те прочие важные заболевания, состояния (фоновые, конкурирующие и сопутствующие), которые не были связаны с первоначальной причиной смерти, но способствовали наступлению смерти. При этом производится отбор только тех состояний, которые оказали свое влияние на данную смерть (утяжелили основное заболевание и ускорили смерть). В данной [части](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2G9G) также указывают факт употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также произведенные операции или другие медицинские вмешательства (название, дата), которые, по мнению врача, имели отношение к смерти. Количество записываемых состояний не ограничено.

Ряд болезней, таких как некоторые цереброваскулярные заболевания, ишемические болезни сердца, бронхиальная астма, болезни, связанные с употреблением алкоголя, и др., часто способствуют смерти, поэтому, если они были при жизни у умершего(ей), их необходимо включать в [часть II пункта 19](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2G9G) Медицинского свидетельства.

Не рекомендуется включать в Медицинское [свидетельство](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) в качестве причин смерти симптомы и состояния, сопровождающие механизм смерти, например, такие как сердечная или дыхательная недостаточность, которые встречаются у всех умерших.

После заполнения всех необходимых строк Медицинского свидетельства необходимо произвести выбор первоначальной причины смерти.

В статистическую разработку включается только одна первоначальная причина при смерти от заболеваний и две причины при смерти от травм (отравлений): первая - по характеру травмы (XIX класс МКБ-10), вторая - внешняя причина (XX класс МКБ-10).

Необходимо иметь в виду, что первоначальная причина смерти может указываться не только на [строке](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2GCG) подпункта в) части I, но и на других строках. Например, промежуточная причина смерти может быть отобрана как первоначальная; при этом последняя будет располагаться на [строке](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2GEG) подпункта б).

Статистические разработки должны производиться не только по первоначальной, но и по множественным причинам смерти. Поэтому в Медицинском свидетельстве кодируют все записанные заболевания (состояния), включая [раздел II](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7184q2G9G). По возможности указывается вся логическая последовательность взаимосвязанных причин.

Код первоначальной причины смерти по МКБ-10 записывается в графе "Код по МКБ-10" напротив выбранной первоначальной причины смерти и подчеркивается. Коды других причин смерти записываются в той же графе, напротив каждой строки без подчеркивания.

В [графе](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7185q2G8G) "Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью" напротив каждой отобранной причины указывается период времени в минутах, часах, днях, неделях, месяцах, годах. При этом следует учитывать, что период, указанный на строке выше, не может быть больше периода, указанного строкой ниже. Данные сведения необходимы для получения информации о средней продолжительности жизни при различных заболеваниях (состояниях). При отсутствии сведений делается запись "неизвестно".

Правила отбора причин смерти и выбора первоначальной причины смерти изложены в инструкциях по кодированию заболеваемости и смертности (том 2 МКБ-10).

Государственная статистика материнской смертности основывается на Медицинских свидетельствах, заполненных на умершую беременную, роженицу, родильницу.

Согласно рекомендациям МКБ-10:

материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в течение 43 - 365 дней после окончания беременности.

Смерть, связанная с беременностью, определяется как смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после родов, независимо от причины смерти.

Случаи материнской смерти следует подразделять на две группы:

смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, - это смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (т.е. беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения и цепи событий, связанных с любой из перечисленных причин;

смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, - это смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, развившейся в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим влиянием беременности.

IV. Порядок заполнения [корешка](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Bq2GDG) Медицинского свидетельства о смерти

22. В [пунктах 1](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Bq2G9G) - [13](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7186q2GAG) корешка Медицинского свидетельства (далее - Корешок) делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG).

[Корешок](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B708Bq2GDG) подписывается врачом (фельдшером, акушеркой), оформившим Медицинское свидетельство.

23. В [пункте 14](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7186q2G9G) Корешка "Фамилия, имя, отчество получателя" указывается фамилия, имя, отчество получателя Медицинского свидетельства.

Здесь же указывается документ, удостоверяющий личность получателя Медицинского [свидетельства](consultantplus://offline/ref=3611476C8F63400B20E7587BFF5BCF45B796D0338CD8FD535AEA1200BE877CA587FABFA5438B7183q2GDG) (серия, номер, кем выдан), дата получения Медицинского свидетельства и ставится подпись получателя.

24. Корешки Медицинских свидетельств подлежат хранению по месту их выдачи в течение 1 календарного года после окончания года, когда было выдано Медицинское свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

**ТЕТРАДЬ УЧЕТА РАБОТЫ НА ДОМУ УЧАСТКОВОЙ (ПАТРОНАЖНОЙ)**

**МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (АКУШЕРКИ)**

**(форма № 116/у)**

Тетрадь ведется участковой (патронажной) медицинской сестрой (акушеркой) и отражает ее работу за определенный период времени.

В графах 3, 4 и 5 записываются паспортные данные патронируемого больного или беременной.

В 6-ой графе отмечаются лекарственные и другие назначения, в соответствии с записью врача в индивидуальной карте беременной, родильницы (ф. N 111/у) или медицинской карте амбулаторного больного (ф. N 025/у). В число посещений включаются и посещения медицинской сестры на дому для измерения температуры.

В графе 7-ой проводится запись проведенного обследования (пульс, АД и пр.).

Отметка о выполнении назначения, указанного в гр. 6, делается в графе 8-ой.

В 9-ой графе средний медицинский работник, выполняющий патронаж, ставит разборчиво свою подпись.

Записи в тетради используются для проверки работы участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки) по выполнению ею врачебных назначений, а также проведения патронажной работы.

Соответствующие данные могут быть использованы в оперативном порядке для определения объема и характера работы по обслуживанию больных на дому средним медицинским персоналом.

Форма № 031/у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. № 1030

**КНИГА ЗАПИСИ ВЫЗОВОВ ВРАЧЕЙ НА ДОМ**

**(форма №031/у)**

Книга служит для записи вызовов врачей на дом и контроля их выполнения.

Ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь на дому.

В поликлиниках, имеющих терапевтические или педиатрические участки, по каждому участку ведутся отдельные книги записи вызовов врачей на дом. В амбулаториях, специализированных учреждениях, где объем помощи, оказываемой на дому, невелик, одна книга может вестись на все учреждение в целом.

Примечание: книги могут использоваться и на фельдшерско-акушерских пунктах для записи вызовов на дом среднего медперсонала.

Книги ведутся регистратором (медицинской сестрой), принимающим вызовы. При вызове заполняются первые 8 граф книги.

В книгу записываются как первичные, так и повторные вызовы, а также посещения больных на дому по инициативе врача (без вызова), в последнем случае в гр. 7 книги отмечается активное посещение.

На основании вызовов регистратором подбираются медицинские карты амбулаторных больных и передаются врачам, выполняющим вызовы. После выполнения вызова карты возвращаются в регистратуру и на основании сведении, в них внесенных, врачом заполняются графы 9—13 книги записи вызовов врачей на дом.

По записи в книге подсчитывается число посещений, сделанных врачом на дому и ежедневно записывается в ведомость учета работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации (ф.№ 039/у).

Приложение N 10

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 15 декабря 2014 г. N 834н

**ЖУРНАЛ ЗАПИСИ**

**РОДОВСПОМОЖЕНИЙ НА ДОМУ"**

**(форма N 032/У).**

1. Учетная форма N 032/у "Журнал записи родовспоможений на дому" (далее - Журнал) ведется в медицинских организациях (иных организациях), оказывающих медицинскую помощь женщинам в родах на дому (далее - медицинские организации).

2. На каждый случай родов в журнале отводится несколько строк.

3. При заполнении Журнала:

4. Графы 3 - 5 заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки).

Примечание:

Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт <1>.

<1> Указ Президента Российской Федерации от 13.03.1997 N 232 "Об основном документе, удостоверяющем личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 11, ст. 1301).

Документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка <1>.

<1> Постановление Правительства Российской Федерации от 18.08.2008 N 628 "О Положении об удостоверении личности моряка, Положении о мореходной книжке, образце и описании бланка мореходной книжки" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, N 34, ст. 3937; 2009, N 23, ст. 2821; 2013, N 12, ст. 1347).

Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации <1>.

<1> Постановление Правительства Российской Федерации от 12.02.2003 N 91 "Об удостоверении личности военнослужащего Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 7, ст. 654; 2006, N 49, ст. 5220).

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца <1>.

<1> Федеральный закон от 19.02.1993 N 4528-1 "О беженцах" (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 12, ст. 425; Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, N 26, ст. 2956; 1998, N 30, ст. 3613; 2000, N 33, ст. 3348; N 46, ст. 4537; 2003, N 27, ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; 2006, N 31, ст. 3420; 2007, N 1, ст. 29; 2008, N 30, ст. 3616; 2011, N 1, ст. 29; N 27, ст. 3880; 2012, N 10, ст. 1166; N 47, ст. 6397; N 53, ст. 7647; 2013, N 27, ст. 3477; 2014, N 52, ст. 7557).

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства <1>.

<1> Статья 10 Федерального закона от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2002, N 30, ст. 3032).

5. В тех случаях, когда роды на дому проходили вне места регистрации пациентки, в графе 5 указывается также адрес, по которому фактически проходили роды.

5.1. Графа 6 заполняется на основании обменной карты родильного дома (родильного отделения больницы), сведений женской консультации о беременной или со слов пациентки.

5.2. В графе 8 отмечаются особенности течения родов, осложнения в родах и другие обстоятельства.

5.3. В графах 9 указываются сведения о плоде, мертворожденном или новорожденном, их антропометрические данные.

5.4. В графах 14 - 15 указываются проведенные профилактические мероприятия новорожденным с указанием серий, доз введенных препаратов.

5.5. В графе 16 указываются наименование медицинской организации, специальность, фамилия, инициалы медицинского работника, принявшего роды.

5.6. В графе 18 указывается посещение на дому тех родильниц, которые после родов не были госпитализированы.

Если пациентка находилась во время беременности под наблюдением акушерки фельдшерско-акушерского пункта, то в указанной графе может быть отмечена только дата посещения ее на дому, а сведения о течении послеродового периода заносятся в тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта.

5.7. В графе 19 указываются сведения о родах, происшедших без помощи медицинских работников.

Утверждена МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК**

**(форма № 063/у)**

Карта ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, дошкольных учреждениях и школах, в которых осуществляются профилактические прививки детям.

Карта профилактических прививок заполняется на каждого новорожденного и на каждого вновь поступающего под наблюдение поликлиники или ФАП. Карты хранятся в специальной картотеке поликлиники (ФАП). Прививочные карты в картотеке раскладываются по месяцам следующей прививки, что обеспечивает ежемесячный учет детей, подлежащих активной иммунизации.

Прививочные карты организованных детей и школьников при составлении плана прививок на месяц учитываются в плане прививок детского дошкольного учреждения (или школы), которое они посещают. При наличии централизованной картотеки медицинские сестры учебно-воспитательных учреждений получают ежемесячные списки детей, подлежащих вакцинации, а в конце месяца отчитываются о работе; данные записываются в карту профилактических прививок. При отсутствии прививочной централизованной картотеки прививки планируются самостоятельно медицинскими работниками поликлиники, дошкольного учреждения, школы.

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

Карта профилактических прививок остается в лечебно-профилактическом учреждении или на фельдшерско-акушерском пункте, где хранится в течение 5 лет в архиве учреждения.

Данные карт о числе и видах проведенных прививок используются для составления отчета о профилактических прививках (ф. N 86-леч.).

Утверждена МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК**

**(форма № 064/у)**

Журнал учета профилактических прививок предназначен для ежемесячного учета всех проведенных лечебно-профилактическим учреждением прививок. Эта форма используется для учета прививок взрослому населению и учащимся подросткам (ПТУ, ТУ, техникум, ВУЗ).

В графе "Примечание" следует указывать сведения об аллергологических пробах, проведенных перед прививкой, и патологических реакциях на прививку.

В зависимости от количества проводимых прививок на каждый их вид заводится отдельный журнал или выделяется несколько листов в журнале.

Данные журнала используются для составления отчета о профилактических прививках (ф. N 86-леч.).

Утвержден МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРОЦЕДУР**

[**(форма N 029/у)**](consultantplus://offline/ref=73D2F037DE8858392EABB0E3245292D6F58E5194CE538123C598A80B27EC3ACACC347891tCE3L)

Журнал учета процедур является оперативным документом, служащим для регистрации отпускаемых процедур.

Журналы ведутся медицинскими сестрами во всех кабинетах поликлиники, где проводятся процедуры, и отделениях стационара.

Для разовых процедур можно вести журнал упрощенной формы, в котором после гр. 5 оставляется только одна графа для отметки даты проведения процедуры.

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

Фамилия больного вписывается в журнал в текущем порядке только один раз, в день производства первой процедуры.

Если курс процедур не исчерпывается 19 процедурами, на которые рассчитана страница журнала, то больные, продолжающие лечение, вносятся в журнал учета процедур вторично.

Измерение температуры процедурой не считается.

Процедуры, проведенные лично врачом, в журнале не учитываются, отметки о их проведении делаются в медицинских картах амбулаторного или стационарного больного. По поликлиникам они учитываются как посещения к врачу в "Дневнике работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации [(форма N 039/у).](consultantplus://offline/ref=73D2F037DE8858392EABB0E3245292D6F58E5194CE538123C598A80B27EC3ACACC357D9DtCEFL)

Утвержден МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**КНИГА РЕГИСТРАЦИИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

[**(форма N 036/у)**](consultantplus://offline/ref=73D2F037DE8858392EABB0E3245292D6F58E5194CE538123C598A80B27EC3ACACC347E90tCE7L)

Книги регистрации листков нетрудоспособности ведутся во всех лечебно-профилактических учреждениях амбулаторных и стационарных, выдающих листки нетрудоспособности (в т. ч. и на ФАПах, фельдшеры которых пользуются правом выдачи листков нетрудоспособности).

В книге регистрируются все листки нетрудоспособности (первичные и продолжения) как выданные данным учреждением, так и выданные в другом учреждении, но продлеваемые данным учреждением.

Утвержден МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**ЖУРНАЛ ЗАПИСИ АМБУЛАТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ**

**(форма № 069/у)**

Журнал хранится в операционной, заполняется врачом.

Журнал дает возможность в оперативном порядке следить за числом и характером проведенных операций, применяемыми видами обезболивания, нагрузкой отдельных хирургов.

В журнале регистрируются все произведенные в поликлинике хирургические вмешательства, при этом кратко описывается ход операции, указывается вид обезболивания, записывается фамилия оперирующего хирурга и операционной сестры.

Утвержден МЗ СССР

от 04.10.80г.№1030

**ЖУРНАЛ**

**ЗАПИСИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

[**(форма N 050/у)**](consultantplus://offline/ref=73D2F037DE8858392EABB0E3245292D6F58E5194CE538123C598A80B27EC3ACACC34789FtCE6L)

Журнал ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях: амбулаторных и стационарных, имеющих рентгенодиагностические отделения (кабинеты).

Записи в журнале подлежат все лица, направленные для производства рентгенодиагностических исследований как в диагностических, так и в профилактических целях.

Порядок заполнения журнала указан на титульном листе формы.

Записи журнала ежедневно подсчитываются и используются для внесения в дневник учета работы рентгенодиагностического отделения (кабинета) [ф. N 039-5/у.](consultantplus://offline/ref=73D2F037DE8858392EABB0E3245292D6F58E5194CE538123C598A80B27EC3ACACC347890tCEFL)

**ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЙ,**

**ВЫПОЛНЯЕМЫХ В ОТДЕЛЕНИИ (КАБИНЕТЕ) ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ (форма N 157/у-93)**

Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделениях (кабинетах) функциональной диагностики, заполняется персоналом отделений функциональной диагностики и кабинетом электрокардиографии.

Регистрации под отдельным номером подлежит пациент, которому выполняется весь объем работы в рамках одного метода диагностики. Дополнительные диагностические манипуляции отмечаются в [графе 3](#Par1756) "Метод исследования" новой строкой без дублирования записей в других графах.

При обследовании одного пациента одномоментно (при одном обращении) несколькими различными методами функциональной диагностики с выдачей отдельных врачебных заключений по каждому методу каждое исследование регистрируется под новым порядковым номером с заполнением всех граф журнала.

В [графе 1](#Par1756) указываются порядковые номера регистрируемых исследований. Нумерация исследований начинается с 1 января каждого календарного года.

В [графе 2](#Par1756) указывается дата исследования.

В [графе 3](#Par1756) отмечаются наименование метода диагностики и при наличии - дополнительные точки исследования, функциональные пробы и другие дополнительные диагностические манипуляции.

В [графе 4](#Par1756) полностью отмечается фамилия, имя, отчество.

В [графе 5](#Par1756) указывается количество полных лет, а для детей до 3 лет - и количество месяцев.

В [графе 6](#Par1756) указывается наименование лечебного учреждения, его отделение и фамилия врача, направившего пациента на исследование. В отделениях (кабинетах) стационаров указывается номер палаты пациента.

[Графа 7](#Par1756) заполняется в отделениях (кабинетах), ведущих амбулаторный прием.

В [графе 8](#Par1756) отмечается диагноз, указанный в направлении на исследование.

В [графу 9](#Par1756) вносится результат исследования.

[Графа 10](#Par1756) предназначена для внесения особых отметок, содержащих информацию, в которой может нуждаться отделение (кабинет) в своих служебных или профессиональных интересах (фамилии лиц, выполнявших исследование, затраты труда в условных единицах, номера историй болезни, где выполнялось исследование (в палате, на дому и т.д.) или другие сведения, интересующие заведующего отделением или руководство лечебно-профилактического учреждения.

Сведения о результатах исследования за подписью специалиста, его проводившего, направляются лечащему врачу.

**ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ АНАЛИЗОВ И ИХ РЕЗУЛЬТАТОВ**

**(форма № 250/у)**

Журнал предназначен для регистрации и записи результато анализов - биохимических, общеклинических, гематологических и пр.

В графах 6-30 вписываются названия анализов, например: билирубин, холестерин и т.п.

В строках против соответствующих граф с названиями анализов условным знаком (У или +) отмечаются исследования, которые необходимо выполнить больному согласно направлению (регистрация анализов).

По выполнению анализов лаборантами результаты вносятся в данный журнал (запись результатов исследования) из рабочих журналов.

Медицинская документация

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

**ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ В ОТДЕЛЕ, ОТДЕЛЕНИИ, КАБИНЕТЕ ЭНДОСКОПИИ**

**(форма N 157/У-96)**

Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделах, отделениях, кабинетах эндоскопии, заполняется персоналом этих подразделений.

Регистрации под отдельным номером подлежит пациент, которому выполняется весь объем работы в рамках одного метода диагностики. Дополнительные диагностические и лечебные манипуляции отмечаются в [графе 8](#Par757) "Метод исследования" новой строкой без дублирования записей в других графах.

При обследовании одного пациента одномоментно (при одном обращении) несколькими различными методами эндоскопии с выдачей отдельных врачебных заключений по каждому методу, каждое исследование регистрируется под новым порядковым номером с заполнением всех граф журнала.

В [графе 1](#Par757) указываются порядковые номера регистрируемых исследований. Нумерация исследований начинается с 1 января каждого календарного года.

В [графе 2](#Par757) указывается дата исследования.

В [графе 3](#Par757) полностью отмечается фамилия, имя, отчество исследуемого.

В [графе 4](#Par757) отмечается год рождения исследуемого.

В [графе 5](#Par757) указывается домашний адрес исследуемого.

В [графе 6](#Par757) указывается наименование лечебного учреждения, его отделения и фамилия врача, направившего пациента на исследование. В отделениях (кабинетах) стационаров указывается номер палаты пациента.

В [графе 7](#Par757) отмечается диагноз, указанный в направлении на исследование.

В [графе 8](#Par757) отмечаются наименование метода диагностики и при наличии - дополнительные диагностические и лечебные манипуляции.

В [графу 9](#Par757) вносится результат исследования.

[Графа 10](#Par757) предназначена для внесения особых отметок, содержащих информацию, в которой может нуждаться отделение (кабинет) в своих служебных или профессиональных интересах (фамилии лиц, выполнявших исследование, затраты труда в условных единицах, номера историй болезни, где выполнялось исследование (в палате, на дому и т.д.) или другие сведения, интересующие заведующего отделением или руководство лечебно-профилактического учреждения.

Сведения о результатах исследования за подписью специалиста, его проводившего, направляются лечащему врачу.

Форма N 262/у

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

**ЖУРНАЛ УЧЕТА КОЛИЧЕСТВА ВЫПОЛНЕННЫХ АНАЛИЗОВ В ЛАБОРАТОРИИ**

**(форма №262/у)**

1. Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории ведется заведующим лабораторией.

2. Строки графы "Название анализа" заполняются согласно "Номенклатуре основных видов лабораторных анализов" по разделам: I - общеклинические анализы; II - гематологические; III - цитологические; IV -биохимические; - микробиологические; VI -иммунологические анализы.

3. В графу "Лечебные подразделения" (подграфы 3-22) вносятся названия обслуживаемых лабораторией стационаров (лечебных отделений), амбулаторно-поликлинических учреждений.

Особо выделяется количество анализов, выполненных по помощи на дому.

**КАРТА БОЛЬНОГО, ЛЕЧАЩЕГОСЯ**

**В ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ (КАБИНЕТЕ)**

[**(форма N 044/у)**](consultantplus://offline/ref=73D2F037DE8858392EABB0E3245292D6F58E5194CE538123C598A80B27EC3ACACC34789EtCE2L)

Карты ведутся во всех лечебно-профилактических учреждениях амбулаторных и стационарных, имеющих физиотерапевтические отделения (кабинеты).

Карта заполняется на каждого больного, принятого на лечение физиотерапевтическим отделением (кабинетом).

На каждого больного заполняется только одна карта, независимо от количества и видов назначенных процедур.

На лицевой стороне карты отмечаются виды, количество и дозировка назначенных процедур, на обороте - фактически выполненные процедуры.

Карты используются для заполнения сведений о работе физиотерапевтических отделений (кабинетов) в отчете лечебно-профилактического учреждения по ф. N 1.

**КАРТА ЛЕЧАЩЕГОСЯ В КАБИНЕТЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ**

[**(форма N 042/у)**](consultantplus://offline/ref=73D2F037DE8858392EABB0E3245292D6F58E5194CE538123C598A80B27EC3ACACC34789DtCE4L)

Карты ведутся во всех лечебно-профилактических учреждениях, амбулаторных и стационарных, имеющих кабинеты лечебной физкультуры.

На каждого больного, занимающегося лечебной физкультурой, заполняется только одна карта, независимо от количества и видов назначенных ему процедур.

К карте имеется вкладной лист, содержащий дополнительные сведения на больных, получающих ЛФК в связи с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Карты используются для заполнения сведений о работе кабинетов ЛФК в отчете лечебно-профилактического учреждения по ф. N 1.

**ЖУРНАЛ УЧЕТА РАБОТЫ ЛПУ ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ**

**(учётная форма №038/У-02).**

["Журнал](consultantplus://offline/ref=175F5176852DC23B756FF3E31021B28177A4FC38AD3FDD7E67011A498F594B3AE57615F9B23012sCJCL) учета работы ЛПУ по медицинской профилактике" (далее журнал) заполняется сотрудниками отделения (кабинета) медицинской профилактики ЛПУ по мере проведения мероприятий.

Графы 1 "N строки п/п", 2 "дата проведения" и 10 "ответственный исполнитель" заполняются при проведении любого мероприятия.

В графе 3 "форма работы - массовые мероприятия" указываются массовые пропагандистские мероприятия к Всемирным тематическим дням ВОЗ и региональные пропагандистско-оздоровительные акции, организованные и проведенные при непосредственном участии специалистов отделения (кабинета) медицинской профилактики: лекции, кино-видеодемонстрации, тематические вечера и выставки, конкурсы и викторины.

При учете массовых мероприятий в графе 4 "форма работы - школы здоровья" ставится прочерк, в графе 5 "тема" указывается тема мероприятия, в графе 6 указывается место его проведения, в графе 7 указывается число слушателей или присутствующих на данном мероприятии, в графе 8 "число лиц, обученных здоровому образу жизни" и в графе 9 "число медицинских работников, обученных методам мед. профилактики" ставится прочерк.

При проведении школ здоровья учитывается каждое занятие отдельно.

В графе 4 (школы здоровья) указывается название школы, организованной в данном ЛПУ в соответствии с Отраслевым [стандартом](consultantplus://offline/ref=175F5176852DC23B756FF3E31021B2817FA7FD3CA262D7763E0D184E80065C3DAC7A14F9B230s1J1L) "Сложные и комплексные медицинские услуги. Состав", в графе 5 указывается тема очередного занятия школы, в графе 6 указывается место проведения школы, в графе 7 (число слушателей) ставится прочерк, в графе 8 (число лиц, обученных здоровому образу жизни) указывается число присутствующих на занятии. В графе 3 (массовые мероприятия) при учете занятий школ здоровья ставится прочерк.

При учете занятий с медицинскими работниками ЛПУ, охваченными курсовыми учебными мероприятиями, организованными и проведенными специалистами отделения (кабинета) медицинской профилактики совместно с центром медицинской профилактики (подразделением медицинской профилактики) либо самостоятельно, учитывается каждое занятие отдельно.

В этом случае, кроме граф 1, 2, 10 заполняется графа 5 "тема", в которой указывается тема учебного занятия и название учебного цикла, семинара, курса. В графе 6 указывается место проведения учебного занятия, в графе 7 "число слушателей" ставится прочерк, в графе 8 "число лиц, обученных здоровому образу жизни" ставится прочерк, в графе 9 "число медиц. работников, обученных методам мед. профилактики" указывается число медицинских работников, присутствовавших на данном занятии. В графах 3 и 4 "форма работы" ставится прочерк.

При учете лекций, семинаров, конференций для педагогов, работников культуры, родителей, молодежи, пенсионеров заполняются графы 1, 2, в графах 3 и 4 ставится прочерк, в графе 5 "тема" указывается мероприятие и его тема, в графе 6 указывается место проведения мероприятия, в графе 7 "число слушателей" ставится прочерк, в графе 8 "число лиц, обученных здоровому образу жизни" указывается число обученных специалистами отделения (кабинета) медицинской профилактики на одном мероприятии, в графе 9 ставится прочерк, в графе 10 проставляется подпись ответственного лица.

Приложение №1  
к [приказу](http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70320714/#0) Министерства  
здравоохранения России  
от 06 марта 2015 г. № 87н

**Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров), форма № 131/у.**

Карта учета диспансеризации ведется всеми МО, проводящими диспансеризацию (профилактические осмотры).

\* В соответствии с [распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 апреля 2006 года N 536-р](http://docs.cntd.ru/document/901976648) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, N 17 (2 ч.), т.1905).

\*\* Пункты 10-13 заполняются при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 года N 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"](http://docs.cntd.ru/document/902387264) *(з*арегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 апреля 2013 года, регистрационный N 27930).

\*\*\* Пункты 14, 15 заполняются при проведении профилактических медицинских осмотров в соответствии с [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 года N 1011н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра"](http://docs.cntd.ru/document/902387263) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 года, регистрационный N 26511).

\*\*\*\* Отметки вносятся в зависимости от объемов обследований, предусмотренных [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 года N 1006н "Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения"](http://docs.cntd.ru/document/902387264) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 апреля 2013 года, регистрационный N 27930) и [приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 года N 1011н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра"](http://docs.cntd.ru/document/902387263) (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 декабря 2012 года, регистрационный N 26511).

\*\*\*\*\* При заполнении ненужное зачеркнуть.

Форма № 074/у

утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. № 1030.

**ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ**

**(форма № 074/у)**

Журнал ведется на фельдшерско-акушерских пунктах, врачебных и фельдшерских здравпунктах, служит для записи всех обращающихся к персоналу пункта больных, независимо от повода обращения.

Кроме того журнал регистрации амбулаторных больных (форма 074/у) применяется также для регистрации больных, обращавшихся за амбулаторной помощью в поликлиники, в приемные отделения стационаров и на станции скорой и неотложной медицинской помощи. Данные журнала регистрации амбулаторных больных используются для получения сведений о числе посещений в МО.

Журнал регистрации амбулаторных больных (форма № 074/у) служит источником информации при составлении отчетов в МО (форма №1, №30), фельдшерско-акушерских пунктов (форма №14), здравпунктов (форма №7), станций скорой помощи (форма № 8).

Утверждена Минздравом СССР

04.10.80 г. N 1030

**ЖУРНАЛ**

**УЧЕТА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

[**(форма N 060/у)**](consultantplus://offline/ref=73D2F037DE8858392EABB0E3245292D6F58E5194CE538123C598A80B27EC3ACACC347E99tCE7L)

Журнал ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, медицинских кабинетах школ, детских дошкольных учреждений, летних оздоровительных учреждений и др., а также в санитарно-эпидемиологических станциях.

Служит для персонального учета больных инфекционными заболеваниями и регистрации обмена информацией между лечебно-профилактическими учреждениями и СЭС.

Инструкция по ведению журнала приложена к Приказу Министерства здравоохранения СССР N 1282 от 29.12.78 г.

Приложение 2

к письму департамента здравоохранения

и социальной защиты населения области

от июля 2015 года

**ИНСТРУКЦИИ**

**по заполнению учётных форм в стационаре**

**ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРИЕМА БОЛЬНЫХ И ОТКАЗОВ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ (форма №001/у).**

Журнал служит для регистрации больных, поступающих в стационар. Записи в журнале позволяют разрабатывать данные о поступивших больных, о частоте и причинах отказов в госпитализации. Журнал ведется в приемном отделении больницы, один на всю больницу.

Инфекционные отделения больницы должны вести самостоятельные журналы приема больных и отказов в госпитализации в тех случаях, когда инфекционные больные поступают непосредственно в соответствующие отделения. В родильных отделениях и роддомах ведется журнал по форме N 001/у только на поступающих туда гинекологических больных и женщин, госпитализируемых для прерывания беременности. Поступающие беременные, роженицы и родильницы регистрируются в журнале по ф. N 002/у.

В журнал записывается каждый больной, обратившийся по поводу госпитализации, независимо от того, помещается ли он в стационар или ему отказано в госпитализации.

Графы 4-7 заполняются на основании медицинской карты амбулаторного больного, если больной направлен поликлиническим отделением данной больницы, или выписки из медицинской карты (ф. N 027/у), если больной направлен другим лечебным учреждением.

Графы 11-12 заполняются на основании медицинской карты стационарного больного при выписке или в случае смерти больного.

Графы 13-14 заполняются в приемном отделении на больных, имевших направление на госпитализацию, по тем или иным причинам не госпитализированных.

На больных, которым отказано в госпитализации, также подробно заполняются графы 4-7, 10. Необходимо точно указать причину отказа в госпитализации и принятые меры (оказана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар).

Отказом в госпитализации считаются все случаи, когда больной, прибывший в стационар с направлением на госпитализацию, не госпитализируется в данном стационаре. Если больному по поводу одного и того же заболевания было отказано в госпитализации несколько раз, то каждый отказ в журнале регистрируется отдельно.

**ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРИЕМА БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ**

**(форма № 002/у).**

Журнал ведется в родильных домах и больницах, имеющих отделения (палаты) для беременных и рожениц. В этот журнал, кроме беременных и рожениц, записываются родильницы, доставленные в стационар после домашних (дорожных) родов, а также переведенные из других стационаров.

Графы: дата и время поступления, фамилия, имя, отчество, постоянное место жительства, каким учреждением направлена, диагноз при поступлении, а также отделение, в которое направлена женщина, заполняются в момент поступления женщины в стационар на основании записей в обменной карте (ф. N 113/у), полученной из женской консультации. Последующие графы (сведения о родах и о родившихся) заполняются по окончании родов на основании данных истории родов (форма N 096/у). Остальные графы (заключительный диагноз, исход и отметка о регистрации) заполняются при выписке женщины из стационара. При рождении двух или более детей сведения о родившихся заполняются на каждого ребенка в отдельности.

В журнале на каждую поступившую женщину отводится не менее 4-5 строк.

Журнал используется для составления отчетных сведений о поступивших женщинах, в том числе родивших вне лечебного учреждения, а также о переведенных в другие стационары

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО**

**(форма №003/у)**

Медицинская карта стационарного больного является основным медицинским документом стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного. Ведется всеми больницами, стационарами диспансеров, клиниками вузов и НИИ, а также санаториями.

Карта содержит все необходимые сведения, характеризующие состояние больного в течение всего времени пребывания в стационаре, организацию его лечения, данные объективных исследований и назначения. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать правильность организации лечебного процесса и используются для выдачи справочного материала по запросам ведомственных учреждений (суд, прокуратура, экспертиза и др.).

Паспортная часть, диагноз направившего учреждения и диагноз, установленный врачами при поступлении больного в больницу, записываются в приемном отделении. Врачом приемного отделения заполняется также специально отведенный лист, в котором указываются краткие данные анамнеза и данные обследования больного в приемном отделении. Остальные записи в карте, включая клинический диагноз, делает лечащий врач.

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное согласие (отказ) гражданина, которое оформляется на каждое вмешательство отдельно.

Если больной подвергался хирургическому вмешательству, то на 2-ой странице карты указывается дата (месяц, число, час) операции и ее название. (Подробное описание операции дается в журнале записи оперативных вмешательств в стационаре (ф. 008/у). В случае смерти больного указывается патологоанатомический диагноз. При выписке или смерти больного указывается число проведенных койко-дней, причем день поступления и день выбытия считаются за один койко-день.

Осмотр экстренного обльного дежурным врачом и/или консультантами в приемном покое должен быть проведен в мосент поступления, указывая в истории болезни время осмотра и фамилию врача. Плановый больной должен быть осмотрен лечащим врачом профильного отделения в течение 3 часов от момента поступления в стационар.

Во время пребывания больного в стационаре карта хранится в папке лечащего врача. Врач делает ежедневные записи о состоянии и лечении больного; назначения записываются в дневнике карты; на прилагаемом к карте температурном листе (ф. N 004/у) палатная сестра графически изображает температуру, пульс, дыхание больного и т.д.

Клинический диагноз должен быть:

- вынесен в истории болезни на первой странице, (подписанным лечащим врачом;

- поставлен в первые 3 – 4 дня с обоснованием. Если за время прибывания на койке клинический диагноз был изменен, это должно найти отражение в истории болезни, лучше всего в форме этапного эпикриза.

При выписке (смерти) больного лечащий врач составляет эпикриз, в котором кратко резюмируются данные о состоянии больного при поступлении и выбытии, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного (если они необходимы).

Медицинская карта стационарного больного подписывается лечащим врачом и заведующим отделением. На основании данных медицинской карты составляется карта выбывшего из стационара (ф. N 066/у-02), после чего карта сдается в архив учреждения.

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**(форма №003-1/у)**

Учетная форма №003-1/у заполняется во всех случаях прерывания беременности, кроме абортов по медицинским показаниям и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. В этих случаях заполняется карта стационарного больного учетная форма № 003/у. В случаях осложнений, возникших во время или после операции аборта, требующих пребывания женщины в стационаре более 3-х дней, записи производятся на вкладном листе к учетной форме № 003/у (карта стационарного больного).

Ответы должны быть даны на все указанные в карте вопросы путем подчеркивания в случаях нескольких возможных ответов и вписывания недостающего.

Примечание. На женщин, поступающих для прерывания беременности, заполняется медицинская карта прерывания беременности (ф. N 003-1/у), на гинекологических больных - ф. N 003/у.

Заполняется в учреждениях, имеющих отделения (палаты, койки) для производства аборта, на всех женщин, поступивших в стационар для искусственного прерывания беременности или по поводу самопроизвольного аборта.

Строка "название операции" заполняется после производства операции.

Строки "диагноз клинический", "диагноз при выписке", "осложнения" заполняются при выписке больной из стационара.

Примечание: при прерывании беременности по медицинским показаниям на женщину заполняется медицинская карта стационарного больного (форма № 003/у).

**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

**(форма № 004/у)**

Температурный лист является оперативным документом, служащим для графического изображения основных данных, характеризующих состояние здоровья больного.

Ежедневно лечащий врач записывает в карте стационарного больного (истории родов, истории развития новорожденного) сведения о состоянии больного (роженицы, родильницы, новорожденного), палатная сестра переносит данные о температуре, пульсе, дыхании и т.д. в температурный лист и вычерчивает кривые этих показателей.

**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД**

**(форма № 005/у)**

Форма применяется для регистрации каждого переливания трансфузионных сред (крови, ее компонентов и препаратов, кровезаменителей), производимого больному, а также реакций и осложнений после трансфузии.

Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного больного (форма N 003/у).

Заполняется врачом, проводившим трансфузию, на основании данных журнала регистрации переливания трансфузионных сред (форма N 009/у).

При регистрации каждой трансфузии заполняются все графы формы.

При изготовлении документа формат А4.

ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА СТАЦИОНАРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ БОЛЬНИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

(форма № 007/у-02).

Учет работы стационарных учреждений как городских, так и сельских, независимо от их специализации, ведется по "Листку ежедневного учета больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении" (учетная форма N 007/у).

Учетная форма N 007/у-02 является первичным учетным документом, на основании которого ведется ежедневный учет движения больных и использования коечного фонда в отделении, стационаре. Эта учетная форма позволяет следить за изменением коечного фонда и движением больных. Кроме того, она обеспечивает возможность регулировать прием больных в стационаре, так как в графах 20 и 21 формы N 007/у указывается наличие свободных мест.

Листок учета движения больных и коечного фонда заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа управления здравоохранением.

Сведения по отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделения, койки для детей в составе неврологического отделения и т.д.) в форме показываются следующим образом: в первую строку записываются сведения о числе коек и движении больных в целом по отделению (включая сведения по койкам узких специальностей), а в последующие строки вписываются сведения о койках и движении больных по выделенным узким специальностям. При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных, фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических больных - движение этих больных показывается по урологическим койкам. В то же время больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которые они были помещены, и не суммируются со сведениями по урологических больных, лежащих в отделении, имевшем урологические койки.

В случаях, когда приказом по больнице было произведено временное или постоянное перепрофилирование коек, сведения в форме (графа 3) о фактически развернутых койках показываются по новому профилю коек. Например, если койки терапевтического отделения перепрофилируются в койки для инфекционных больных, то в графе 3 показываются инфекционные койки.

В число коек не включаются койки для матерей в детских отделениях, койки для новорожденных и рахмановские койки в родильных отделениях.

В графе 3 показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая свободные койки, не занятые больными, и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантином и другими причинами в соответствии с приказом по больнице. В это число не включаются приставные койки, развернутые в палатах, коридорах и т.д. в связи с переполнением отделения.

Из числа коек, показанных в графе 3 выделяются в графу 4 койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами.

При заполнении сведений о движении больных в графе 5 (состояло больных) показывается общее число больных, находящихся в отделении на 9 часов утра истекшего дня, включая и больных, занимающих приставные койки.

В графах 5-17 показываются сведения о движении больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (о числе состоявших и поступивших больных, в т.ч. из дневных стационаров; переведенных из отделения в отделение; выписанных, в т.ч. в дневные стационары; умерших).

В графах 18 показываются сведения о числе больных, состоящих в отделении на 9 часов утра текущего дня, в графе 19 - сведения о состоящих матерях при больных детях.

В графе 6 указывается общее число поступивших в отделение больных за истекшие сутки. Сведения в графах 7-10 выделяются из графы 6: в графу 8 включаются только жители сельской местности, в графах 9 и 10 указываются поступившие больные в соответствии с указанным возрастом.

Графы 11 и 12 отражают движение больных внутри стационара, т.е. больных, переведенных из одного отделения в другое.

В графе 13 показывается общее число выписанных из отделения больных, включая больных, переведенных в другие стационары.

В графе 18 указывается число состоявших в отделении на начало текущего дня, т.е. на день заполнения формы. Число больных, показанное в графе 18 предыдущего дня, должно быть переписано в графу 5 текущего дня.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы числа больных балансировались, т.е. число больных, показанное на начало текущего дня (гр. 18) было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 5), поступивших (гр. 6) и переведенных (гр. 11) за минусом чисел, переведенных в другие отделения (гр. 12), выписанных (гр. 13) и умерших (гр. 17), т.е. числам в гр. 5 + 6 + 11 - 12 - 13 - 17 = графа 18.

Отдельно в графе 19 показываются сведения о состоящих матерях по уходу за больными детьми. В общем движении больных сведения о состоящих матерях при больных детях не учитываются.

На обороте учетной формы N 007/у указываются фамилии и инициалы поступивших, переведенных внутри больницы, выписанных, переведенных в другие круглосуточные стационары, умерших. Данные оборотной стороны служат для контроля поступивших и выбывших больных и учета поступления медицинской карты стационарного больного (учетная форма N 003/у) и карты выбывшего из стационара (учетная форма N 066/у-02) в кабинете медицинской статистики. Таким образом, достигается полнота контроля поступления медицинских карт стационарного больного и карт выбывшего из стационара в кабинет медицинской статистики.

Сведения о движении больных в учетной форме N 007/у-02 (графы 6, 11, 12, 13, 14, 17) должны соответствовать списку этих больных на обороте учетной формы.

При заполнении ф. №007/у необходимо помнить следующее:

- в стационарах, где больному предоставляются лечебные отпуска (пробные или регулярные) необходимо исходить из следующего:

- при уходе больного в лечебный отпуск он не выписывается из стационара, его медицинская карта стационарного больного остается в отделении до окончательной выписки;

- на время отпуска больной снимается с питания, для этого в уч. ф. №007/у-02 на обороте указываются фамилии всех больных, находящихся в отпуске;

- в учетной форме N 007/у уход больного в лечебный отпуск в графе 13 (выписано больных) не показывается, а в графе 6 (поступило больных) не делается никаких отметок при его возвращении из отпуска. Сведения о больных, пользующихся лечебным отпуском, показываются отдельной дополнительной строкой, при этом больные, ушедшие в отпуск за истекшие сутки, показываются в графе 13, находящиеся в отпуске на начало и на конец суток показываются в графах 5 и 18, а вернувшиеся из отпуска - в графе 6.

- При переводе больного из круглосуточного стационара в дневной и наоборот, считать больного как выписанного и вновь поступившего.

Заполненные листки учетной формы N 007/у передаются каждый день в кабинет медицинской статистики или другому сотруднику, отвечающему за ведение учета больных, который ежедневно составляет данные в целом по больнице и записывает их в сводную учетную форму N 007/у.

Примечание:

Для больных дневного стационара день поступления и день выписки считать за один день лечения:

Для больных круглосуточного стационара день поступления и день выписки считать за 1 койко-день.

**ЖУРНАЛ ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В СТАЦИОНАРЕ**

**(форма №008/у).**

В журнале регистрируются все оперативные вмешательства, произведенные в стационаре. На каждую операцию отводится отдельный лист, в котором подробно описывается ход операции, указывается вид обезболивания, доза наркотического средства, отмечается продолжительность операции, состояние больного во время оперативного вмешательства, а также указываются лечебные мероприятия, проводившиеся во время операции (инъекции сердечных средств, дача кислорода и др.), записываются фамилии оперирующих врачей и наркотизатора, исход операции. Под протоколом должны быть подписи хирурга, ассистента (тов), анестезиолога и результаты гистологического исследования.

Журнал хранится в операционной, заполняется врачом, если в больнице несколько операционных (для чистых, гнойных операций), то в каждой из них ведется свой отдельный журнал.

**ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕЛИВАНИЯ ТРАНСФУЗИОННЫХ СРЕД**

**(форма№ 009/у).**

Форма применяется для регистрации каждого переливания трансфузионных сред (крови, ее компонентов и препаратов, кровезаменителей), производимого больному, а также реакций и осложнений после трансфузии.

При регистрации каждой трансфузии заполняются все графы формы.

**ЖУРНАЛ ЗАПИСИ РОДОВ В СТАЦИОНАРЕ**

**(форма № 010/у)**

Журнал является одним из основных документов родильного дома и содержит сведения о родах, проведенных в стационаре, об обезболивании родов, об осложнениях при родах и мероприятиях, проведенных во время родов, а также о новорожденных (живой, мертвый, пол, масса, рост).

Журнал ведется в родовой комнате, акушеркой под контролем врача. При регистрации многоплодных родов сведения о новорожденных (графы 10-14) показываются отдельной строкой о каждом из новорожденных. В указанный журнал заносятся и все сведения о роженицах, доставленных в акушерский стационар в III-м периоде родов (с отметкой в журнале о том, что женщина поступила после рождения ребенка с невыделившимся последом) <\*>. Журнал записи родов может использоваться для составления отчета-вкладыша N 3 "О медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам\*".

<\*> - Родительница, доставленная в стационар после рождения ребенка и отделения последа, не учитывается в журнале записи родов в стационаре (форма № 010/у). В этих случаях запись вносится только в журнал приема беременных и рожениц (форма № 002/у).

**СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА ПО СТАЦИОНАРУ, ОТДЕЛЕНИЮ И ПРОФИЛЮ КОЕК СТАЦИОНРА КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ, ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ БОЛЬНИЧНОМ УЧРЕЖДЕНИИ, (форма №016/у-02).**

Учетная форма №016/у - 02 «Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению и профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (далее Сводная ведомость) составляется ежемесячно по каждому отделению и в целом по стационару. В конце месяца сведения по отделениям или по профилю коек, а также в целом по больнице, показанные в форме №007/у, суммируются и переносятся в форму № 016/у. В таблице № 1 (приложение) приведен порядок переноса сведений из ф. №007/у в Сводную ведомость.

Сводная ведомость дает возможность следить за правильным использованием коечного фонда, за развертыванием коек в отделениях и по стационару в целом (по месяцам, кварталам, полугодиям). Данные сводной ведомости характеризуют мощность больницы, ее структуру и позволяют рассчитать такие показатели, как: использование коечного фонда, средняя длительность пребывания больного в стационаре, средняя занятость койки, оборот койки, летальность (как по отделениям, так и в целом по больнице).

В графе 4 Сводной ведомости по месяцам показывается среднемесячное число коек, а "за год" - среднегодовое число коек. Для определения среднемесячного числа коек подсчитываются за месяц данные графы 3 учетной формы N007/у-02 и полученная сумма делится на число календарных дней месяца. Для определения числа среднегодовых коек складываются записи в графе 4 учетной формы № 016/у и полученная сумма делится на 12.

Число койко-дней, проведенных больными (графа 18 Сводной ведомости) получается путем суммирования чисел больных, состоящих 9 часов утра ежедневно за все дни месяца (графа 18 учетной формы N007/у-02). В число больных включаются больные, находящиеся на сметных и временных койках (приставных).

Число койко-дней закрытия на ремонт и по другим причинам (графа 19 учетной формы № 016/у) получается путем суммирования чисел графы 4 в учетной форме №007/у.

Число койко-дней по уходу (графа 20 учетной формы № 016/у) получается путем суммирования чисел графы 19 в учетной форме №007/у.

В стационарах, где больному предоставляются лечебные отпуска, в Сводной ведомости учетной формы №016/у в графе 18 показывается общее число койко-дней, проведенных больными в стационаре, а дополнительной строкой в графе 18 показывается общее число дней, проведенных больными в отпуске за все дни месяца (из формы №007/у). Дни пребывания больных в лечебных отпусках не должны исключаться из общего числа койко-дней при исчислении таких показателей как средняя занятость койки, средняя длительность пребывания больного на койке, оборот койки.

После заполнения Сводной ведомости за месяц (за год) необходимо проверить движение больных по отделению и в целом по стационару. Для этого берется число состоявших больных на начало отчетного периода (месяца, года) - графа 5 - прибавляются числа поступивших больных (графа 6) и переводных больных внутри стационара (графа 10), за минусом числа переведенных в другие отделения (графа 11), выписанных (графа 12), умерших (графа 16) т.е. графы 5 + 6 + 10 - 11 - 12 - 16 = графе 17.

Данные сводной ведомости (учетной формы №016/у) служат для заполнения таблицы № 1 "Коечный фонд и его использование" раздела III "Деятельность стационара" формы №30 "Сведения о лечебно-профилактическом учреждении".

Приложение

**ПОРЯДОК ПЕРЕНОСА СВЕДЕНИЙ ИЗ ЕЖЕДНЕВНОГО ЛИСТКА**

**(форма №007/у) В СВОДНУЮ ВЕДОМОСТЬ (форма №016/у).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Графы формы N 016/у | Графы формы N 007/у | |
| N | Наименование | N | Наименование |
| 2 | Всего фактически  развернутых коек | 3 | Фактически развернутых коек,  включая койки свернутые на  ремонт |
| 3 | В том числе коек, свернутых на ремонт | 4 | В том числе коек, свернутых на ремонт |
| 5 | Состояло больных на начало  отчетного периода | 5 | Состояло больных на начало  истекших суток |
| 6 | Поступило больных - всего | 6 | Поступило больных (без  переведенных внутри больницы)  - всего |
| 7 | Поступило больных из  дневных стационаров | 7 | Поступило больных, в том числе из дневного стационара (из  гр. 6) |
| 8 | Поступило больных сельских  жителей | 8 | Поступило больных (без  переведенных внутри больницы)  сельских жителей (из гр. 6) |
| 8а | Поступило больных в  возрасте 0-17 лет | 10 | Поступило больных (без  переведенных внутри больницы)  в возрасте 0-17 лет (из гр. 6) |
| 9 | Поступило больных в  возрасте 60 лет и старше | 11 | Поступило больных (без  переведенных внутри больницы)  в возрасте 60 лет и старше  (из гр. 6) |
| 10 | Переведено больных из  других отделений | 11 | Переведено больных из других  отделений |
| 11 | Переведено больных в другие отделения | 12 | Переведено больных в другие  отделения |
| 12 | Выписано больных всего | 13 | Выписано больных всего |
| 13 | Выписано больных в дневной  стационар | 16 | Выписано больных в дневной  стационар (из гр. 3) |
| 14 | Выписано больных в  круглосуточный стационар | 15 | Выписано больных из дневного в круглосуточный стационар |
| 15 | Выписано больных по  переводу в другие  стационары | 14 | Выписано больных по переводу в другие стационары |
| 16 | Умерло | 17 | Умерло |
| 17 | Состояло больных на конец  отчетного периода | 18 | Состоит больных на начало  текущего дня - всего |
| 18 | Проведено больными  койко-дней (дней лечения) | 18 | Состоит больных на начало  текущего дня - всего (суммарно за месяц, год) |
| 19 | Число койко-дней закрытия | 4 | В том числе коек свернутых на  ремонт (суммарно за месяц,  год) |
| 20 | Проведено койко-дней по  уходу | 19 | Состоит матерей при больных  детях (суммарно за месяц, год) |

Статистической карты выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому

(форма №066/у-02).

(с учётом утверждённых методических рекомендаций)

Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому (далее Карта выбывшего) является статистическим учетным документом, содержащим сведения о пациенте, выбывшем из стационара (дневного стационара). Заполняется на всех выбывших из стационара (дневного стационара) любого типа, в том числе родильниц. Она заполняется также на выбывших новорожденных, родившихся больными или заболевших в стационаре.

Номер Карты выбывшего и пункты с 1 по 20 заполняются при поступлении пациента (роженицы) в приемный покой стационара, родильного дома или дневной стационар. Врач приемного отделения стационара (родильного дома), либо врач дневного стационара осуществляет контроль за правильным и своевременным заполнением выше указанных пунктов Карты выбывшего.

Пункты 5.1-5.3, 24, 26-32, 36, заполняются лечащим врачом при выписке пациента.

Строки пунктов 21-23, 25 заполняются врачами соответствующих отделений.

Разделы пункта 33 «Диагноз стационара патологоанатомический», пункт 34 «Расхождение диагнозов» и пункт 35 «Основная причина смерти» заполняются в патологоанатомическом отделении.

На заведующих отделением возлагается контроль правильности заполнения пунктов Карты выбывшего.

Врач кабинета медицинской статистики (или лицо, на которое возложена функция контроля кодирования диагнозов и операций) контролирует правильность кодирования диагнозов (при необходимости кодирует диагнозы), операций, осложнений операций.

Кодирование диагнозов стационара (дневного стационара) и направившего учреждения проводится по «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» десятого пересмотра ([МКБ-10](http://zakonprost.ru/content/base/70590#a3197)).

При наличии в стационаре (дневном стационаре), электронно-вычислительной техники и соответствующего программного продукта, Карта выбывшего может заполняться автоматизировано на уровне приемного отделения.

Последующая автоматизированная обработка Карты выбывшего позволяет осуществлять:

- формирование и актуализацию регистра прикрепленного населения;

- сбор и формирование статистической информации по каждому случаю госпитализации, оказанным медицинским услугам, временной нетрудоспособности, проведенным операциям;

- учет и ведение медицинских полисов обязательного и добровольного страхования;

- систему расчетов за оказанную медицинскую помощь;

- экспертизу качества оказанной помощи (соответствие стандартам длительности лечения, медикаментозного лечения, анализ расхождения диагнозов скорой медицинской помощи - стационара, поликлиники - стационара и т.д.);

- персонифицированный учет расхода и стоимости медикаментов.

Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому (форма №066/у – 02).

В заголовке Карты выбывшего подчеркивается соответствующий тип стационара и фиксируется номер медицинской карты стационарного больного (ф. [N 003/у](http://zakonprost.ru/content/base/5387#da141)).

**Пункт 1.** Дата и время поступления в приемное отделение. Записывается дата и время поступления пациента в приемное отделение стационара.

**Пункт 2.** Страховой полис. Если вид оплаты - медицинское страхование, то записываются реквизиты страхового полиса и страховщика (страховая компания или территориальный Фонд ОМС, или филиал ТФОМС) с обязательным указанием кода территории, на которой располагается страховщик, по действующему классификатору.

**Пункт 3.** Код пациента. Указывается идентификационный номер пациента или иной код, принятый в ЛПУ. А также Ф.И.О. пациента. Фамилия, имя, отчество записываются без сокращений на основании документа, удостоверяющего личность. При отсутствии документа - по устному заявлению пациента, а при отсутствии контакта с пациентом - вносится «неидентифицирован». При заполнении Карты выбывшего на новорожденного (родившегося больным или заболевшего в стационаре) заносится фамилия, имя, отчество матери.

**Пункт 4.** Пол. Пол пациента отмечается штрихом или обведением в кружок в соответствующей позиции: мужчины - 1, женщины - 2.

**Пункт 5.** Дата рождения. Указывается дата рождения пациента и формате: число, месяц, год (год рождения - полностью). Например, запись даты рождения «5 мая 2001 года» должна иметь вид 05.05.2001. Для родильных отделений и отделений новорожденных указывается дата рождения новорожденного, его вес в кг при рождении или поступлении в стационар, и следующие позиции: доношенный/недоношенный и живой/мертвый (данная позиция идет в разработку для формирования отчетной формы N 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»).

**Пункт 6.** Документ, удостоверяющий личность. Фиксируются данные документа, удостоверяющего личность пациента (для детей - свидетельство о рождении, документ родителя, опекуна), при отсутствии документа - пункт не заполняется, проставляется прочерк.

**Пункт 7.** Адрес: регистрация по месту жительства. Указывается адрес места жительства по данным паспорта: государство, субъект Российской Федерации, населенный пункт (город, деревня, село и т.д.), административный округ, улица, дом, корпус, квартира.

**Пункт 8.** Код территории проживания. Заполняется соответственно коду субъекта Российской Федерации, по действующему классификатору.

Житель. Признак «житель города», «житель села» отмечается путем обведения в кружок соответствующей позиции (в соответствии с административным делением).

**Пункт 9.** Социальный статус. Позиции 1-4 «дошкольник – 1;организован – 1.1; неорганизован - 1.2; учащийся - 2; школьник – 2.1, студент ССУЗа – 2.2, студент ВУЗа 2.3; работает - 3; не работает – 4» относятся к занятости пациента. Отмечается путем обведения в кружок соответствующей позиции. Позиция «код» заполняется для военнослужащих по действующему классификатору.

**Пункт 10.** Категория льготности. Заполняется для пациентов, относящихся к категории населения, имеющей право на льготное обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения, отмечается соответствующая позиция. Если пациент имеет категорию льготности, не указанную в Статкарте, то отмечается позиция «прочие».

**Пункт 11.** Вид оплаты: ОМС - 1, бюджет - 2, платные услуги -3, в т.ч. ДМС - 4, другое - 5; подчеркивается или обводится в кружок соответствующий реквизит.

**Пункт 12.** Кем направлен. Заносится наименование учреждения (дневного стационара), направившего пациента, при наличии направления проставляется – номер и дата выдачи направления.

**Пункт 13.** Кем доставлен. Записывается канал госпитализации (например, «скорая помощь», «самостоятельное обращение» и т.д.), код канала госпитализации по действующему на территории классификатору, номер наряда скорой помощи.

**Пункт 14.** Диагноз направившего учреждения. Заносится наименование и код по [МКБ-10](http://zakonprost.ru/content/base/70590#a3197) **диагноза направившего учреждения.**

**Пункт 14.1.** Заполняется на каждую беременную, роженицу и родильницу при поступлении в родильный дом (родильное отделение). Записывается срок беременности в неделях, состояла ли пациентка на учете в женской консультации, и позиция «роды вне стационара» при родах, произошедших вне лечебно-профилактических учреждениях (данная позиция идет в разработку для формирования отчетной формы N32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»).

**Пункт 15.** Диагноз приемного отделения. Заносится наименование и код по [МКБ-10](http://zakonprost.ru/content/base/70590#a3197) диагноза приемного отделения.

**Пункт 16.** Доставлен в состоянии опьянения. Отмечается штрихом в соответствующей позиции при наличии состояния алкогольного опьянения или состояния одурманивания, зафиксированного в МК стационарного больного и/или протоколе медицинского освидетельствования (в соответствии с приказом МЗ СССР [от 08.09.88 г. N 694](http://zakonprost.ru/content/base/21180) «О мерах по дальнейшему совершенствованию медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» и [Временной инструкции](http://zakonprost.ru/content/base/45860) МЗ СССР «О порядке медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения» от 01.09.88 г. N 06-14/33-14.

**Пункт 17.** Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году. Отмечается соответствующая позиция: «первично», «повторно» – на основании устного заявления пациента о первичном либо повторном поступлении в данное лечебное учреждение по данному заболеванию, «по экстренным показаниям» – на основании решения врача приемного отделения, или в плановом порядке.

**Пункт 18.** Доставлен в стационар от начала заболевания, родов (получения травмы), в часах. Отмечается на основании решения врача приемного отделения, либо со слов больного, время, прошедшее от начала заболевания, родов (травмы).

**Пункт 19.** Травма. Заполняется при наличии травмы у пациента: отмечается соответствующая позиция на основании устного заявления пациента или направившего учреждения, или заключения скорой помощи.

**Пункт 20.** Название отделения, дата и время поступления. Указывается наименование отделения, куда госпитализирован пациент, дата и время (заполняется в отделении куда поступил больной).

Подпись врача приемного отделения, ответственного за госпитализацию пациента, либо врача дневного стационара, личный код врача.

**Пункт 21.** Движение пациента по отделениям (профилям коек). Фиксируется движение пациента в данном ЛПУ по отделениям и профилям коек с указанием даты поступления (выбытия); кода диагноза по [МКБ-10](http://zakonprost.ru/content/base/70590#a3197); кода лечащего врача; вида оплаты. Коды медицинских стандартов, признаки законченности либо прерванности госпитализации указываются по действующим классификаторам.

**Примечания:** \*<1> При выписке, переводе из отделения реанимации указать время пребывания в часах

\*\*<2> Проставляется в случае утверждения в субъекте РФ установленном порядке.

\*\*\*<3> Заполняется при использовании в системе оплаты.

**Пункт 22.** Проведение тромболитической терапии. Отмечается соответствующая позиция.

**Пункт 23.** Хирургические операции. Заполняется при проведении оперативного вмешательства. Записывается: дата; час; код хирурга, код отделения; наименование и код операции; код медико-экономического стандарта, код анестезии; наименование и коды послеоперационных осложнений; использование специальной аппаратуры, оказание высокотехнологичной оперативной помощи, вид оплаты. Коды операций и их осложнений указываются по действующему классификатору.

При наличии нескольких операций «основная операция» обязательно отмечается штрихом. В соответствующих графах заносится код отделения (гр. 3), к которому относится операция (т.е. отделение, в котором числится хирург, проводивший данную операцию), указываются личные коды хирургов (гр. 2) и вид оплаты (гр. 13).

**Примечание:** <\*> Анестезия: общая - 1, местная - 2.

**Пункт 24.** Обследование на сифилис, ВИЧ-инфекцию. Заполняется при наличии обследования на сифилис, ВИЧ-инфекцию: отмечается в соответствующей позиции.

**Пункт 25.** Заполняется на каждого новорожденного. Указываются проведенные в отделении для новорожденных вакцинации и обследования из перечисленного списка и отмечается код по МКБ-10, в случае выявления при этом заболевания (данная позиция идет в разработку для формирования отчетной формы №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»).

**Пункт 26.** Диагноз стационара (при выписке). Записывается заключительный диагноз заболевания в следующей последовательности: «Основное, осложнение основного, сопутствующие заболевания», и соответствующие им коды [МКБ-10](http://zakonprost.ru/content/base/70590#a3197).

**Пункт 27.** Дата и время выписки (смерти). Записывается дата и время окончания госпитализации. (При летальном исходе поле «Время» подлежит обязательному заполнению).

**Пункт 28.** Продолжительность госпитализации. Записывается количество койко-дней, проведенных в стационаре, дневном стационаре (в круглосуточном стационаре день поступления и день выписки считать за один койко-день, в дневном – за два дня лечения).

**Пункт 29.** Исход госпитализации. Исход госпитализации отмечается в соответствующей позиции. Если больной выписан в дневной круглосуточный стационар, то отмечаются две позиции: «1» – выписан, «2» – в т.ч. в дневной стационар (или «3» – в круглосуточный), остальные варианты – в соответствующей позиции.

**Пункт 30.** Результат госпитализации. Отмечается в соответствующей позиции. Позиции «для новорожденных» и «для родильницы» идут в разработку для формирования отчетной формы N 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

**Пункт 31.** Листок нетрудоспособности. Записываются даты открытия и закрытия больничного листка, его серия и номер или справки о временной нетрудоспособности (в Карте выбывшего сделать запись «справка», если регистрируется справка о временной нетрудоспособности). Если документ временной нетрудоспособности не закрывается в стационаре, то в п. 31 заполняется только дата открытия и эта позиция не идет в разработку для формирования отчетной формы №16-вн «Сведения о временной нетрудоспособности». В случае наличия листка временной нетрудоспособности, открытого в другом ЛПУ, заполняется соответствующая графа «Предыдущий, выданный в других ЛПУ: серия\_\_\_ номер\_\_\_\_ открыт \_\_\_\_ – 1, а дата закрытия листка в данном стационаре отмечается в той же позиции в пункте «закрыт \_\_\_\_ – 2», и данная позиция идет в разработку для формирования отчетной формы №16-вн «Сведения о временной нетрудоспособности».

**Пункт 32.** По уходу за больным. Заполняется, если больничный лист выдан по уходу за больным. Указывается возраст и пол лица, ухаживающего за пациентом.

**Пункт 33.** Диагноз после вскрытия. В случае смерти пациента и проведении аутопсийного исследования, записывается патологоанатомический диагноз в следующей последовательности: «основной, осложнение, сопутствующие». При наличии двухпричинного или многопричинного диагноза в рубрике «основной» кодируется одна нозологическая единица (основная (первоначальная) причина смерти), которая идет в статистическую разработку.

**Пункт 34.** Расхождение диагнозов: по основному заболеванию, по сопутствующим заболеваниям, по осложнениям основных заболеваний. Заполняется в случае патологоанатомического вскрытия пациента.

**Пункт 35.** Основная причина смерти. Указывается наименование и код по [МКБ-10](http://zakonprost.ru/content/base/70590#a3197) основной (первоначальной) причины смерти.

**Пункт 36.** Дефекты догоспитального этапа. Отмечается путем подчеркивания в соответствующей позиции дефекты догоспитального этапа на основании решения лечащего врача, заведующего отделения, врача эксперта.

**ИСТОРИЯ РОДОВ**

**(форма № 096/у)**

История родов является основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который составляется на каждую поступившую беременную, роженицу или родильницу <\*>.

<\*> - Примечание. На женщин, поступающих для прерывания беременности, заполняется медицинская карта прерывания беременности (ф. № 003-1/у), на гинекологических больных - ф. № 003/у.

В истории родов должны найти свое отражение характер течения родов, а также все диагностические и лечебные мероприятия лечащего врача (или акушерки), записанные в их последовательности. История родов должна дать ясное представление о всей картине течения родов без дополнительных пояснений.

Все необходимые в истории родов исправления делаются немедленно, оговариваются за подписью врача, отвечающего за ведение истории родов, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

Замазывание исправленного текста не разрешается, как равным образом не разрешается внесение дополнительных записей без соответствующих оговорок.

За ведение истории родов отвечает непосредственно дежурный врач - в части, касающейся течения родов, и лечащий врач - в части, касающейся течения беременности или послеродового периода.

В случае консультации по поводу состояния женщины с главным врачом, заведующим отделением или со специалистами, приглашенными извне, в истории родов записывается заключение консилиума за подписью всех консультантов.

Каждая операция вписывается в историю родов с указанием условий и показаний к операции, последовательности ее производства, лиц, производивших операцию, ассистентов, операционной сестры, анестезиологов, а также примененных наркотических средств и их количества.

При выписке беременной, родильницы и ее ребенка история родов подписывается палатным врачом, заведующим отделением, после просмотра главным врачом передается на хранение в архив родильного дома.

Истории родов могут выдаваться на руки сотрудникам родильного дома для составления статистических отчетов или научных разработок, согласно письменному разрешению главного врача, под расписку.

**ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО**

**(форма №097/у)**

История родов является основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который составляется на каждую поступившую беременную, роженицу или родильницу <\*>.

<\*> - Примечание. На женщин, поступающих для прерывания беременности, заполняется медицинская карта прерывания беременности (ф. № 003-1/у), на гинекологических больных - ф. № 003/у.

В истории родов должны найти свое отражение характер течения родов, а также все диагностические и лечебные мероприятия лечащего врача (или акушерки), записанные в их последовательности. История родов должна дать ясное представление о всей картине течения родов без дополнительных пояснений.

Все необходимые в истории родов исправления делаются немедленно, оговариваются за подписью врача, отвечающего за ведение истории родов, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

Замазывание исправленного текста не разрешается, как равным образом не разрешается внесение дополнительных записей без соответствующих оговорок.

За ведение истории родов отвечает непосредственно дежурный врач - в части, касающейся течения родов, и лечащий врач - в части, касающейся течения беременности или послеродового периода.

В случае консультации по поводу состояния женщины с главным врачом, заведующим отделением или со специалистами, приглашенными извне, в истории родов записывается заключение консилиума за подписью всех консультантов.

Каждая операция вписывается в историю родов с указанием условий и показаний к операции, последовательности ее производства, лиц, производивших операцию, ассистентов, операционной сестры, анестезиологов, а также примененных наркотических средств и их количества.

При выписке беременной, родильницы и ее ребенка история родов подписывается палатным врачом, заведующим отделением, после просмотра главным врачом передается на хранение в архив родильного дома.

Истории родов могут выдаваться на руки сотрудникам родильного дома для составления статистических отчетов или научных разработок, согласно письменному разрешению главного врача, под расписку.

**ЖУРНАЛ ОТДЕЛЕНИЯ (ПАЛАТЫ) ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ**

**(форме № 102/у)**

Журнал ведется в физиологическом и обсервационном отделениях для новорожденных медицинской сестрой под наблюдением заведующего отделением (врача-неонатолога).

Сведения для заполнения журнала берутся из записей в истории развития новорожденного (форма № 097/у). Первые 11 граф журнала заполняются при поступлении ребенка в отделение на основании записей в истории развития новорожденного, сделанных в родовом блоке, последующие - при выписке (переводе, смерти) ребенка.

Журнал используется для составления таблиц 2Г-2Е в отчете-вкладыше № 3 "О медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам". Особенно внимательно должна заполняться гр. 12, в которой для детей, родившихся больными или заболевших в период пребывания в отделении, указываются диагнозы заболеваний.

В гр. 17 отмечается передача телефонограммы в детскую поликлинику о выписке ребенка.

**КАРТА БЕСПРИЗОРНОГО, БЕЗНАДЗОРНОГО НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО, ДОСТАВЛЕННОГО В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ, ИМЕЮЩЕЕ СТАЦИОНАР**

**(форма №312/У)**

Учетная [форма N 312/у](#Par5) "Статистическая карта беспризорного и безнадзорного несовершеннолетнего, доставленного в лечебно-профилактическое учреждение, имеющее стационар", предназначена для составления отчетной формы федерального государственного статистического наблюдения [N 1-ДЕТИ (здрав)](consultantplus://offline/ref=4E9E777BD15C6158F9F40C58A98FEB4429DE73D27B7FD57F6DB3A3CF52D1BB8C209614FEE55C0DYEdBM) "Сведения о численности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, помещенных в лечебно-профилактические учреждения".

Карта заполняется в приемном отделении лечебно-профилактического учреждения, имеющего стационар, и при госпитализации несовершеннолетнего передается в отделение вместе с медицинской картой стационарного больного (учетная [форма N 003/у).](consultantplus://offline/ref=4E9E777BD15C6158F9F40C58A98FEB442ED7798C24208E223ABAA998159EE2CE659916FBYEd1M)

В случае отказа в госпитализации карта полностью заполняется в приемном отделении.

При отсутствии документов карта заполняется со слов лица, доставившего несовершеннолетнего или в случае самостоятельного обращения - со слов ребенка.

Если ребенок осмотрен несколькими специалистами, то в [пункте 7](#Par22) отмечается несколько позиций.

В [пункте 9](#Par32) указываются: диагноз основной и сопутствующие заболевания (в соответствие с [МКБ-10).](consultantplus://offline/ref=4E9E777BD15C6158F9F40C58A98FEB4429D67BDB7322DF7734BFA1YCd8M)

Срок хранения карты 1 год.