



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

П Р И К А З

05 июля 2019

г. Барнаул

№ 148

Об упорядочении ведения и использования форм первичной медицинской документации в краевых медицинских организациях

В целях упорядочения ведения и использования первичной медицинской документации краевых медицинских организациях, обеспечения полноты и достоверности информации, отражающей деятельность учреждений здравоохранения, оказывающих стационарную помощь, при к а з ы в а ю :

1. Утвердить альбом форм медицинских документов (приложение).
2. Рекомендовать руководителям краевых медицинских организаций использовать с 01.07.2019 альбом форм медицинских документов, утвержденный настоящим приказом.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Алтайского края Белоцкую Н.И.

Министр

Д.В. Попов

СОГЛАСОВАНО:

Заместитель министра



Н.И. Белоцкая

Начальник юридического отдела



Л.В. Подзорова

Начальник отдела организации
медицинской помощи взрослому и
детскому населению



Ж.И. Вахлова

Исполняющий обязанности
директора КГБУЗ «Медицинский
центр- управляющая компания
Алтайского медицинского кластера»



В.Г. Азанов

Список на рассылку:

1. Канцелярия (оригинал)
2. Руководителям краевых медицинских организаций

1 экз.
по сети



ПРИЛОЖЕНИЕ

УТВЕРЖДЕН
приказом Министерства здравоохранения Алтайского края
от 25.06.19 № 148

АЛЬБОМ

унифицированных форм медицинской документации в учреждениях здравоохранения Алтайского края

logo	МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ НАИМЕНОВАНИЕ МО АДРЕС ОТДЕЛЕНИЕ
------	---

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ №

ФИО больного: _____ Дата рождения: _____

Дата поступления: _____

Дата выбытия: _____

Место жительства _____

Социальный статус: дошкольник, организованный / дошкольник, неорганизованный / учащийся / работающий / не работающий / БОМЖ / пенсионер / военнослужащий / член семьи военнослужащего / инвалид

Диагноз

Диагноз основного заболевания:

Осложнения основного заболевания: _____

Сопутствующие заболевания:

Состояние при поступлении

Жалобы при поступлении:

Анамнез заболевания:

Проведенное лечение

Результаты диагностических исследований и консультаций

Результаты лабораторных исследований(в динамике):

Результаты инструментальных исследований(в динамике):

Консультации специалистов:

Состояние при выписке

Выздоровление / улучшение / без перемен / ухудшение / здоров / умер

Нуждается в паллиативной помощи

Рекомендации

Медицинское наблюдение: _____

Рекомендации по коррекции образа жизни: _____

Медикаментозное лечение (МНН лекарственного препарата с указанием дозировки и длительности приема)

Трудоспособность: _____

Лечащий врач: _____ / _____

Зав. отделением: _____ / _____

gosuslugi.ru

Здесь Вы легко и быстро сможете записаться на приём к врачу, изменить или отменить свою запись, получить электронную мед. карту и результаты исследований; оценить медицинское учреждение, услугами которого Вы воспользовались, или оставить о нём свой отзыв

logo	МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ НАИМЕНОВАНИЕ МО АДРЕС ОТДЕЛЕНИЕ
------	---

Выписка из истории болезни больного злокачественным новообразованием №

ФИО больного: _____ Дата рождения: ____

Дата поступления: ____

Дата выбытия: ____

Место жительства _____

Социальный статус: дошкольник, организованный / дошкольник, неорганизованный / учащийся / работающий / не работающий / БОМЖ / пенсионер / военнослужащий / член семьи военнослужащего / инвалид

Диагноз

Диагноз данного злокачественного новообразования установлен впервые в

жизни в период данной госпитализации

Цель госпитализации:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> лечение первичной опухоли | <input type="checkbox"/> реабилитация |
| <input type="checkbox"/> продолжение лечения первичной опухоли | <input type="checkbox"/> лечение поздних осложнений |
| <input type="checkbox"/> лечение рецидива заболевания | <input type="checkbox"/> симптоматическое лечение |
| <input type="checkbox"/> продолжение лечения рецидива заболевания | <input type="checkbox"/> лечение сопутствующих заболеваний |
| <input type="checkbox"/> дообследование | <input type="checkbox"/> другая |

Заключительный диагноз: _____

Топография опухоли _____

Морфологический тип опухоли _____

Стадия по системе TNM: T(0-4,x) _____; N(0-3,x) _____;

M(0,1x) _____

Стадия опухолевого процесса:

- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ia | <input type="checkbox"/> IIa | <input type="checkbox"/> IIIa | <input type="checkbox"/> IVa | <input type="checkbox"/> in situ |
| <input type="checkbox"/> Ib | <input type="checkbox"/> IIb | <input type="checkbox"/> IIIb | <input type="checkbox"/> IVb | <input type="checkbox"/> неприменимо |
| <input type="checkbox"/> Ic | <input type="checkbox"/> IIc | <input type="checkbox"/> IIIc | <input type="checkbox"/> IVc | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| <input type="checkbox"/> I стадия | <input type="checkbox"/> II стадия | <input type="checkbox"/> III стадия | <input type="checkbox"/> IV стадия | |

Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):

- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> отдаленные лимфатич. узлы | <input type="checkbox"/> кожа | <input type="checkbox"/> другие органы |
| <input type="checkbox"/> кости | <input type="checkbox"/> почки | <input type="checkbox"/> множественные |
| <input type="checkbox"/> печень | <input type="checkbox"/> яичники | <input type="checkbox"/> неизвестна |

легкие и/или плевра брюшина

головной мозг костный мозг

Метод подтверждения диагноза:

морфологический лабораторно-инструментальный

цитологический только клинический

эксплоративная операция неизвестен

Осложнения:

Сопутствующие заболевания:

Состояние при поступлении

Жалобы при поступлении:

Анамнез заболевания:

Проведенное лечение

Характер проведенного за период данной госпитализации лечения

радикальное, полное соматические противопоказания

радикальное, неполное отказ больного от лечения

паллиативное

симптоматическое

Причина незавершенности радикального лечения

отказ больного от продолжения лечения запланированный перерыв

осложнения лечения другая

отриц. динамика заболевания на фоне лечения

Оперативное лечение:

Осложнения хирургического лечения:

Лучевое лечение:**Дата начала курса лучевой терапии:** _ _ _ _**Способ облучения**

Облучение внешнее: дистанционное; аппликационное;
 Облучение внутривполостное: закрытыми источниками; открытыми источниками

Облучение внутритканевое

Облучение сочетанное: дистанционное+внутривполостное закрытыми источниками;
 дистанционное+внутривполостное открытыми источниками;
 дистанционное+внутритканевое

Другое _____

Вид лучевой терапии

Фотонная: рентгеновская близкофокусная ; рентгеновская глубокая ;
 тормозное излучение высоких энергий ;

Корпускулярная: электроны ; тяжелые заряженные частицы ;
 нейтроны

Сочетанная: фотонная+электроны ; протоны+гамма ;
 нейтроны+гамма

Гамматерапия

Другая _____

Методы лучевой терапии

Непрерывная: внутритканевая ; внутривполостная ; ^{1131}I ;
 ^{198}Au ; другая ;

Фракционирование: традиционное ; со сквозным курсом ;
 с расщепленным курсом ;

Фракционирование нетрадиционное: дневное дробление дозы ;
 укрупненное ; крупное ; динамическое ;

Лучевая терапия: тотальная ; субтотальная ; с неравномерным
 облучением мишени

Радиомодификаторы, применявшиеся при проведении лучевой терапии

<input type="checkbox"/> не применялись	<input type="checkbox"/> лекарственные препараты
<input type="checkbox"/> гипербарическая оксигенация	<input type="checkbox"/> иммуномодуляторы
<input type="checkbox"/> электронакцепторные соединения	<input type="checkbox"/> радиофармпрепараты
<input type="checkbox"/> гипертермия	<input type="checkbox"/> антиоксидантный комплекс
<input type="checkbox"/> гипергликемия	<input type="checkbox"/> сочетание радиомодификаторов
<input type="checkbox"/> гипоксия	<input type="checkbox"/> другие
<input type="checkbox"/> гипотермия	

Поля облучения _____**Суммарная доза на опухоль** _____ (Гр);**Суммарная доза на зоны регионарного метастазирования** _____ (Гр)

Осложнения лучевого лечения: _____

Химиотерапевтическое лечение

Дата начала курса химиотерапии: _ _ _ _

Вид химиотерапии: самостоятельная; адъювантная;
 неoadъювантная

Препараты, суммарные дозы: _____

Осложнения химиотерапевтического лечения: _____

Гормоноиммунотерапевтическое лечение:

Дата начала курса: : _ _ _ _

Вид гормонотерапии:

лекарственная хирургическая лучевая

Препараты, дозы _____

Осложнения гормоноиммунотерапевтического лечения: _____

Другие виды специального лечения: _____

Особенности случая: _____

Результаты диагностических исследований и консультаций

Результаты лабораторных исследований (в динамике):

Результаты инструментальных исследований (в динамике):

Консультации специали-

стов: _____

Состояние при выписке

Выздоровление / улучшение / без перемен / ухудшение / здоров / умер

Нуждается в паллиативной помощи

Рекомендации

Медицинское наблюдение: _____

Рекомендации по коррекции образа жизни: _____

Медикаментозное лечение (МНН лекарственного препарата с указанием дозировки и длительности приема) _____

Трудоспособность: _____

Лечащий врач: _____ / _____

Зав. отделением: _____ / _____

gosuslugi.ru

Здесь Вы легко и быстро сможете записаться на приём к врачу, изменить или отменить свою запись, получить электронную мед. карту и результаты исследований; оценить медицинское учреждение, услугами которого Вы воспользовались, или оставить о нём свой отзыв

logo	МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ НАИМЕНОВАНИЕ МО АДРЕС ОТДЕЛЕНИЕ
------	---

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РОДОВ №

ФИО: _____ **Дата рождения:** __ __ __

Дата поступления: __ __ __

Дата родов: __ __ __

Дата выписки: __ __ __

Диагноз

Диагноз основной:

Осложнения:

Сопутствующие заболевания:

Операции и пособия

Роды партнерские да/нет

Обезболивание применялось: да / нет

Течение послеродового периода физиологическое/ осложнилось (чем)

***Показания к операции кесарева сечения:**

Операция выполнена: в плановом / в экстренном порядке / в срочном порядке

Продолжительность операции (час., мин.) _____

Безводный промежуток _____ **Объем кровопотери** _____

Техника операции: в нижнем сегменте матки поперечным разрезом/ корпоральным разрезом,

другая _____

Разрез на матке ушит: однорядным непрерывным швом/ двухрядным мышечно-мышечным швом, многорядным непрерывным швом/ отдельными швами, другой способ

Шовный материал (какой) _____

На кожу внутрикожный шов / узловые швы / скобы/ другое _____

Течение послеоперационного периода: физиологическое / гипертермия / субинволюция матки /эндометрит / нагноение шва / серома шва передней брюшной стенки, другое: _____

Антибиотикопрофилактика / терапия: не проводилась / проведена на _____ **(препарат)**

Проведенное лечение

Медикаментозные / лечебные мероприятия:

Результаты диагностических исследований и консультаций

УЗИ матки в послеродовой периоде « ____ » _____ 20__ г. на _____ сутки

Тело матки _____ мм; полость _____ мм.

Содержимое: однородное, не однородное. Эхогенность миометрия: средняя / повышена / снижена.

Структура миометрия: однородная / не однородная за счет (рубца)/ _____

Особенности: _____

Результаты обследования: группа крови _____ ; резус-фактор- _____

Кровь на сифилис № _____ дата _____ результат _____

Обследование ВИЧ- № _____ дата _____ результат _____

Клинический анализ крови: « ____ » _____ 20__ г.

L _____; Тг _____; Ег _____; Нв _____; Нт _____; РОЭ _____

Общий анализ мочи « ____ » _____ 20__ г.

Уд/вес - _____ ; L _____; белок в моче есть/ нет.

Консультации специалистов:

Сведения о новорожденном

Ребенок родился от _____ беременности по счету при сроке _____ недель.

Пол ребенка _____

Вес при рождении _____ гр. Вес при выписке _____ гр.

Рост _____ см.

Оценка по Апгар _____ баллов

Оценка по Сильверман _____ баллов

Оценка по Даунсу _____ баллов

Рекомендации

Родильнице требуется/не требуется активный патронаж.

Наблюдение в женской консультации по месту жительства. Швы (скобы) на коже передней брюшной стенки снять _____

Половой покой _____ (указать период)

Интергестационный период(указать) _____; подбор контрацепции в женской консультации.

Планирование следующей беременности, предгравидарная подготовка.

Наблюдение специалистов (указать) _____

Контроль лабораторных показателей (клинический анализ крови, общий анализ мочи/ другое _____ (указать)

Продолжить прием лекарственного средства (указать наименование препарата по МНН, разовую дозу и кратность приема в течение суток, планируемую длительность приема):

Особые замечания: _____

Трудоспособность: _____

Лечащий врач: _____ / _____

Зав. Отделением: _____ / _____

gosuslugi.ru.

Здесь Вы легко и быстро сможете записаться на приём к врачу, изменить или отменить свою запись, получить электронную мед.карту и результаты исследований; оценить медицинское учреждение, услугами которого Вы воспользовались, или оставить о нём свой отзыв

logo	МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛТАЙСКОГО КРАЯ НАИМЕНОВАНИЕ МО АДРЕС ОТДЕЛЕНИЕ
------	---

ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО №

ФИО матери: _____ **Дата рождения матери:** ____ ____
Дата / время рождения ребёнка: _____
Дата выписки новорожденного: _____
Дата выписки матери _____ **на** _____ **сутки после родов**
Место жительства матери _____

Диагноз

Диагноз основной: _____

Осложнения: _____

Сопутствующие заболевания: _____

Группа риска: I / II / III / IV / V / VI / VII / СВС

Операции и пособия

Ребенок родился от ____ беременности по счету в сроке ____ недель
 Родился от одноплодной/ многоплодной беременности. При многоплодной беременности родился: первым/ вторым/ третьим и т.д. по счету.
 Роды: через естественные родовые пути / кесарево сечение.
 Предлежание: головное/ тазовое/ _____ Безводный промежуток _____. Особенности первого периода родов _____ второго периода _____.
 Пол ребенка ____ Вес при рождении _____ гр. Вес при выписке _____ гр. Рост _____ см.
 Состояние ребенка при рождении _____
 Оценка по Апгар _____ баллов
 Оценка по Сильверман _____ баллов
 Оценка по Даунсу _____ баллов
 Прикладывание к груди на _____ часу после родов. Вскармливание: грудное/сцеженным молоком матери/ искусственное
 Лактация: достаточная/ недостаточная
 В случае перевода на искусственное вскармливание указать причину _____

Состояние ребенка при выписке

Осмотр неонатолога в день выписки:

Состояние: удовлетворительное / средней тяжести / тяжелое

Кожные покровы обычной окраски / розовые / бледно-розовые / бледные / мраморность кожных покровов / субиктеричные / иктеричные / цианотичные / акроцианоз

Мышечный тонус _____

Рефлексы: живые / угнетены / недостаточной длительности

Р. ладонно-ротовой (Р. Бабкина) _____ / Р. хоботковый _____ / Р. Поисковый (Р. Кусмауля) _____ / Р. сосательный _____ / Р. защитный _____, Р. опоры и авто-

матическая походка (шаговый) _____ / Р. ползания (Р. Бауэра) _____ / Р. хватательный (Р. Робинсона и Веркома) _____ / Р. Галанта _____ / Р. Переса _____ / Р. Моро / Иф _____ / Иф _____ / Р. асимметричный шейный тонический (Р. Мангуса-Клейна) _____ / Р. симметричный тонический шейный _____

В легких дыхание _____, хрипы _____

Тоны сердца _____.

Живот _____.

Печень _____.

Пупочная ранка: _____

отделяемое: нет / слизистое / сукровичное / гнойное _____.

Мочепускание _____ Стул _____.

Вакцинация БЦЖ ___ / ___ / ___ г. 0,05 мг в 1 мл; серия _____ контроль _____

Не вакцинирован по причине _____

Вакцинация против гепатита В ___ / ___ / _____. Срок годности _____.

Кардиотест: прошел/ не прошел. _____ Аудиотест: прошел/ не прошел _____.

Скрининг на ФКУ: ___ / ___ / _____. г.

НСС: _____

УЗИ внутренних органов: _____

ЭХО КГ: _____

Результаты обследования:

Мать: гр. крови _____; резус-фактор- _____ Новорожденный: гр. крови _____; резус-фактор- _____

Клинический анализ крови: _____ / _____ / _____ г.

L _____; Tr _____; Eг _____; ретикулоциты _____ гранулоциты _____ лимфоциты _____ моноциты _____ Hb _____; Ht _____; РОЭ _____ Сахар крови _____

Биохимический анализ крови: _____ / _____ / _____ г.

Состояние при выписке: _____

Консультации специалистов: _____

Рекомендации

Режим питания: _____

Питьевой режим: _____

Профилактика гипогалактии, сбалансированное, гипоаллергенное питание матери, частое прикладывание к груди, введение в рацион матери дополнительного количества жидкости до 1,5-2 л в день; иное: _____

Обработка пупочной раны: _____

Лечение: _____

Особые замечания: _____

Врач-неонатолог: _____ / _____

Зав. отделением: _____ / _____

gosuslugi.ru

Здесь Вы легко и быстро сможете записаться на приём к врачу, изменить или отменить свою запись, получить электронную мед. карту и результаты исследований; оценить медицинское учреждение, услугами которого Вы воспользовались, или оставить о нём свой отзыв