



# МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ



# МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

*- это совокупность документов - носителей медико-статистической информации о состоянии здоровья отдельных лиц, различных групп населения, об объеме, содержании и качестве медицинской помощи и деятельности медицинских учреждений; в СССР М. д. является обязательной, единой и унифицированной, используется для управления здравоохранением и планирования организации деятельности по охране здоровья населения.*



## *Цели заполнения документации:*

1. Ведения статистического учета, на основании которого осуществляют планирование, прогнозирование и обеспечение здравоохранения
2. Отражение лечебно-диагностического процесса, который проходит пациент, чтобы иметь возможность наблюдать динамику процесса, провести его анализ, внести коррективы.
3. Обеспечения преемственности между средним медицинским персоналом и врачами.
4. Контроль за содержанием и использованием материально-технических средств, которые применяются в ЛПУ
5. Учета выполненной работы и рабочего времени медперсонала.
6. Осуществления научной и педагогической работы



# ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ

## МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ:

по своему назначению

### I. Учетно-оперативная статистическая документация

- документация, представляющая собой документы первичного учета, отражающие отдельные элементы повседневной работы медицинских учреждений, помогающие организовать эту работу и используемые для составления отчетной медицинской документации.

- **Первая группа** предназначена для записей результатов наблюдения за состоянием больного в период его лечения и лечебно-диагностических назначений.

**Вторая группа.** Документы этой группы содержат основные сведения о заболевших и служат оперативным сигналом для проведения необходимых санитарно-профилактических и лечебных мероприятий.

**Третья группа** документов отражает в основном объем выполняемой медперсоналом работы.

### II. Отчетная документация

это документация, представляющая собой сводные статистические документы, содержащие сведения о состоянии и деятельности медицинских учреждений за определенный отрезок времени.



# *ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ:*

*по месту применения*

## *I. Документация амбулаторно-поликлинической службы*

## *II. Документация стационара*

- 1. Документация приемного отделения*
- 2. Документация лечебного отделения*
  - Документация поста медицинской сестры*
  - Документация процедурного кабинета*





# ДОКУМЕНТАЦИЯ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

# МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

- Медицинскую карту амбулаторного больного хранят в регистратуре поликлиники, или амбулатории.
- Паспортную часть карты заполняет медсестра, все остальное — врач.
- В ней отображают весь лечебно-диагностический процесс, который проходит пациент.
- Медицинская карта является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.



# МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

Министерство здравоохранения

---

наименование учреждения

Шифр

Дата составления карты

« 24 » марта 20 01г

Учетная ф. №25

Утверждена Министерством

здравоохранения

СССР 16.04.1954г.

## ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

Фамилия, имя, отчество: Иванов Иван ПетровичВозраст: 24.07.1978г. (23года) Пол: мужской

Адрес больного:

район Советский улица (переулок): Партизанская дом № 198 кв. № 35

Место службы, работы: \_\_\_\_\_ отделение, цех: \_\_\_\_\_

Группа крови: A (II)Rh-фактор: положительныйАллергические реакции и их тип: Пенициллин – крапивница

Переливания крови и хирургические вмешательства: \_\_\_\_\_

ANAMNESIS VITAE:

---

---

---

---







# СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН

- Заполняет врач или медсестра под контролем врача; после заполнения сдает в кабинет медицинской статистики.
- На основании этого документа составляют отчеты, рассчитывают заболеваемость и обращаемость в поликлинику.

**Талон амбулаторного пациента**  
форма 25а-12а/у-04 Версия 11.2 от 01.04.2006. УЗ г. Самара

**КЛЮЧ 21538**

**МК <<ПОЛИКЛИНИКА>>, ООО "ИМЦ", отдел Инф. Систем**

**Фамилия:** Зуйкова Юлия Александровна **Д.р.** 23.09.1987 **Статус -** Работающая

**Полис:** CP - 2539764 /САМАРА-МЕД/ **Отделение:**

**Документ:** 36 02 609026 /ПАСПОРТ/

**Адрес (прописка):** ул. Партизанская 176 - 5 **Телефон:** 8 (987) 954 25 91

**Место работы, учёбы:** ЗАО ПТС-сервис Советский филиал  
Фин. База финансируется в текущем периоде (полный поиск)

**СНИЛС** **ИНН:**

**Дата:** 12-ноя-2010 **Кабинет:** 14 **Время:** 17.50

**Врач:** Нурдинова Лидия Григорьевна

**Флюорография:** № 111 от 12.10.10 **Онкоосмотр:** 12.10.2010

**Направил:**  **РЕГИСТРАТУРА** **Дата:** 11 октября 2010 г.

**II. Сведения о случае поликлинического обслуживания**

**Код направившего ЛПУ**  **Цель обращения** (1 - лечебно-диагностическая, 2 - консультативная, 3 - диспансеризация, 4 - профилактикт., 6 - прочие цели, 7 - динамическое наблюдение)

**Вид травмы (происл.):** 1 - промышл., 2 - транспортная, 3 - в т.ч. ДТП, 4 - с/х, 5 - прочая, **непричл.:** 6 - бытовая, 7 - уличная, 8 - транспортная, 9 - в т.ч. Д/ИИ, 10 - школьная, 11 - спортивная, 12 - прочая, 13 - в результате терр. действия)

**Исход случая** (1 - выздоров., 2 - улучшение, 3 - динамическое наблюдение, 4 - госпитал., 5 - в снежной стационар, 6 - в стационар на дому, 7 - на консультацию, 8 - на консулт. в оруае III Ю, 9 - справка для получения путевки, 10 - сан.-кур. карта, 11 - справка и сан.-кур. карта, 12 - смерть)

**Дата окончания случая**  **Код врача, закончившего случай**

**Особые отметки**  **Код внешнего ЛПУ направления**   
**Код профиля отделения госпитализации**

**Код принимающего специалиста и код должности исполнителя услуг**  **Код направившего специалиста**   
**Цель направления** (1 - госпитал., 2 - консультация, 3 - обследование)



## ТАЛОН НА ПРИЕМ К ВРАЧУ

- Талоны выписывает медсестра на все время приема на неделю.
- Используется для регулирования потока пациентов к врачу и напоминания пациенту даты, номера кабинетов и времени посещения врача.

<b>Талон на прием к врачу</b>	<b>8 4 5 4</b>
ФИО пациента:	Зотова Мария Викторовна
Дата рождения:	20.04.1972
Документ №	3604 772954
Полис №	СР 157370
ЛПУ прикрепления:	МУЗ Центральная районная больница ГО Сызрань
Участок прикрепления:	
ЛПУ, осуществляющий прием:	МУЗ Центральная районная больница ГО Сызрань
ФИО врача:	Полежаева Ирина Федоровна
Специальность врача:	Врач-терапевт
Номер кабинета:	234
Дата приема:	19 июля 2011г.
Время начала приема:	15:45
Тип оплаты:	ОМС
Талон сформирован:	14 июля 2011 г. в 14:40



# САНИТАРНО-КУРОРТНОЙ КАРТЫ

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
 Код формы по ОКПО \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения  
 Российской Федерации

Медицинская документация  
 Форма N 072/у  
 Утверждена Приказом  
 Минздрава России  
 от 14.06.2001 N 215

Наименование учреждения \_\_\_\_\_

**САНАТОРНО - КУРОРТНАЯ КАРТА**

N \_\_\_\_\_  
 " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Выдается при предъявлении путевки на санаторное или амбулаторное лечение.  
 Без настоящей карты путевка недействительна.

Адрес лечебного учреждения, выдавшего карту:

Область \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_  
 город \_\_\_\_\_  
 улица \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество лечащего врача \_\_\_\_\_

1. Фамилия, И. О. пациента \_\_\_\_\_  
 пол женский, мужской (подчеркнуть),  
 год рождения \_\_\_\_\_  
 адрес пациента \_\_\_\_\_

2. Место работы, учебы \_\_\_\_\_

3. Занимаемая должность \_\_\_\_\_

4. Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное \_\_\_\_\_

5. Краткие данные клинического, лабораторного, рентгенологического и других исследований (даты) \_\_\_\_\_

6. Диагноз: а) основной \_\_\_\_\_

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

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

Курортное лечение \_\_\_\_\_  
 (указать курорт)

\_\_\_\_\_ в санатории, амбулаторно - курортное (подчеркнуть)

указать название санатория (курорта), сроки лечения, номер путевки (курсовки)

М.П.

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Заведующий отделением \_\_\_\_\_

Данная карта действительна при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печати

**Отправной талон**  
 Подлежит возврату в лечебно - профилактическое учреждение, выдавшее санаторно - курортную карту

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Находился в санатории \_\_\_\_\_

с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении: \_\_\_\_\_

а) основной \_\_\_\_\_

б) сопутствующий \_\_\_\_\_

Диагноз санатория: а) основной \_\_\_\_\_

б) сопутствующий \_\_\_\_\_

Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур, их переносимость) \_\_\_\_\_

Эпикриз (включая данные обследования) \_\_\_\_\_

Результаты лечения: значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение

(нужное подчеркнуть)

Рекомендации по дальнейшему лечению \_\_\_\_\_

Место печати \_\_\_\_\_

Подпись главного врача санатория \_\_\_\_\_

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

Для типографии!  
 Формат А4

<> Хранится в санаторно - курортном учреждении в течение 3 лет.

- Оформляет врач или медсестра под контролем врача; отображает состояние здоровья пациента в момент направления в санаторий.



## ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ...

- Заполняет медсестра или врач при выявлении педикулеза или инфекционного заболевания, пищевого отравления.
- Посылают в СЭС по месту выявления больного не позднее 12 ч с момента установления диагноза с целью проведения санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге.
- Необходимо также информировать СЭС по телефону и зафиксировать это в извещении.



# ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ...

РФ  
Министерство здравоохранения

Учетная форма № 58/у  
Утверждена Министерством  
здравоохранения СССР  
04.10.1980г. №1030

## Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении

1. Диагноз \_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
3. М/Ж (подчеркнуть). 4. Возраст \_\_\_\_\_ 5. Адрес: населенный пункт \_\_\_\_\_  
ул. \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_
6. Наименование и адрес места работы, учёбы (для детей детского учреждения) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Дата заболевания \_\_\_\_\_
8. Дата первичного обращения (по поводу данного заболевания) \_\_\_\_\_
9. Место и дата госпитализации (или ном. наряда) \_\_\_\_\_
10. Если отравление – указать, где произошло отравление, чем отравлен \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Проведение первичных противоэпидемических мероприятий и дополнительные сведения \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Листок и справка о временной нетрудоспособности

**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

первичный  продление листа нетрудоспособности № \_\_\_\_\_ дубликат

001 234 567 891

Семейное медицинское учреждение (или территориальное учреждение)

Дата выдачи: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

Пол: М  Ж

Причина нетрудоспособности: на \_\_\_\_ лет \_\_\_\_ месяцев

Основное  По совместительству

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

Дата 1: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Дата 2: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

М. П. \_\_\_\_\_

Печать учреждения

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да  нет

Установлена/изменена группа инвалидности

Подпись руководителя бюро МСЭ: \_\_\_\_\_

**ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ**

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или квалификационный номер	Подпись врача

Печать медицинской организации

**ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ** с \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Итого: \_\_\_\_\_

Выдан листок нетрудоспособности (продление) № \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

**ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ**

Регистрационный № \_\_\_\_\_ ИИН нетрудоспособного гражданина \_\_\_\_\_

Основное  По совместительству

СНИПС \_\_\_\_\_

Акт формы Н-1 от \_\_\_\_\_

Условия исключения \_\_\_\_\_

Дата начала работы \_\_\_\_\_ Страховой стаж: лет \_\_\_\_ мес. в т.ч. страховой период: лет \_\_\_\_ мес.

Прилагается пособие за период: с \_\_\_\_ по \_\_\_\_

Средний заработок для исчисления пособия: р \_\_\_\_ к \_\_\_\_ Средний дневной заработок: р \_\_\_\_ к \_\_\_\_

Сумма пособия за счет средств работодателя: р \_\_\_\_ к \_\_\_\_ за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации: р \_\_\_\_ к \_\_\_\_

Фамилия и инициалы руководителя: \_\_\_\_\_

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

**ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

000000000

первичный  продление листа нетрудоспособности № \_\_\_\_\_ дубликат

001 234 567 891

Ф. И. О. \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

Пол: М  Ж

Причина нетрудоспособности: на \_\_\_\_ лет \_\_\_\_ месяцев

Основное  По совместительству

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

Дата выдачи: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

М. П. \_\_\_\_\_

Печать медицинской организации

Бюллетенное отделение  
Городской клинической больницы  
**РЕГИСТРАТУРА**  
МИНЗДРАВ СССР  
Наименование учреждения \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД. . . . .  
Код учреждения по ОКПО. . . . .

Медицинская документация  
Форма №695/у  
Утверждена Минздравом СССР  
04.10.80г. №1030

**СПРАВКА № 111**

О временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение (нужное подчеркнуть)

дата выдачи « 1 » сентября 2008г.

студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольное учреждение (нужное подчеркнуть)

название учебного заведения, дошкольного учреждения МНПЧ

Фамилия, имя, отчество Иванов Иван Иванович

Дата рождения (год, месяц, для детей до 1-го года – день) 2.06.1990г.

Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия) ОРВИ

Наличие контакта с инфекционными больными (ист., да, какими) нет

подчеркнуть, вписать \_\_\_\_\_

освобожден от занятий, посещений детского дошкольного учреждения

по 2.09.08

Подпись врача: О.Р.

К занятиям приступать с 02.09.08

Заполняет врач для освобождения пациента от работы и учебы в связи с болезнью. Справку выдают учащимся, а больничный лист — работающим.





## НАПРАВЛЕНИЯ В ПРОЦЕДУРНЫЙ КАБИНЕТ

- Заполняет медсестра для извещения процедурной медсестры о том, какой препарат необходимо ввести пациенту, способ введения, дозировку и др.
- NB! Если пациенту необходимо сделать инъекцию срочно, то на направлении пишут:
  - ***Cito!*** — Срочно!
  - или
  - ***Citissimo!*** — когда промедление опасно для жизни больного и требуется ***немедленное*** вмешательство,.



# НАПРАВЛЕНИЯ НА АНАЛИЗЫ

- Заполняет медсестра для извещения лаборатории о том, какой биологический материал направлен, и какова цель исследования, и куда направить результат.

Министерство здравоохранения СССР  
 наименование учреждения \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
 Форма N 200/у  
 Утверждена Минздравом СССР  
 04.10.80 г. N 1030

НАПРАВЛЕНИЕ НА АНАЛИЗ N 168  
 " 7 " апреля 2010 г.  
 дата взятия биоматериала

В лабораторию \_\_\_\_\_  
 Фамилия, И., О. Клименко  
Бенедиктова Мария Владимировна  
 Возраст 1956  
 Учреждение пол-ка N 6 отделение \_\_\_\_\_  
 Палата \_\_\_\_\_ участок 2 медицинская карта N \_\_\_\_\_  
 Диагноз, группа диспансерного учета хрон. артрит  
 Исследовать (указать консервант) мазок  
 (нужное вписать)

Подпись врача Сорок



## **«ОФОРМЛЕНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ В ЛАБОРАТОРИЮ. НА КОНСУЛЬТАЦИЮ, НА ПРОЦЕДУРЫ»**

### ***Последовательность действий***

1. Уточнить из амбулаторной карты пациента (медицинской карты стационарного больного, листа назначения больного) назначенные пациенту обследования.
2. Оформить направление, указав:
  - Ф. И. О., возраст пациента;
  - цель обследования;
  - наименование направляющего лечебного учреждения;
  - отделение, номер палаты (адрес больного и № участка, если обследование проводится в поликлинике);
  - фамилию врача, назначившего процедуру;
  - диагноз;
  - дату назначения.
3. При необходимости указать время забора и количество материала.
4. Поставить свою подпись.



# **ДНЕВНИК УЧЕТА РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

Позволяет учитывать объем работы и вести учет рабочего времени медсестры. Заполняет медсестра. Хранится в кабинете статистики.





# ДОКУМЕНТАЦИЯ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА

## **ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРИЕМА БОЛЬНЫХ И ОТКАЗОВ В ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

- ❖ Служит для регистрации больных, поступающих в стационар;
- ❖ Ведет медицинская сестра приемного отделения.
- ❖ **NB!** Если больному отказано в госпитализации, следует указать причину отказа и принятые меры (оказана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар).

### **Причинами отказа могут быть:**

- отказ пациента от госпитализации;
- диагностическая ошибка направившего учреждения;
- отсутствие показаний для госпитализации после оказания квалифицированной помощи.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

\_\_\_\_\_  
Наименование лечебного учреждения

Медицинская документация  
Форма N 001/у

УТВЕРЖДЕНА Минздравом СССР  
04.10.80 г. N 1030

# Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации

Начат "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Окончен "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.





# МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

- Заводят на каждого больного, поступившего в стационар.
- Предназначена для регистрации лечебно-диагностического процесса, который проходит пациент.
- Медицинская сестра заполняет только паспортную часть истории болезни.

ГУЗ "САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР"  
Код пациента: 223326  
Форма 003 Версия 1.01  
АИС Стационар Отдел Инф. Систем  
ООО "Парус" 32 81 81

## История болезни № 8635/2

**Пациент:** **ГАТАУЛЛИНА ТАНЗИЛЯ АХМЕТЗАКиеВНА**

Пол  женский    Возраст     Дата рождения     Группа крови     Резус

Документ     № документа     № серии     Серия

Адрес     Место работы, учебы     Телефон

Место работы, учебы     Место работы, учебы родителей (для детей)

ЛПУ прикрепления     Страховая компания     полис №     серия     Страховая категория     Соц. статус     Соц. категория

**Прием**    Дата     время     срок доставки     экстренная доставка     Вид транспортировки

Направившее ЛПУ     Диагноз направившего учреждения     Направивший врач

Врач приемного отделения     Диагноз при поступлении

**Отделение**        ОНКОХИРУРГИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 4    Перевод в другое отделение

Профиль койки     ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Профиль отделения     ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ

Лечащий врач

Вид лечения     ОПЕРАТИВНОЕ ТРАДИЦИОННОЕ    Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания

Тип	Код	Наименование диагноза
<b>Клинические диагнозы</b>		
<b>Диагнозы при выписке</b>		
основной		

Тип диагноза    3 - диагноз сопутствующего заболевания, 4 - непосредственная причина смерти, 5 - заболевание, вызвавшее смерть, 6 - патологоанатомический диагноз, 7 - осложнение

**Хирургические операции**

Дата, час	Код операции	Название операции	Врач, проводивший операцию	Метод обезболивания	Осложнения

1    Результат обследования на RW     1    Результат обследования на ВИЧ  
1 - отрицательный, 2 - положительный, 3 - не брали    1 - отрицательный, 2 - положительный, 3 - не брали

**Выписка**    Дата     Время     Койко-дни

Исход заболевания     1 - выписан без нарушения режима, 2 - умер, 3 - переведен  
4 - выписан с нарушением режима, 5 - лечение продолжается

Результат лечения     1 - выздоровление, 2 - улучшение, 3 - без перемен, 4 - ухудшение.

КСГ     Коэф. изменения тарифа

**Листок временной нетрудоспособности**

выдан     закрыт     дней

Вид временной нетрудоспособности     1 - заболевание, 2 - несчастный случай, 3 - карантин  
4 - уход за больным, 5 - сан.-кур. лечение  
6 - отпуск по беременности и родам

Пол ухаживающего     Возраст ухаживающего   
1 - муж, 2 - жен

С режимом мать ознакомлена \_\_\_\_\_

# СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА

- Карта является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписан, умер).
- Составляется на основании медицинской карты стационарного больного.
- Паспортную часть карты заполняет медицинская сестра приемного отделения, другие графы — врач.

ГУЗ "САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР" Статистическая карта выбывшего из стационара  
Форма 066/у-2000 Версия 2.01 Уз г. Самара

Номер документа **41172**

Ключ в АИС Поликлиника **160826**

### I. Сведения о пациенте

Фамилия **КОЛИКОВА** Имя **АЛЛА** Отчество **АЛЕКСАНДРОВНА**

Дата рождения **19.02.1938** Возраст **69** Пол **женский**

Документ **паспорт** № документа **817777** № серии **36** серия **04**

Страховая компания **18 ЗАО СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ** полис № **3770686** серия **СР**

Страховая категория **застрахованный неработающий** Соц. статус **пенсия**

ЛПУ прикрепления **5618 ВЗРОСЛОЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 2 ММУ "ГП № 9" Г.САМАРЫ**

Категория льготности **инвалид 2 группы**

Адрес регистрации по месту жительства

Населенный пункт (городской район) **401385000 ОКТЯБРЬСКИЙ**

улица **726 ПОДШИПНИКОВАЯ УЛ** дом **24** корпус  кв. **69**

Место работы, учебы

Комментарий

**не работает**

Дата направления **22.06.2007** Номер направления

Направившее ЛПУ **5618 ВЗРОСЛОЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 2 ММУ "ГП № 9" Г.САМАРЫ**

Направивший врач **КОСТЮКОВА**

Диагноз направив. учреждения **С56 ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ ЯИЧНИКА**

### II. Сведения о приеме пациента

Отделение **701 СДП № 1 НА БАЗЕ ХТО № 1** срок доставки **позже 24 часов** экстренная доставка **нет**

Профиль койки **36 ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ** дата поступления **22.06.2007** время **10:00:00**

Профиль отделения **36 ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ** Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания **впервые**

Диагноз при поступлении

Врач

Тип оплаты **ОМС**

Состояние  Вид травмы

### III. Внутрибольничные перемещения

№	Отделение		Дата		Код	Диагноз Наименование
	Профиль отделения	Профиль койки	Поступления	Перевода		

## СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА

*Медсестра приемного отделения  
заполняет следующие графы:*

- Наименование лечебного учреждения.
- Паспортные данные пациента: Ф. И. О., пол, дата рождения (год, месяц, число), адрес постоянного места жительства.
- жителем города или села является пациент;
- кем направлен в лечебное учреждение;
- в какое отделение;
- профиль коек;
- доставлен в стационар по экстренным показаниям или нет;
- через сколько часов после заболевания (получения травмы) поступил в стационар; дата поступления в стационар (год, месяц, число, час, минуты).

ГУЗ "САМАРСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР" Статистическая карта выбывшего из стационара  
Форма 066/у-2000 Версия 2.01 Уз г. Самара

Номер документа **411712** Ключ в АИС Поликлиника **160826**

**I. Сведения о пациенте**

Фамилия **КОЛИКОВА** Имя **АЛЛА** Отчество **АЛЕКСАНДРОВНА**

Дата рождения **19.02.1938** Возраст **69** Пол **женский**

Документ **паспорт** № документа **817777** № серии **36** серия **04**

Страховая компания **18 ЗАО СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ** полис № **3770686** серия **СР**

Страховая категория **застрахованный неработающий** Соц статус **пенсионер**

лпу прикрепления **5618 ВЗРОСЛОЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 2 ММУ "ГП № 9" Г.САМАРЫ**

Категория льготы **инвалид 2 группы**

Адрес регистрации по месту жительства

Населенный пункт (городской район) **401385000 ОКТЯБРЬСКИЙ**

улица **726 ПОДШИПНИКОВАЯ УЛ** дом **24** корпус  кв. **69**

Место работы, учебы

Комментарий **не работает**

Дата направления **22.06.2007** Номер направления

Направившее ЛПУ **5618 ВЗРОСЛОЕ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ № 2 ММУ "ГП № 9" Г.САМАРЫ**

Направивший врач **КОСТЮКОВА**

Диагноз направив. учреждения **С56 злокачественное новообразование яичника**

**II. Сведения о приеме пациента**

Отделение **701 СДП № 1 НА БАЗЕ ХТО № 1** срок доставки **позже 24 часов** экстренная доставка **нет**

Профиль койки **36 ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ** дата поступления **22.06.2007** время **10:00:00**

Профиль отделения **36 ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ** Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания **впервые**

Диагноз при поступлении

Врач

Тип оплаты **ОМС**

Состояние Вид травмы

**III. Внутрибольничные перемещения**

№	Отделение		Дата		Код	Диагноз Наименование
	Профиль отделения	Профиль койки	Поступления	Перевода		

## ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ...

- Заполняет медсестра или врач при выявлении педикулеза или инфекционного заболевания, пищевого отравления.
- Посылают в СЭС по месту выявления больного не позднее 12 ч с момента установления диагноза с целью проведения санитарно-эпидемиологических мероприятий в очаге.
- Необходимо также информировать СЭС по телефону и зафиксировать это в извещении.



# ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ...

РФ  
Министерство здравоохранения

Учетная форма № 58/у  
Утверждена Министерством  
здравоохранения СССР  
04.10.1980г. №1030

## Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении

1. Диагноз \_\_\_\_\_
2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
3. М/Ж (подчеркнуть). 4. Возраст \_\_\_\_\_ 5. Адрес: населенный пункт \_\_\_\_\_  
ул. \_\_\_\_\_ дом № \_\_\_\_\_ кв. № \_\_\_\_\_
6. Наименование и адрес места работы, учёбы (для детей детского учреждения) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Дата заболевания \_\_\_\_\_
8. Дата первичного обращения (по поводу данного заболевания) \_\_\_\_\_
9. Место и дата госпитализации (или ном. наряда) \_\_\_\_\_
10. Если отравление – указать, где произошло отравление, чем отравлен \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Проведение первичных противоэпидемических мероприятий и дополнительные сведения \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Наименование лечебного учреждения

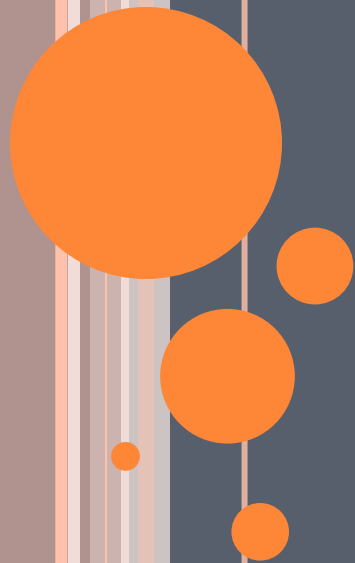
# ЖУРНАЛ

## ОСМОТРА НА ПЕДИКУЛЕЗ

Начат "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Окончен "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



# ДОКУМЕНТАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО ОТДЕЛЕНИЯ - ПОСТА





# ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ПОСТУПАЮЩИХ В ЛЕЧЕБНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

- Ведет постовая медсестра; заполняет при поступлении больного в лечебное отделение.

## «Стационарный журнал»

«Стационарный журнал» ведется палатной сестрой на посту, в нем фиксируются данные о вновь поступивших пациентах.

Примерный образец.

№ п/п	ФИО пациента	Паспортные данные	Возраст	Место работы	Код	№ истории болезни	Дата поступления
-------	--------------	-------------------	---------	--------------	-----	-------------------	------------------







# ПОРЦИОННОЕ ТРЕБОВАНИЕ

- Составляет старшая медсестра отделения на основании порционника поста, составленного постовой медсестрой.
- Требование подают на пищеблок.
- Порционник заверяет заведующий отделением.

ЛЕЧЕБНОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ № 16

## ПОРЦИОННОЕ ТРЕБОВАНИЕ

Отделение	<u>терапия</u>	на	<u>12.01.2009</u>
			дата
1 стол	<u>2</u>	Состояло	<u>32</u>
5 стол	<u>1</u>	Поступило	<u>1</u>
5-а стол	<u>-</u>	Выбыло	<u>3</u>
7 стол	<u>-</u>	ИТОГО	<u>30</u>
10 стол	<u>1</u>		
15 стол	<u>24</u>		
9 стол	<u>2</u>		
1-а стол	<u>-</u>		
ИТОГО	<u>30</u>		

Ст. медсестра \_\_\_\_\_ Зав. отд. \_\_\_\_\_

Дата "12" января 2009 г.







# ЖУРНАЛ ПРИЕМА И СДАЧИ ДЕЖУРСТВ

- Заполняет медсестра, сдающая дежурство, и сестра, принимающая его.
- Форма произвольная, с указанием движения больных за сутки, готовящихся на операцию, на обследования и др.
- Отмечают наличие тяжелобольных, нарушения режима в отделении и др.

## «Журнал передачи дежурств»

«Журнал передачи дежурств» имеет произвольную форму, с указанием движения больных в отделении за сутки, температурающих больных, подготовленных к операциям, обследованию и т.д.

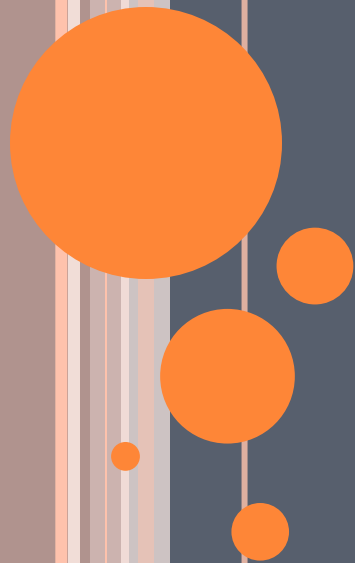
Примерный образец.

Дата	Поступило больных	Выписалось больных	Всего в отделении	Температуриящие больные	Подготовлены к исследованиям, операциям	Подпись дежурной медсестры
------	----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------	---	----------------------------------





**ДОКУМЕНТАЦИЯ ЛЕЧЕБНОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ – ПРОЦЕДУРНОГО  
КАБИНЕТА**



## **ЖУРНАЛ УЧЕТА НАРКОТИЧЕСКИХ И СИЛЬНОДЕЙСТВУЮЩИХ СРЕДСТВ**

- Журнал обязательно прошивают, пронумеровывают и заверяют печатью стационара и подписью главного врача.
- Учитывают каждую таблетку или инъекцию наркотика с обязательным указанием остатка.



# ЖУРНАЛ УЧЕТА ПЕРЕЛИВАНИЙ КРОВИ И КРОВЕЗАМЕНИТЕЛЕЙ



Процедурная медсестра ведёт журнал (форма № 009/у), в котором регистрируют переливание крови, свежезамороженной, сухой или иммунной плазмы, эритроцитарной массы, размороженных и отмытых эритроцитов, лейкоцитарной массы и т.д. – это всё трансфузионные среды.

## Образец формы заполнения журнала

№ п/п	Дата переливания	Переливание повторное или первичное	ФИО пациента	Возраст детей до 1-го года	№ истории болезни	Группа крови и резус-фактор пациента	Показания к переливанию
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Трансфузионная среда</b>						Доза перелитой трансфузионной среды	Всего перелито трансфузионной среды
группа крови и резус-принадлежность	компоненты и препараты крови	гемодинамические препараты	дезинтоксикационные	препараты для парентерального белкового питания			
9	10	11	12	13	14	15	
<b>Паспорт флакона</b>		Способ переливания	Трансфузионные реакции	Осложнения после переливания	Подпись врача (разборчиво)		
№ этикетки	Дата заготовки						
16	17	18	19	20	21		





