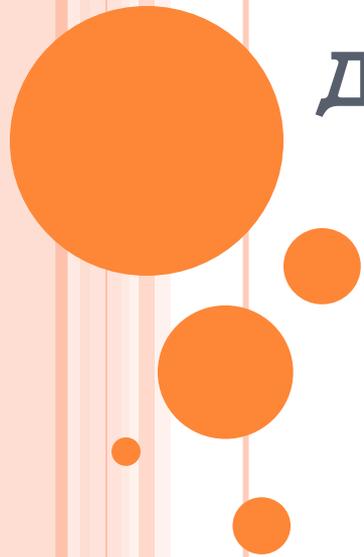




МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ



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:

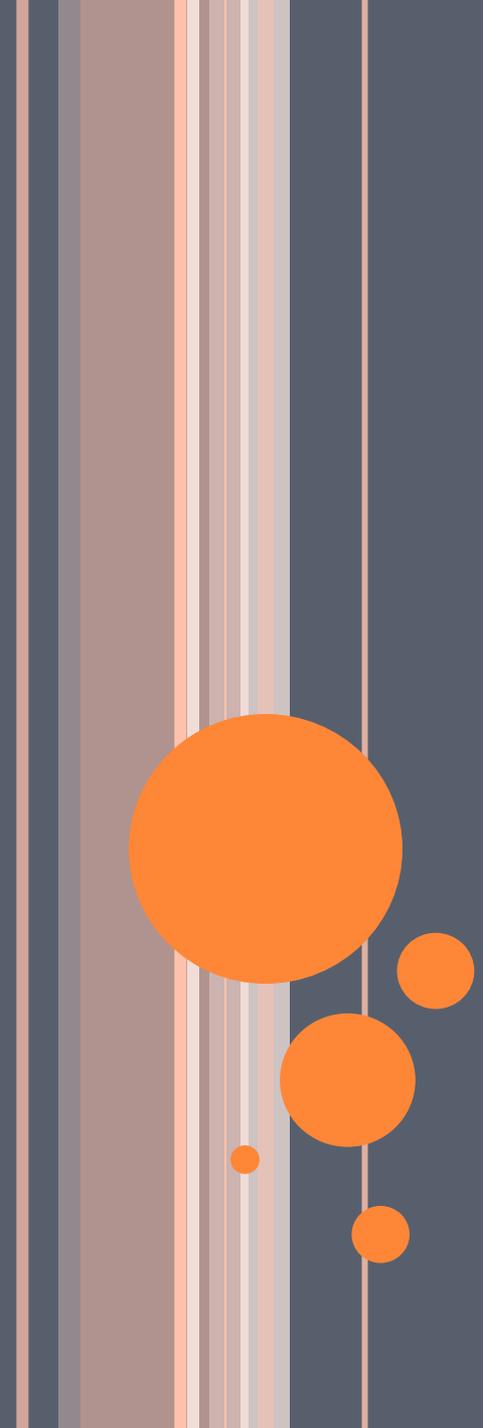
по месту применения

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 оруе 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.

Талон на прием к врачу		8 4 5 4
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 _____

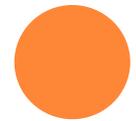
Л
и
н
и
я

о
т
р
ы
в
а

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 _____
(наименование медицинской организации)
(адрес: медицинская организация) _____

Дата выдачи: ____ . ____ . ____

Ф. И. О. _____

Печать медицинской организации _____

Пол: М Ж

Причина нетрудоспособности: на ____ лет ____ месяцев ____ дней

Основное По совместительству № _____

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

Место работы (наименование организации) _____

Дата 1: ____ . ____ . ____ Дата 2: ____ . ____ . ____

М. группа: _____

ОГРН (зарегистрированные в Едином государственном реестре юридических лиц) _____

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

Отметки о нарушении режима: Дата: ____ . ____ . ____ Подпись врача: _____

Находился в стационаре: с ____ по ____

Дата направления в биро МСЭ: _____

Дата регистрации документов в биро МСЭ: _____

Установлена/изменена группа инвалидности: _____

Осуществлялся в биро МСЭ: _____

Подпись руководителя биро 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 № _____ Основное По совместительству

ИФН нетрудоспособного работника _____ Код подчинённости _____

Условия исключения _____

Дата начала работы _____ Страховой стаж: лет ____ мес. в т.ч. нерабочие периоды: лет ____ мес.

Прилагается пособие за период: с ____ по ____

Средний заработок для исчисления пособия: р ____ к ____ Средний дневной заработок: р ____ к ____

Сумма пособия за счёт средств работодателя: р ____ к ____ за счёт 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 ____ дней

Основное По совместительству № _____

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

Место работы (наименование организации) _____

Дата выдачи: ____ . ____ . ____

М. группа: _____

ОГРН (зарегистрированные в Едином государственном реестре юридических лиц) _____

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 _____

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 3.09.08 по _____

Подпись врача: О.Руд.

К занятиям приступать с 03.09.08

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

НАПРАВЛЕНИЯ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ

ЛИЦЕВАЯ СТОРОНА

Заполняется врачом, направляющий
больного

ОБРАТНАЯ СТОРОНА

Заполняется врачом-консультантом

18

148 подпр. центр
654-99-46

Министерство здравоохранения
и медицинской академии
ДЕТСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА
№ 146 ЮВАО

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма №028/у
Утв. Минздравом СССР 04.10.80.
№ 1030

НАПРАВЛЕНИЕ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ
И ВО ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ КАБИНЕТЫ

Фамилия Морозова Евгения 99.
Имя _____ Отчество _____
Диагноз (отказ от р. маммы)
направлен в птд
куда _____
для конс. отоларинга
« 4 » 12 2007 г. Подпись _____



Заключение _____

_____ " _____ " _____ 20 _____ г.

Подпись _____



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) макрогу
(нужное вписать)

Подпись врача Сорок



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

Последовательность действий

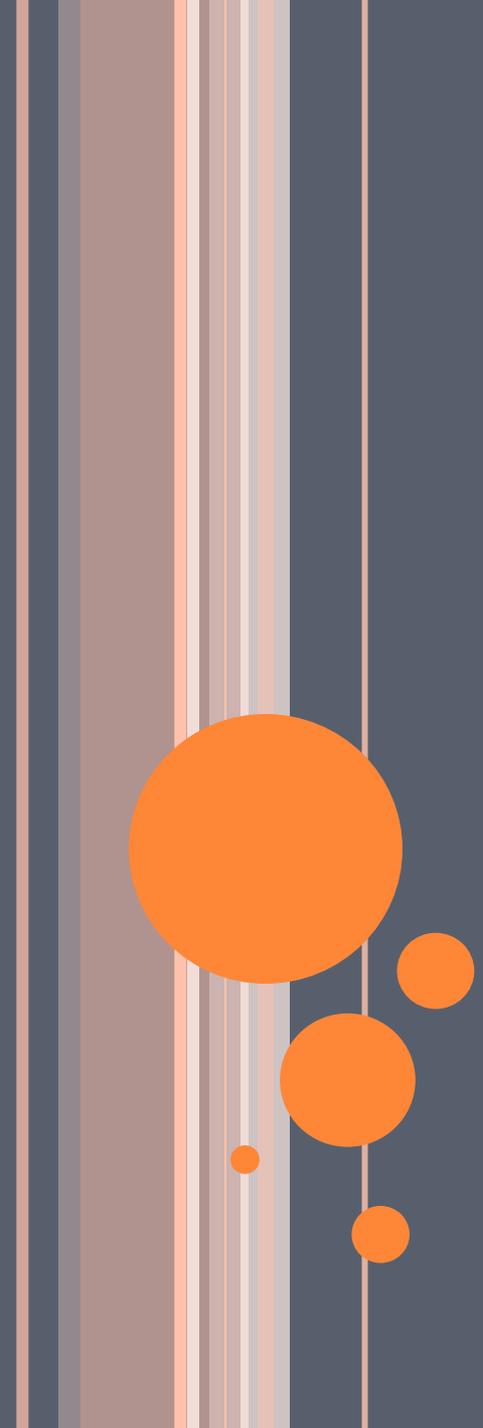
1. Уточнить из амбулаторной карты пациента (медицинской карты стационарного больного, листа назначения больного) назначенные пациенту обследования.
2. Оформить направление, указав:
 - Ф. И. О., возраст пациента;
 - цель обследования;
 - наименование направляющего лечебного учреждения;
 - отделение, номер 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 Место работы, учебы родителей (для детей)

Место работы, учебы Телефон

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 Перевод в другое отделение

Профиль койки

Профиль отделения

Лечащий врач

Вид лечения Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания

Диагнозы

Тип	Код	Наименование диагноза
Клинические диагнозы		
Диагнозы при выписке		
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 - выписался без нарушения режима, 2 - умер, 3 - переведен, 4 - выписался 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 1 - муж, 2 - жен Возраст ухаживающего

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 **пенсионер**

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

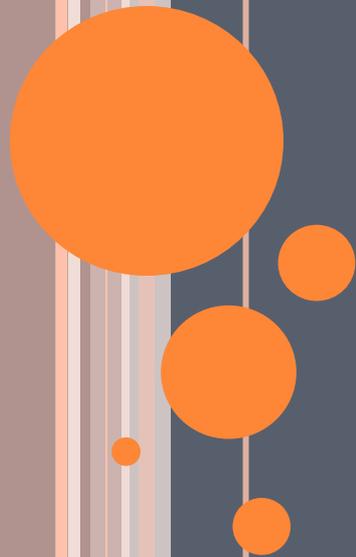
ЖУРНАЛ

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»

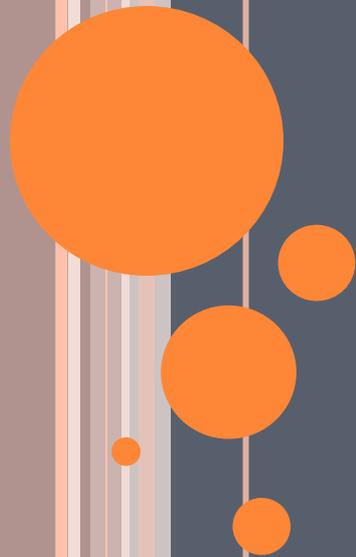
«Журнал передачи дежурств» имеет произвольную форму, с указанием движения больных в отделении за сутки, температурающих больных, подготовленных к операциям, обследованию и т.д.

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, эритроцитной 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

Трансфузионная среда					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

Паспорт флакона		Способ переливания	Трансфузионные реакции	Осложнения после переливания	Подпись врача (разборчиво)
№ этикетки	Дата заготовки				
16	17	18	19	20	21

