

**Оформлення та
ведення медичної
документації в
амбулаторній
хірургії**

Медична карта амбулаторного хворого (форма N 025/о)

2. Форма № 025/о є основним первинним медичним документом хворого, який лікується амбулаторно або вдома, і заповнюється на усіх хворих при зверненні у заклад охорони здоров'я, який надає амбулаторно- поліклінічну допомогу.

3. Форма № 025/о заповнюється в усіх амбулаторно-поліклінічних закладах, які ведуть амбулаторний прийом.

На кожного хворого в поліклініці ведеться одна форма № 025/о незалежно від того, лікується він в одного чи декількох лікарів.

4. У спеціалізованих закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, заповнюються інші форми:

4.1. У протитуберкульозних закладах охорони здоров'я - форма облікової статистичної документації № 081/о "Медична карта хворого на туберкульоз", затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302.

4.2. У шкірно-венерологічних закладах охорони здоров'я: - форма облікової статистичної документації № 065/о "Медична карта хворого венеричним захворюванням", на хворих на шкірні грибкові захворювання - форма облікової статистичної документації № 065-1/о "Медична карта хворого грибковим захворюванням", затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302.

4.3. У жіночих консультаціях - на гінекологічних хворих і жінок - форма облікової статистичної документації № 111/о "Індивідуальна карта вагітної і породіллі", затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27 грудня 1999 року № 302.

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

<p>Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я</p> <p>Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма</p> <p>Код за ЄДРПОУ</p>		<p align="center">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p align="center">Форма первинної облікової документації № 025/о</p> <p align="center">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p align="center">Наказ МОЗ України №</p>	
<p align="center">МЕДИЧНА КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ХВОРОГО №</p>			
Код хворого	Дата заповнення карти		
1. Прізвище, ім'я, по батькові	2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2	3. Дата народження	4. Телефон: дом. робочий
5. Місце проживання хворого	6. Місце роботи, посада		
7. Диспансерна група (так – 1, ні – 2)			
8. Контингент: інваліди війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; інваліди – 4; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 5; евакуйовані – 6; особи, які проживають на території зони радіоекологічного контролю, – 7; діти, які народились від батьків, які віднесені до 1, 2, 3 категорій осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також відселені із зон безумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові категорії – 9			
9. Номер пільгового посвідчення			
10. Взятий(а) на облік	11. Знятий(а) з обліку		
(число, місяць, рік)	(число, місяць, рік)		
(число, місяць, рік)	(число, місяць, рік)		

I. СИГНАЛЬНІ ПОЗНАЧКИ

Група крові _____ Резус-фактор _____

Переливання крові (коли, скільки) _____

Цукровий діабет _____

Інфекційні захворювання _____

Хірургічні втручання _____

Алергологічний анамнез _____

Непереносимість лікарських препаратів
(негативні побічні дії лікарських засобів) _____
(вказати, яких)

Фактори ризику

Лікуючий лікар _____
(прізвище, підпис)

Розділ “Сигнальні позначки” цієї форми заповнюється лікарем відповідної спеціальності за наявності або при виявленні ознак, які перелічені в цьому розділі. Внесені дані засвідчуються підписом лікаря і печаткою. У рядку “Непереносимість лікарських препаратів” необхідно зазначати назви таких препаратів (за наявності), а також захворювання та стани, обумовлені побічною реакцією (дією) лікарського препарату, із зазначенням назви препарату та дати його призначення.

9. Зазначені негативні реакції на лікарські засоби необхідно вказувати як основні, супутні або як ускладнення основного захворювання у формі № 025-2/о, затвердженій цим наказом, або у формі № 025-6/о “Талон амбулаторного пацієнта”, затвердженій наказом Міністерства охорони здоров’я України від 27 грудня 1999 року № 302

Розділ II “Листок запису заключних (уточнених) діагнозів” заповнюється лікарями всіх спеціальностей на кожне захворювання, з приводу якого хворий звернувся до даного закладу у звітному році. Захворювання, яке виявлено у хворого вперше в житті, вважається вперше виявленим і відмічається у графі 3 зі знаком “+” (плюс); якщо захворювання виявлено при профілактичному огляді, то знак “+” проставляється у графу 4. Всі гострі захворювання: грип, гострі респіраторні вірусні інфекції, ангіна, пневмонії, травми тощо кожного разу реєструються із знаком “+” (плюс), тобто враховуються як вперше виявлені. Вперше в житті виявлені хронічні захворювання також реєструються із знаком “+” (плюс). Хронічні захворювання, з якими хворий звертався в попередні роки, та звернувся у звітному році, вказуються у графі 2 на “Листку запису заключних (уточнених) діагнозів” один раз протягом року при першому зверненні з проставлянням знака “ - ” (мінус).

У випадку, коли лікар не може встановити основний діагноз при першому зверненні хворого, у розділі VIII форми № 025/о “Щоденник” зазначається передбачуваний діагноз, а в розділі II “Листок запису заключних (уточнених) діагнозів” вноситься діагноз після його уточнення з датою першого звернення з приводу даного захворювання.

Коли встановлений і записаний на листок діагноз замінюється на інший, тоді попередній діагноз закреслюється і вноситься новий діагноз без зміни дати першого звернення.

Якщо у хворого одночасно або послідовно виявлено декілька захворювань, які етіологічно не пов'язані між собою, то всі захворювання вказуються у “Листку запису заключних (уточнених) діагнозів”.

IV. ЛИСТОК ПРОФІЛАКТИЧНОГО ОГЛЯДУ

Найменування обстеження	Кабінет №	Рік і дата проведення				
1	2	3				
Рентгенологічне обстеження органів грудної клітки						
Огляд гінеколога та пальпація молочних залоз						
Цитологічне дослідження						
Мамографія						
Огляд хірурга (уролога): пальцеве обстеження прямої кишки						



VI. ІНФОРМАЦІЯ ПРО ГОСПІТАЛІЗАЦІЮ

Дата (число, місяць, рік)	Найменування закладу охорони здоров'я, відділення	ЗАКЛЮЧНИЙ ДІАГНОЗ

VII. ВІДОМОСТІ ЩОДО СТРАХУВАННЯ



Розділ IV “Листок профілактичного огляду”, який розрахований на 5 років і призначений для реєстрації даних щодо профілактичних оглядів особи, заповнюється відповідними спеціалістами після проходження хворим (пацієнтом) всіх необхідних обстежень: рентгенологічне обстеження органів грудної клітки, огляд гінеколога та пальпація молочних залоз, цитологічне дослідження, мамографія, огляд хірурга, уролога з метою виявлення хворих на туберкульоз, онкологічну патологію.

13. Розділ V “Строки тимчасової непрацездатності” заповнюється на кожний випадок тимчасової непрацездатності хворого, де вказуються номер листка непрацездатності, дата його видачі, заключний (уточнений) діагноз за згодою хворого і проставляється підпис лікаря.

14. У розділі VI “Інформація про госпіталізацію” вказуються дані щодо госпіталізації хворого протягом року із зазначенням: дати госпіталізації, найменування лікувального закладу, відділення, куди був госпіталізований хворий, заключного діагнозу.

15. У розділі VII “Відомості щодо страхування” вказуються дані щодо страхування хворого: наявність страхового поліса, його номер, найменування компанії-страхувальника тощо.

У розділі VIII “Щоденник” фіксується кожне звернення пацієнта за амбулаторно - поліклінічною допомогою (захворювання, проведення профілактичних оглядів, консультації спеціалістів, закриття листка непрацездатності тощо). Кожний запис датується, проставляється підпис лікаря, до якого пацієнт звернувся. У разі звернення пацієнта з приводу захворювання лікуючий лікар у “Щоденнику” зазначає дані щодо скарг хворого, вказує його об’єктивні дані, перебіг хвороби, вписує діагноз, призначення, проставляє дату запису та засвідчує підписом.

17. У вкладному листку № 1 “Дані профілактичного огляду за 20__ рік пацієнта” (продовженні форми № 025/о) вказуються дані при проведенні щорічних профілактичних оглядів та перед працевлаштуванням, і останній клеюється у форму № 025/о перед розділом “Щоденник”. У даному листку передбачені дані обстежень окремими спеціалістами (окуліст, лор-лікар, стоматолог, гінеколог, хірург, невропатолог, уролог, терапевт, лікар загальної практики-сімейний лікар та інші спеціалісти), зазначаються дата проведення профілактичного огляду, його результат, проставляється підпис кожного із спеціалістів. Нижче рядка “Обстеження інших спеціалістів” після проходження профілактичного огляду, якщо у пацієнта не виявлено патології або перебіг хвороби має стійку ремісію, робиться запис “Визнаний здоровим або практично здоровим”.

У цьому листку, виходячи з валіологічного анамнезу пацієнта, робиться примітка “Віднесений до групи ризику у зв’язку з ____”.



Щорічний епікриз на диспансерного хворого

Дата

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

(число, місяць, рік)

Спостерігається з приводу (вказати захворювання) _____

Діагноз основний _____

Супутні _____

Кількість загострень протягом року _____

Проведене лікування _____

Група інвалідності (рік, дата) _____

Санаторно-курортне лікування _____



План спостереження на наступний рік

Огляд спеціалістами (вписати необхідних, рік та місяць огляду):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Лабораторні, функціональні та інші дослідження (вписати) _____

Медикаментозне лікування (вказати препарати, які рекомендує лікар) _____

Реабілітація (медична, професійна) _____

Підпис лікаря _____

У випадку переведення хворого на групу інвалідності - зазначається рік, дата встановлення та група інвалідності. Крім того, в "Щорічному епікризі" вписується план спостереження хворого на наступний рік: огляд необхідними спеціалістами; лабораторні, функціональні та інші дослідження; медикаментозне лікування; реабілітація тощо.

Щорічний епікриз підписує лікар, в якого хворий перебуває під диспансерним наглядом, і зберігається разом з ф. 030/о в кабінеті лікаря протягом 2-х років.

У випадку госпіталізації хворого в стаціонар, що об'єднаний з поліклінікою, медична карта амбулаторного хворого передається в стаціонар і зберігається в медичній карті стаціонарного хворого. Після виписки хворого із стаціонару або його смерті медична карта амбулаторного хворого з епікризом лікуючого лікаря стаціонару повертається в поліклініку.

У випадку смерті хворого, одночасно з видачею лікарського свідоцтва про смерть в карті проводиться запис про дату і причину смерті.

Медичні карти на померлих виймаються із картотеки і передаються в архів лікувального закладу.

Медична карта амбулаторного хворого повинна обов'язково зберігатися в реєстратурі амбулаторно-поліклінічного закладу.

Якщо медична карта амбулаторного хворого стає об'ємною, не дотримується хронологія записів, необхідно завести нову ф. 025/о, в якій на листок заключних (уточнених) діагнозів внести всі діагнози хворого з (+) плюсом та (-) мінусом, а використану амбулаторну карту слід здати в архів.

Термін зберігання - 5 років.

Код форми за ЗКУД
Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 025-1/0 Затверджена наказом МОЗ України 27.12.99 р. № 3 0 2
Владний листок на підлітка до медичної карти амбулаторного хворого		
Дата заповнення карти " ____ " _____ р.		№ або код _____
Юнак / дівчина (підкреслити)	Дата народження: _____ (число, місяць, рік)	
Прізвище, ім'я по батькові _____		
Адреса підлітка _____		
Найменування підприємства (навчального закладу) _____		
Дата, коли поступив на підприємство, навчальний заклад _____ (число, місяць, рік)		
Спеціальність _____		
Перенесені захворювання _____		
Хвороби батьків (туберкульоз, алкоголізм, психічні захворювання, наркоманія) _____		
Проживає в сім'ї, гуртожитку (підкреслити). Харчування _____		
Тривалість робочого дня _____ зміни _____		
Заняття фізкультурою і спортом – систематичні, випадкові (підкреслити) _____		

Вкладний листок на підлітка до медичної карти амбулаторного хворого (форма N 025-1/о)

"Вкладний листок на підлітка до медичної карти амбулаторного хворого" - (ф. N 025-1/о) заповнюється при періодичних оглядах підлітків у віці 15 - 17 років включно, які проводяться лікувально-профілактичними закладами, що обслуговують підлітків: студентів різних рівнів акредитації, учнів системи профтехосвіти, загальноосвітніх закладів.

Вкладний листок складається із паспортної частини, що включає відомості про підлітка: прізвище, ім'я по батькові, адресу, місце роботи (навчання), спеціальність, перенесені захворювання, хвороби батьків.

У розділі "Дані медичних обстежень" передбачено місце для запису трьох обстежень. При обстеженні повинні бути зазначені: стан шкіри, кістково-м'язової системи, лімфатичних вузлів, порожнини рота, органів травлення і інших органів.

У розділі "Оздоровчі заходи" лікар записує призначені заходи, дати призначення і їх виконання.

Вкладний листок використовується при складанні звіту (за ф. [N 20](#)) "Звіт лікувально-профілактичного закладу".



Дані медичних обстежень

		1-е обстеження	2-е обстеження	3-є обстеження
Вага				
Зріст	сидячи			
	стоячи			
Окружність грудної клітини	вдих			
	видих			
	пауза			
Фізичні вади				
Суб'єктивні скарги				
Шкіра, підшкірна клітковина і слизові				
Кістково-м'язова система				



	1-е обстеження	2-е обстеження	3-є обстеження
Лімфатичні вузли			
Порожнина рота			
Органи травлення			
Органи дихання			
Органи кровообігу (артеріальний тиск)			

	1-е обстеження	2-е обстеження	3-є обстеження
Сечостатеві органи			
Ендокринна система			
Нервова система			
Психічні стан			
Органи зору			
Верхні дихальні шляхи і органи слуху			

	1-е обстеження	2-е обстеження	3-є обстеження
Дані флюорографії і рентгену			
Реакція Пірке			
Реакція Манту			
Лабораторні обстеження			
Діагноз			
Допущений до занять по фізкультурі (група)			
Призначення лікаря			
Підпис лікаря			



ОЗДОРОВЧІ ЗАХОДИ:
(направлення в санаторій, будинок відпочинку, надання дієтичного харчування,
переведення на іншу роботу і інші види оздоровчих заходів)

Найменування заходів	Дата	
	призначення	виконання
1-е обстеження		
2-е обстеження		
3-є обстеження		



Талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (форма N 025-2/о (v0218282-93)

Форма № 025-2/о заповнюється в закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу.

3. Форма № 025-2/о заповнюється лікуючим лікарем або молодшим спеціалістом з медичною освітою за вказівкою лікаря на підставі записів у листку заключних (уточнених) діагнозів “Медичної карти амбулаторного хворого”, “Історії розвитку дитини” (форма № 112/о) на всі захворювання і травми, окрім інфекційних захворювань, які враховуються за повідомленням, - форма № 058/о.

4. У пунктах 1-4 форми зазначаються паспортні дані хворого: прізвище, ім'я, по батькові, вік, для дітей до 1 року - (місяці дні), стать, місце проживання згідно з паспортними даними, у разі якщо це дитина, зазначається місце проживання її батьків або інших законних представників.

5. У пункті 5 підкреслюється дільниця: сімейного лікаря, терапевтична, педіатрична.

6. У пункті 6 зазначається заключний (уточнений) діагноз. Заключний (уточнений) діагноз кодується лікуючим лікарем або лікарем-статистиком згідно з рубриками Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я Десятого перегляду (МКХ- 10).

7. На всі гострі захворювання (грип, пневмонія, гострі респіраторні вірусні інфекції, ангіна тощо) і на вперше зареєстровані хронічні захворювання у звітному році форма № 025-2/о заповнюється тільки із знаком плюс “+”; якщо у хворого діагностовано одразу декілька захворювань лікарями різних спеціальностей, то на кожне із захворювань форма № 025-2/о заповнюється окремо.

8. На хронічні захворювання, зареєстровані у попередні роки, форма № 025-2/о заповнюється при першому зверненні хворого у даному звітному році із знаком “мінус” один раз на рік.

9. Пункт 7 заповнюється у випадку, коли у пункт 6 замість раніше зареєстрованого діагнозу в листку запису уточнених діагнозів (форми №_025/о) проставляється новий діагноз.

ЗАТВЕРДЖЕНОНаказ Міністерства охорони здоров'я України
14 лютого 2012 року № 110

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
	Форма первинної облікової документації № 025-2/о	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО	
Код за ЄДРПОУ	Наказ МОЗ України №	
ТАЛОН для реєстрації заключених (уточнених) діагнозів		
1. Прізвище, ім'я, по батькові _____		
2. Вік _____ (для дітей до 1-го року – місяців, днів)		
3. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <input type="checkbox"/>		
4. Місце проживання хворого _____		
5. Дільниця: терапевтична, сімейного лікаря, педіатрична (підкреслити) _____		
6. Діагноз: заключений (уточнений)	вперше в житті встановлений (відмітити "+")	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
7. Замість раніше зареєстрованого діагнозу _____	_____	

8. Контингент: інваліди війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; інваліди – 4; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 5; евакуйовані – 6; особи, які проживають на території зони радіоекологічного контролю, – 7; діти, які народились від батьків 1, 2, 3 категорій, які віднесені до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також відселені із зон базумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення – 8; інші пільгові категорії – 9 (підкреслити).

9. Закваторювання виявлено при зверненні за лікуванням – 1; при профілактичному огляді – 2 (підкреслити)

10. Вид травми та отруєння:

- а) пов'язані з виробництвом: у промисловості – 1; у сільському господарстві – 2; дорожньо-транспортні – 3; інші – 4;
- б) не пов'язані з виробництвом: побутові – 5; вуличні – 6; дорожньо-транспортні – 7; спортивні – 8; шкільні – 9; інші – 10

"_____" _____ 20_____ року

Лікуючий лікар _____

(прізвище, підпис)

Талон на прийом до лікаря (форма N 025-4/о)

"Талон на прийом до лікаря" - (форма 025-4/о) є оперативним документом, який дозволяє правильно формувати чергу прийому пацієнтів.

В талоні (ф. N 025-4/о) на лицьовій стороні вказується прізвище, ім'я, по батькові хворого, його адреса, N медичної карти амбулаторного хворого, N кабінету, години явки до лікаря, прізвище лікаря.

Дані відомості заповнюються в реєстратурі або самим пацієнтом, якщо в поліклініці введена система самозапису хворих до лікаря.

На зворотній стороні талона шляхом підкреслення зазначається вік хворого та причина звернення: захворювання, профогляд, щеплення, за довідкою, з інших причин.

Дану частину талона заповнює лікар або медична сестра, яка працює разом з лікарем на амбулаторному прийомі.

Правильність заповнення талона підтверджується підписом лікаря.

Талон на прийом до лікаря служить підставою для заповнення "Відомості обліку відвідувань в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, вдома" (ф. [N 039/о](#)).

Термін зберігання - 1 рік після звітного періоду.

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
N 025-4/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України

_____ N _____

ТАЛОН на прийом до лікаря

Номер медичної карти амбулаторного хворого _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого

2. Місце проживання

3. Номер
кабінету _____

4. З'явитися _____, в _____ годин, _____ хвилин.
(число, місяць, рік)

5. До лікаря (прізвище) _____

6. Діти (віком 0 - 14 років включно), діти (віком 15 - 17 років включно), дорослі (від 18 років і старші) (необхідне підкреслити).

7. Звернення з приводу: захворювання, профілактичного огляду, з інших причин,
первинне, повторне

_____ (необхідне підкреслити, інше дописати)

" ____ " _____ 20 ____ року

Лікуючий лікар _____
(прізвище, _____)

Талон амбулаторного пацієнта (форма N 025-6/о)

Ця Інструкція визначає порядок заповнення форми первинної облікової документації № 025-6/о «Талон амбулаторного пацієнта» (далі - форма № 025-6/о).

Форма № 025-6/о заповнюється у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню (міські та сільські поліклініки для дорослих і дітей, жіночі консультації), і використовується тільки при комп'ютерній обробці документації.

Найвищування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

Найвищування та місцевонадзвичайного (повноваження адреса) закладу охорони здоров'я, державної форми

Код за ЄДРПОУ

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації № 025-6/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Назва МОЗ України №

ТАЛОН
 амбулаторного пацієнта

- Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який розпочав лікування
- Номер медичної карти амбулаторного хворого
- Прізвище, ім'я, по батькові
- Стать: чоловіча - 1; жіноча - 2
- Дата народження
- Місце проживання: вул. буд. № корп. кв.
- Працює: так - 1; ні - 2
- Компоненти: інваліди війни - 1; учасники війни - 2; учасники бойових дій - 3; континенти осіб, які прорізали за підпалом до ветеранів війни - 4; інваліди - 5; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС - 6; евакуйовані - 7; особи, які проживають на території зони радіоекологічного контролю - 8; діти, які народилися від батьків, що віднесені до 1, 2, 3 категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відчуження, а також віднесені із зони безумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення - 9; інші підпункти категорій - 10
- Мета обслуговування: лікувально-діагностична - 1; консультативна - 2; диспансерний нагляд - 3; профілактичний огляд - 4; медико-соціальна - 5; інша - 6
- Випадок обслуговування: первинний - 1; повторний - 2

Місце обслуговування	Дата відвідування (число, місяць)	Усього відвідувань
Поліклініка		
Вдома		

12. Діагноз заклучений:
 основний Код за МКХ-10
 супутні

Для кожного із захворювань: гостре захворювання - 1; вперше зареєстроване хронічне - 2; раніше відоме хронічне - 3; загострення хронічного - 8

13. Травми, пов'язані з виробництвом: у промисловості - 1; у сільському господарстві - 2; дорожньо-транспортні - 3; інші - 4; не пов'язані з виробництвом: побутові - 5; вуличні - 6; дорожньо-транспортні - 7; спортивні - 8; шкільні - 9; інші - 10

- Оперативні втручання (операції), виконані на професії
- Диспансеризація: перебуває на обліку, група (I, II, III) заклад(а) на обліку, група (I, II, III)
- Заклад(а) з обліку
- Заклад з обліку з причини: поліпшення - 1; смерті - 2; вихуду - 3; зміни діагнозу - 4
- Дата наступного відвідування
- Інвалідність: установлена вперше (гр. I, II, III) у тому числі потерпілі від аварії на Чорнобильській АЕС (гр. I, II, III) підтверджена (гр. I, II, III)
- Документ про тимчасову непридатність лікарняний листок закладний закритий довічка заміна закритя
- Результат лікування: одужання - 1; поліпшення - 2; без змін - 3; госпіталізація в стаціонар - 4; смерть - 5; рекомендовано: самостійно-курортне лікування - 6; реабілітацію - 7
- Випадок обслуговування: закінчений - 1; незакінчений - 2
- Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який закінчив лікування

Лікувальний лікар
 (прізвище, підпис)
 Дата « » 20 року

Направлення на МСЕК (форма N 088/о (va369282-00)

1. "Направлення на МСЕК" - (форма [N 088/о](#) заповнюється лікуючим лікарем лікувально-профілактичного закладу за місцем проживання чи лікування хворого, підписується головою і членами лікарсько-консультаційної комісії і передається на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК).

2. На кожного хворого (інваліда), який направляється на МСЕК, заповнюється 1 бланк ["Направлення на МСЕК"](#), який зберігається у Акті огляду МСЕК протягом 50 років.

3. За результатами огляду хворого (інваліда) та прийнятого рішення, лікарем-експертом МСЕК заповнюється "Повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК", яке підписується головою МСЕК і повертається до лікувально-профілактичного закладу, який направив хворого (інваліда) на МСЕК.

4. "Повідомлення лікувально-профілактичного закладу про рішення МСЕК" зберігається в амбулаторній карті на весь термін її зберігання.

(Інструкцію щодо заповнення облікової форми N 089/о скасовано на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я [N 112/139](#) від 25.03.2002) (Інструкцію щодо заповнення форми N 089-1/о скасовано на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я [N 1](#) від 10.01.2006)

Журнал запису амбулаторних операцій (форма N 069/о)

Журнал заповнюється лікарем-хірургом, зберігається в операційній. В журналі реєструються всі хірургічні втручання, проведені в амбулаторно-поліклінічних закладах. При цьому, досить коротко описується хід операції, метод знеболювання; записується прізвище хірурга, який проводив операцію, та прізвище операційної медичної сестри.

Журнал дає можливість в оперативному порядку проводити аналіз числа і характеру оперативних втручань; застосованих методів знеболювання; вивчати навантаження окремих хірургів.

Форма N 069/о служить підставою для заповнення звітної форми [N 20](#) "Звіт лікувально-профілактичного закладу", таблиці 2800 "Хірургічна робота амбулаторно-поліклінічного закладу".

Примітка. Оперативні втручання лікарів-стоматологів в амбулаторно-поліклінічних закладах фіксуються в формі [039-2/о](#) "Щоденник обліку роботи лікаря-стоматолога (стоматологічної поліклініки, відділення, кабінету)".

