

Место подклеивания направления на госпитализацию

Информация	Подпись пациента Дата
<p>Разрешаю предоставлять информацию о факте госпитализации, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, прогнозе, результатах обследования и лечения следующим лицам (Ф.И.О., степень родства):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>С правилами внутреннего распорядка стационара для пациентов ознакомлен, обязуюсь выполнять</p> <p>Предупрежден, что за нарушение запрета курения в зданиях больницы пациент подлежит выписке (приказ МЗ РБ № 603-А от 28 .12.2000г.)</p> <p>С порядком и путями эвакуации из здания при чрезвычайных ситуациях ознакомлен</p>	

Сведения о передаче информации о пациенте

Куда передана	№№ телефонов	Дата и время передачи	Ф.И.О. принявшего информацию	Ф.И.О. и подпись передавшего информацию
МВД (РОВД, ГАИ)				
ГЦГиЭ				
Прокуратура				
БРНС				
Родители, родственники, соседи				

Вирусным гепатитом болел(а), не болел(а) (подчеркнуть)	Побочное действие лекарств (непереносимость) _____ _____ _____
Группа крови: 0(I) A(II) B(III) AB(IV) Резус фактор: Rh - Rh+. Ф.И.О. врача _____	название препарата, характер побочного действия _____ _____

Движение пациента в стационаре (включая приемное отделение):

Отделение	Дата, время поступления	Дата, время перевода	Дата, время выписки	Дата, время смерти

Медицинская карта стационарного пациента № _____

1. ФИО _____ **М / Ж**
_____ не идентифицирован
2. Личный номер _____ без паспорта
3. Возраст _____ (полных лет, для детей: до 1 года – месяцев, до 1 месяца – дней)
4. Домашний адрес _____
адрес по паспортным данным: государство, область, район, населенный пункт; номер телефона, адрес родственников

5. Адрес места проживания _____
адрес временного проживания: государство, область, район, населенный пункт; номер телефона, адрес родственников
Адрес и фамилия ближайших родственников: _____
6. Вид оплаты: за счет бюджетных средств, собственных средств, медицинского страхования (добровольного, обязательного) (нужное подчеркнуть). Страховой полис: серия _____, номер _____ Страховщик: _____
7. Место работы, профессия или должность _____
_____ для детей – название детского учреждения, школы; для учащихся – место учебы
8. Инвалид или ветеран войн; инвалид ВС; воин-интернационалист; пострадавший(ая) от катастрофы на ЧАЭС; ребенок-инвалид до 18 лет (нужное подчеркнуть), другое (указать)

- № удостоверения _____
9. Кем направлен _____
10. Доставлен в стационар (нужное подчеркнуть) по экстренным показаниям: через _____ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке

11. Диагноз направившей организации здравоохранения _____

12. Диагноз при поступлении _____

13. Диагноз клинический (_____._____.20____г.)

14. Диагноз заключительный клинический:
основной _____

Код по МКБ-10

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

осложнения основного _____

сопутствующие заболевания _____

15. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (нужное подчеркнуть), всего _____раз

16. Хирургические операции и послеоперационные осложнения

Дата, время начала и окончания операции	Название операции	ФИО оперирующего хирурга	Осложнения	Вид анестезии (общая, местная)

17. Временная нетрудоспособность (в днях): до поступления _____, в стационаре _____, после госпитализации _____ (для продолжающих болеть при открытом больничном листе)

Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

номер строки по форме 16-ВН

--	--	--

№ _____ с _____ по _____; № _____ с _____ по _____;
№ _____ с _____ по _____; № _____ с _____ по _____.

(номер, число, месяц, год)

К труду «_____» _____ 20____ г.; продолжает болеть

18. Исход заболевания:

а) выписан с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением (нужное подчеркнуть);

б) переведен в другую организацию здравоохранения _____

наименование организации здравоохранения, в которое переведен пациент

в) умер (в приемном отделении, умерла беременная до 22 недель беременности, умерла после 22 недель беременности, роженица, родильница (нужное подчеркнуть).

19. Для поступивших на экспертизу – заключение _____

20. Особые отметки _____

Лечащий врач

подпись

инициалы, фамилия

Зав. отделением

подпись

инициалы, фамилия

Консилиумы по медпрепаратам

« ____ » _____ 20__ г.

В связи с тяжестью болезни и сопутствующими заболеваниями пациенту назначено более четырех препаратов

зам. гл. врача по мед. части _____

зав. отделением _____

лечащий врач _____

<p>« ____ » _____ 20__ г. Решение консилиума С целью _____ показано назначение _____ Подписи членов консилиума _____ _____</p>	<p>« ____ » _____ 20__ г. Решение консилиума С целью _____ показано назначение _____ Подписи членов консилиума _____ _____</p>
<p>« ____ » _____ 20__ г. Решение консилиума С целью _____ показано назначение _____ Подписи членов консилиума _____ _____</p>	<p>« ____ » _____ 20__ г. Решение консилиума С целью _____ показано назначение _____ Подписи членов консилиума _____ _____</p>
<p>« ____ » _____ 20__ г. Решение консилиума С целью _____ показано назначение _____ Подписи членов консилиума _____ _____</p>	<p>« ____ » _____ 20__ г. Решение консилиума С целью _____ показано назначение _____ Подписи членов консилиума _____ _____</p>
<p>« ____ » _____ 20__ г. Решение консилиума С целью _____ показано назначение _____ Подписи членов консилиума _____ _____</p>	<p>« ____ » _____ 20__ г. Решение консилиума С целью _____ показано назначение _____ Подписи членов консилиума _____ _____</p>
<p>« ____ » _____ 20__ г. Решение консилиума С целью _____ показано назначение _____ Подписи членов консилиума _____ _____</p>	<p>« ____ » _____ 20__ г. Решение консилиума С целью _____ показано назначение _____ Подписи членов консилиума _____ _____</p>

Согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, получив от лечащего
(фамилия, имя, отчество пациента, или лица давшего согласие, степень родства)
врача _____, в доступной и
(фамилия, имя, отчество врача)

понятной мне форме информацию о состоянии моего здоровья, цели медицинского вмешательства и его возможных осложнениях при проведении данного сложного медицинского вмешательства, даю информированное добровольное согласие на

_____ (название медицинского вмешательства – записывается пациентом собственноручно или врачом по просьбе пациента)

_____ (подпись пациента или давшего согласие)

« ____ » _____ 20 г.

_____ (подпись врача)

Согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, получив от лечащего
(фамилия, имя, отчество пациента, или лица давшего согласие, степень родства)
врача _____, в доступной и
(фамилия, имя, отчество врача)

понятной мне форме информацию о состоянии моего здоровья, цели медицинского вмешательства и его возможных осложнениях при проведении данного сложного медицинского вмешательства, даю информированное добровольное согласие на

_____ (название медицинского вмешательства – записывается пациентом собственноручно или врачом по просьбе пациента)

_____ (подпись пациента или давшего согласие)

« ____ » _____ 20 г.

_____ (подпись врача)

Согласие на медицинское вмешательство

Я, _____, получив от лечащего
(фамилия, имя, отчество пациента, или лица давшего согласие, степень родства)
врача _____, в доступной и
(фамилия, имя, отчество врача)

понятной мне форме информацию о состоянии моего здоровья, цели медицинского вмешательства и его возможных осложнениях при проведении данного сложного медицинского вмешательства, даю информированное добровольное согласие на

_____ (название медицинского вмешательства – записывается пациентом собственноручно или врачом по просьбе пациента)

_____ (подпись пациента или давшего согласие)

« ____ » _____ 20 г.

_____ (подпись врача)

Осмотр врачом приемного отделения
Жалобы пациента

Дата «___» _____ 20___г Время __ : __

История заболевания _____

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: _____

Аллергологический анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть) _____

Наследственный анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть) _____

Объективный статус

Общее состояние пациента: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое (нужное подчеркнуть).

Сознание: ясное, оглушение, сопор, кома 1, кома 2, кома 3 (нужное подчеркнуть).

Положение: активное, пассивное, вынужденное (нужное подчеркнуть).

Питание: нормальное, повышенное, пониженное, кахексия (нужное подчеркнуть)

Кожные покровы: обычной окраски, желтушны, гиперемированы, бледные, акроцианоз, диффузный цианоз (нужное подчеркнуть).

Кожная сыпь: нет, да _____

Отеки, пастозность: нет, да: голени, _____ бедра, справа, слева, с обеих сторон, анасарка (нужное подчеркнуть).

Видимые слизистые: без изменений, иктеричны, гиперемированы, бледные (нужное подчеркнуть).

Лимфоузлы: не увеличены, увеличены _____ см, плотные, эластичные, безболезненные, болезненные (нужное подчеркнуть) _____

Мышечная и костно-суставная система: без отклонений от нормы, изменена (описать) _____

Температура тела _____⁰С Вес _____ кг, Рост _____ см

Органы кровообращения

Пульс _____ ударов в мин.; ритмичный, аритмичный, нитевидный дефицит пульса: нет, да _____ ударов в мин. (нужное подчеркнуть).

Артериальное давление _____ мм рт.ст.

Границы сердца не расширены; расширены _____

Тоны сердца: ясные, приглушены, глухие, ритмичные, аритмичные (нужное подчеркнуть).

Шумы: систолический, диастолический, шум трения перикарда _____

Органы дыхания

Перкуторно: звук ясный легочной, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) _____

Дыхание: везикулярное, бронхиальное, амфорическое, ослаблено, усилено, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) _____

Хрипы: сухие, влажные (мелкопузырчатые, среднепузырчатые, крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) _____

Число дыханий _____ в минуту.

Одышка носит: инспираторный, экспираторный, смешанный характер (нужное подчеркнуть)

Органы пищеварения

Язык: сухой, влажный, не обложен, обложен _____ налетом

Зев: не гиперемирован, гиперемирован _____

Печень: не увеличена, выходит из-под реберной дуги на _____ см, безболезненна, болезненна (нужное подчеркнуть)

Желчный пузырь: не определяется, выступает из под реберной дуги на _____ см, болезненный, безболезненный (нужное подчеркнуть).

Перистальтика кишечника: есть, нет (нужное подчеркнуть).

Кожный зуд: есть, нет (нужное подчеркнуть) _____

Живот мягкий, напряжен _____ доступен для глубокой пальпации во всех отделах, не доступен для глубокой пальпации в _____ отделах, безболезненный, болезненный в _____ (нужное подчеркнуть).

Перитонеальные симптомы: отсутствуют, вызываются _____

Стул: ежедневный, запоры, послабляющий (нужное подчеркнуть), цвет: обычный, необычный _____, патологические примеси: нет, есть: _____

Мочевыделение: свободное, затруднено, безболезненное, болезненное, расстройства мочеиспускания: нет, да _____

Симптом поколачивания: отрицательный, положительный, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть)

Локальный статус _____

Проведенное обследование _____

Первичный осмотр лечащим врачом / совместно с заведующим отделением

Дата: «____» _____ 20 ____ г. Время: _____ часов _____ минут

Жалобы пациента

История заболевания

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: _____

Аллергологический анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть, вписать) _____

Наследственный анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть, вписать) _____

Операции _____

Трансфузиологический анамнез _____

Акушерский и гинекологический анамнез: месячные с _____ лет, по _____ дней, через _____ дней, последние месячные _____, Беременность (число) _____, аборт(ы) _____, роды (число, течение) _____ менопауза с _____.

Гинекологические заболевания _____

Экспертно-трудовой анамнез _____

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое (нужное подчеркнуть).

Нервно-психическое состояние

Сознание: ясное, оглушение, спутанное, отсутствует, сопор, кома 1, кома 2, кома-3 (нужное подчеркнуть).

Состояние психики, настроение: спокойное, приподнятое, подавленное, тревожное (подчеркнуть)

Очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика, параличи, парезы, нарушения чувствительности, рефлексов, головные боли, шум в голове, головокружение, галлюцинации и др.

Телосложение: правильное, астеничное, гиперстеничное (нужное подчеркнуть).

Состояние подкожного жирового слоя (повышенное или пониженное питание, истощение I-II-III ст. или ожирение I-II-III ст.)

Кожные покровы, видимые слизистые: без изменений, иктеричны, гиперемированы, бледные, (нужное подчеркнуть).

Лимфоузлы: не увеличены, увеличены, плотные, эластичные, безболезненные, болезненные (нужное подчеркнуть)

Костно-мышечная и суставная система: без отклонений от нормы, изменена (описать) _____

Температура тела _____ °C Вес _____ кг, Рост _____ см

Органы кровообращения

Пульс _____ ударов в мин.; ритмичный, аритмичный, нитевидный дефицит пульса: нет, да _____ ударов в мин. (нужное подчеркнуть).

Артериальное давление _____ мм рт.ст. _____ мм рт.ст.

Границы сердца не расширены; расширены: правая на _____ см от правого края грудины; верхняя: край (верхний, нижний) _____ ребра; левая: на _____ см (кнаружи, кнутри) от левой средне-ключичной линии

Тоны сердца: ясные, приглушены, глухие, ритмичные, аритмичные (нужное подчеркнуть).

Шумы: _____

Органы дыхания

Число дыханий _____ в минуту.

Одышка носит: инспираторный, экспираторный, смешанный характер (нужное подчеркнуть).

Перкуторно: звук ясный легочной, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть)

Дыхание: везикулярное, бронхиальное, амфорическое, ослаблено, усилено, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть)

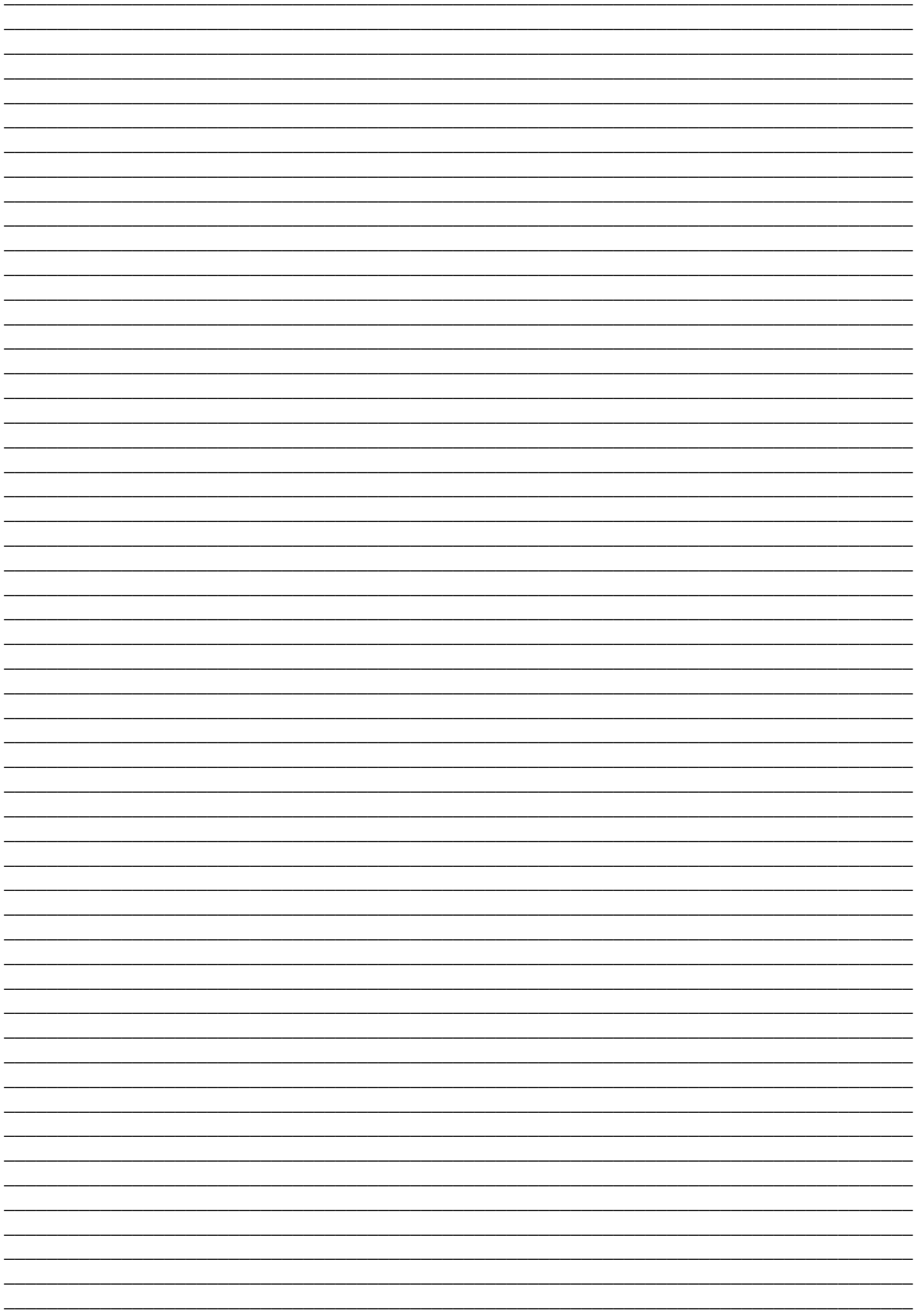
Хрипы: сухие, влажные (мелкопузырчатые, среднепузырчатые, крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть)

Органы пищеварения

Рвота: нет/есть _____ раз в сутки с едой и питьем связанная (да/ нет)

Язык: сухой, влажный, не обложен, обложен _____ налетом.

Зев: не гиперемирован, гиперемирован _____



Название ОЗ

Эпикриз № ¹

ФИО пациента, возраст

Адрес регистрации

Даты нахождения в стационаре

Диагноз заключительный клинический:

основной

осложнения основного

сопутствующие заболевания

Состояние и жалобы при поступлении

Консультации врачей-узких специалистов, консилиумы врачей

Результаты инструментальных и аппаратных методов исследования

Результаты лабораторных исследований

Операции

Состояние при выписке

Проведенное лечение

Рекомендации

Заключение: информация о листе ВН, выявленных факторах риска, проведенном онкоосмотре, другое

Дата

Лечащий врач _____

Заведующий отделением _____

¹Приведена структура формирования выписного эпикриза

Сведения о сдаче вещей в приемное отделение

Место для вклеивания кармана

Осмотрен на чесотку, микроспорию, педикулез. Опрошен на тениидоз.

«___» _____ 20__ г.

инициалы, фамилия,
проводившего осмотр

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА

Выполнена (подчеркнуть): полная, частичная

Не выполнялась

Дата ____ _____ 200__ г.

инициалы, фамилия,
проводившего санитарную обработку

Онкоосмотр произведен	Дата
Кожа, губа, язык и слизистая рта	
Пищевод, желудок	
Прямая кишка	
Легкие	
Молочная железа, матка	
Врач _____	
Подпись _____	
инициалы, фамилия	

Краткая пояснительная записка
о порядке заполнения и печати формы «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА»

1. Настоящая форма содержит минимально достаточную информацию и отражает потребности большинства стационарных медицинских учреждений для взрослого населения и не рассчитана на ряд специализированных служб, например, онкология, акушерство.
2. Наличие приведенных в настоящей форме разделов и пунктов в форме «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА» обязательно.
 - 2.1. С учетом специфики медицинских учреждений разрешается вносить дополнительные разделы и пункты.
 - 2.1.1. Внесение изменений производится после согласования с главными специалистами МЗ РБ по курируемым направлениям.
3. Форма заполняется медицинским персоналом путем внесения записей и подчеркиваний нужных пунктов.
 - 3.1. В пункт «план обследования» раздела «первичный осмотр лечащим врачом» вносится перечень планируемых обследований и консультаций специалистов с целью подтверждения или исключения патологии. Обоснование обследования (при необходимости) осуществляется перед проведением данного обследования в дневнике наблюдения.
 - 3.2. В пункт «план лечения» раздела «первичный осмотр лечащим врачом» вносятся планируемые лечебные мероприятия (режим, стол, медикаментозная терапия, реабилитационные мероприятия и т.п.).
 - 3.2.1. Медикаментозная терапия: вписываются лекарственные препараты без указания дозировок и режима приема (введения); возможно перечисление применяемых групп лекарственных средств. Конкретные препараты с указанием дозировок и режима приема (введения) вносятся в лист назначений.
 - 3.2.2. Обоснование назначения наркотических и сильнодействующих лекарственных средств производится врачом, их назначившим, в дневниках наблюдения.
 - 3.2.3. Назначение и обоснование выписки лекарственных средств, требующих решение консилиума, осуществляется в разделе «консилиумы по медикаментам».
4. При нехватке страниц соответствующего раздела карты стационарного пациента вклеиваются дополнительные листы.
 - 4.1. После раздела «первичный осмотр лечащим врачом» может быть вклеена или напечатана типографским способом карта оценки риска суицидальной активности, после эпикриза – утвержденная Министерством здравоохранения таблица экспертной оценки качества оказания медицинской помощи.
5. Результаты протоколов обследований вклеиваются в соответствующие разделы карты или вкладываются во вклеенный карман на обложке.
6. При госпитализации детей вместе с родителями или иными лицами после данных о ФИО пациента вносится ФИО лица, госпитализированного с ребенком.
7. При госпитализации новорожденного (родившегося больным или заболевшего в стационаре) заносится фамилия, имя, отчество матери.
8. Информация о домашнем адресе (п.4) вносится на основании паспортных сведений о регистрации по месту жительства или месту пребывания. Адрес проживания на момент госпитализации при отличии его от паспортных данных дополнительно указывается в п. 5.
9. Данные о страховом полисе и страховщике (п.6) вносятся при госпитализации лиц по программам страхования
10. При наличии в организации здравоохранения электронно-вычислительной техники и соответствующего программного продукта медицинская карта заполняется автоматизированно. При формировании печатной версии электронной медицинской карты допускается:
 - в пунктах, предполагающих выбор, печатать конкретный вариант, относящийся к данному больному;
 - для заполненных полей опускать комментарий;
 - менять порядок вывода на печать отдельных разделов протоколов при наличии технических или программных сложностей соблюдения предложенной последовательности.