

ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

31 мая 2024 г. N 790

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

На основании подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. N 1446, с целью совершенствования работы дерматовенерологической службы ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить форму N 089/у "Извещение о пациенте с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, микроспории, трихофитии, фавуса, чесотки" согласно приложению.
2. Утвердить Рекомендации по оформлению медицинских документов дерматовенерологической службы (прилагаются).
3. Начальникам главных управлений по здравоохранению областных исполнительных комитетов, председателю комитета по здравоохранению Минского городского исполнительного комитета, руководителям организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения, принять необходимые меры по выполнению настоящего приказа.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника главного управления организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Неденя Л.Ч.

Первый заместитель Министра Ю.Л.Горбич

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
31.05.2024 N 790

РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ОФОРМЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

1. Настоящие Рекомендации определяют порядок оформления медицинских документов дерматовенерологической службы.
2. Медицинский осмотр врача-специалиста оформляется врачом-дерматовенерологом по форме согласно приложению 1 к Рекомендациям и прилагается к медицинской карте пациента для амбулаторно-поликлинических организаций (форма 025/у-23).
3. При выявлении случая заразного кожного заболевания (микроспории, трихофитии, фавуса, чесотки) данные об источниках заражения, контактных лицах оформляются врачом-дерматовенерологом по форме согласно приложению 2 к

Рекомендациям и прилагаются к медицинской карте пациента для амбулаторно-поликлинических организаций (форма 025/у-23).

3. Сведения о пациенте с инфекциями, передаваемыми половым путем (приложение 3 к Рекомендациям), оформляются врачом-дерматовенерологом и прилагаются к медицинской карте пациента для амбулаторно-поликлинических организаций (форма 025/у-23).

4. Предупреждение лицу, заболевшему сифилисом и (или) гонореей (приложение 4 к Рекомендациям), оформляются врачом-дерматовенерологом в 2 экземплярах. Первый экземпляр прилагается к медицинской карте пациента для амбулаторно-поликлинических организаций (форма 025/у-23), второй - выдается на руки пациенту.

5. Извещение о пациенте с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, микроспории, трихофитии, фавуса, чесотки заполняется (письменно, в электронном виде) и подается врачом-дерматовенерологом в областные кожно-венерологические диспансеры (центры) в течение 12 часов с момента выявления заболевания.

Приложение 1
к Рекомендациям по
оформлению документов
дерматовенерологической
службы
Форма

Медицинский осмотр врача-специалиста
первичный

Дата и время проведения медицинского осмотра:

"__" _____ 20__ г., ____ час ____ мин.

Жалобы пациента: _____

Осмотрен(а) на чесотку _____,

на педикулез _____.

Опрошен(а) на тениоз _____.

Аллергологический анамнез: _____.

Анамнез заболевания: _____.

Данные объективного обследования:

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

Температура тела _____ град. С. **ИМТ** _____.

Сознание: ясное, оглушенность, сопор, кома.

Кожные покровы: обычной окраски; чистые; бледные; желтушные; цианотичные;

на ощупь: теплые, холодные;

влажность: обычная, сухая, повышенная;

тургор кожи: снижен, достаточный;

дермографизм: нормальный, красный, розовый, белый, стойкий белый, уртикарный (нужное подчеркнуть);

высыпания: нет, есть;

локализация: _____;

локальный статус: _____.

Видимые слизистые: розовые, бледные, гиперемированные, иктеричные, чистые, сыпь (вид, локализация) _____.

Небные миндалины: без изменений, увеличены, гиперемированы _____.

Лимфатические узлы: не увеличены, увеличены, подвижные, спаяны, плотные, эластичные, болезненные, безболезненные _____.

Щитовидная железа: без изменений, увеличение I, II, III, IV ст. _____.

Костно-суставная система: не изменена, движения не ограничены; возрастное ограничение движений, патологическая подвижность, болезненность, отечность, гиперемия, деформация _____.

Мышечная система: не изменена, изменение тонуса, болезненность _____.

Легкие: частота дыхания _____ в минуту;

перкуторный звук: ясный легочный, тупость, абсолютная тупость, коробочный, тимпанический _____.

дыхательные шумы: везикулярное, жесткое, ослабленное везикулярное; хрипы: нет, сухие (свистящие, жужжащие), влажные (звонкие, незвонкие; мелко-, средне-, крупнопузырчатые), крепитация _____.

Сердце: тоны: ясные, чистые, ритмичные; приглушены; громкие; ослабление _____; акцент _____; раздвоение (расщепление) _____; шумы: _____;

границы относительной тупости: не расширены, расширены влево _____, вверх _____, вправо _____;

пульс _____ в 1 минуту, ритмичный, неритмичный;

наполнение: удовлетворительное, слабое;

дефицит пульса: нет, есть _____ в 1 мин;

АД _____ / _____ мм рт.ст.

Живот: мягкий, безболезненный; (не) участвует в акте дыхания; (не) вздут; болезненный в _____ области.

Печень: не увеличена, не пальпируется;

край: ровный, бугристый, выступает из-под реберной дуги справа на _____ см.

Селезенка: не пальпируется; выступает из-под реберной дуги слева на _____ см.

Язык: чистый, влажный; сухой; обложен _____ налетом.

Почки: не пальпируются, пальпируются с двух сторон, слева, справа;

симптом поколачивания отрицательный, положительный _____.

Мочепускание: нормальное, безболезненное, учащенное _____, никтурия: нет, есть _____.

Стул: регулярный, неустойчивый, запор, учащенный (_____ в сутки), _____; мелена: нет, есть.

Отеки: нет, нижних конечностей, лица, асцит, анасарка _____.

Волосы: не изменены, изменены _____.

Ногтевые пластинки: не изменены, изменены _____.

Дополнительные сведения: _____.

Диагноз: предварительный, заключительный клинико-функциональный (нужное подчеркнуть) _____.

Лечение: _____

Рекомендации: _____

Экспертиза временной нетрудоспособности:

Листок нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности)

№ _____ с _____ по _____ режим _____

Дата повторного медицинского осмотра

" _____ " _____ 20 _____ г.

Согласие на проведение простых медицинских вмешательств получено.

Врач-специалист _____

(подпись)

_____ (инициалы (инициал собственного имени), фамилия)

Приложение 2
к Рекомендациям по
оформлению документов
дерматовенерологической
службы

Форма

Сведения о пациенте
с грибковым заболеванием, чесоткой

1. Предполагаемый источник заражения:

1.1. человек:

4. Результат осмотра контактов:
подлежало осмотру _____ человек, осмотрено _____ человек,
выявлено _____ человек, привлечено к лечению _____ человек.

5. Дезинфекция проведена: да, нет, текущая, заключительная (нужное подчеркнуть).

Дата: " ____ " _____ 20__ г.

6. Дата подачи извещения (форма N 089/у) в территориальный центр гигиены и эпидемиологии:

" ____ " _____ 20__ г.

Врач-дерматовенеролог

(подпись) (инициалы (инициал собственного имени), фамилия)

7. Клинико-лабораторный контроль после окончания лечения

| Дата | Назначения | Дата очередной явки на контроль |
|------|------------|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 |
| | | |

8. Снят (а) с наблюдения: " ____ " _____ 20__ г.

9. Обоснование снятия с наблюдения: _____.

Врач-дерматовенеролог

(подпись) (инициалы (инициал собственного имени), фамилия)

Приложение 3
к Рекомендациям по
оформлению документов
дерматовенерологической
службы

Форма

Сведения о пациенте
с инфекциями, передаваемыми половым путем

1. С предупреждением лицу, заболевшему сифилисом и гонореей (согласно приложению к настоящей форме): ознакомлен (а): да, нет (нужное подчеркнуть)

Дата ознакомления: " ____ " _____ 20__ г.

2. Обстоятельства выявления (нужное подчеркнуть): самостоятельное обращение, дерматовенерологами, акушерами-гинекологами, урологами, другими специалистами в организациях здравоохранения, при обследовании доноров на станциях переливания крови, комиссиями медицинских осмотров, другие пути выявления (указать).

3. Путь передачи: половой, бытовой (нужное подчеркнуть) .
4. Половые контакты _____ .
 Последний половой контакт _____ (указать дату) .
5. Консультирование по ВИЧ-инфекции: дотестовое
 " ____ " _____ 20__ г.
6. Лабораторное подтверждение диагноза (нужное подчеркнуть) :
 серологически, бактериологически, бактериоскопически, прочие
 (указать) : _____ .
7. Источник заражения пациента сифилисом, гонореей:

| Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) | Адрес места жительства (места пребывания) пациента | Кем является по отношению к пациенту | Дата | | Диагноз заболевания в соответствии с МКБ-10 | Номер медицинской карты пациента для амбулаторно-поликлинических организаций | Примечание |
|---|--|--------------------------------------|--------|------|---|--|------------|
| | | | вызова | явки | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

8. Половые и бытовые контакты, подлежащие обследованию на сифилис, гонорею:

9. Дата подачи извещения (формы N 089/у) в территориальный центр гигиены и эпидемиологии: "___" _____ 20__ г.

Врач-дерматовенеролог _____
(подпись) (инициалы (инициал собственного имени), фамилия)

10. Снят (а) с наблюдения: "___" _____ 20__ г.

11. Обоснование снятия с наблюдения для пациентов с сифилисом, гонореей _____.

Врач-дерматовенеролог _____
(подпись) (инициалы (инициал собственного имени), фамилия)

Приложение 4
к Рекомендациям по
оформлению документов
дерматовенерологической
службы

Форма

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ
лицу, заболевшему сифилисом и (или) гонореей

Я, _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Проживающий (ая) по адресу: _____
подтверждаю письменно что:

1. Предупрежден (а), что страдаю венерической болезнью в форме _____, которая является заразной для других лиц.

2. Мне разъяснены:

2.1. гигиенические правила и необходимость их соблюдения в целях предупреждения передачи названной болезни другим лицам;

2.2. обязательность лечения и контрольного наблюдения в организации здравоохранения, порядок и режим лечения, вред самолечения;

2.3. сроки лечения и клинико-серологического наблюдения.

3. После настоящего предупреждения:

3.1. мне запрещено быть донором крови и (или) ее компонентов как во время лечения и контрольного наблюдения, так и после них;

3.2. я несу ответственность согласно статье 158 Уголовного кодекса Республики Беларусь в случае, если поставлю другое лицо через половое сношение или иными действиями в опасность заражения венерическим заболеванием.

Обязуюсь о перемене своего места жительства (места пребывания) своевременно сообщать лечащему врачу.

Врач-дерматовенеролог _____
(подпись) (инициалы (инициал собственного имени), фамилия)

Пациент _____
(подпись) (инициалы (инициал собственного имени), фамилия)
"___" _____ 20__ г.

Приложение
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
31.05.2024 N 790

Форма N 089/у

ИЗВЕЩЕНИЕ

о пациенте с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи,
микроспории, трихофитии, фавуса, чесотки

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента: _____.
2. Идентификационный номер: _____.
3. Пол: мужской, женский.
4. Дата рождения: "____" _____ 20__ г.
5. Адрес места жительства (места пребывания): _____;
_____;
- номер телефона: _____.
6. Адрес фактического проживания: _____;
_____;
- номер телефона: _____.
7. Житель: городской, сельский.
8. Наименование и адрес места работы (профессия и занимаемая должность), учебы (группа, класс), службы (звание и (или) должность): _____;
_____;
- номер телефона: _____.
9. Дата обращения пациента за медицинской помощью:
"____" _____ 20__ г.
10. Дата установления заключительного диагноза:
"____" _____ 20__ г.
11. Диагноз, нозологическая форма и код в соответствии с МКБ-10:
- сифилис (A50-53) (указать форму) _____;
- гонорея (A54) (указать форму) _____;
- микроспория (B35): антропонозная, зоонозная;
- трихофития (B35): антропонозная, зоонозная;
- фавус (B35);
- чесотка (B86): лабораторно подтверждена, не подтверждена.
12. Лицо, установившее диагноз:

(должность
служащего)

(подпись)

(инициалы (инициал собственного
имени), фамилия)

13. Заболевание выявлено:

- при самостоятельном обращении пациента в организацию здравоохранения, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
- на амбулаторном приеме по поводу других инфекционных или

соматических заболеваний;

в организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях;

при медицинских осмотрах;

при медицинских осмотрах доноров;

при других обстоятельствах (указать): _____

14. Диагноз установлен: врачом-дерматовенерологом, врачом - акушером-гинекологом, врачом-урологом, другим врачом-специалистом (указать): _____

15. _____ Предположительный источник заражения: _____

16. Лица, контактировавшие с пациентом: _____

17. Результаты обследования лиц, контактировавших с пациентом:

17.1. обследовано всего: _____,
в том числе бывших в половом контакте _____;

17.2. выявлено заболевших всего: _____,
в том числе бывших в половом контакте: _____.

18. Дата отправки настоящего извещения: "_____" _____ 20__ г.

19. Наименование организации здравоохранения, в которую направлено настоящее извещение: _____

20. Лицо, заполнившее настоящее извещение: _____

(должность служащего)

(подпись)

(инициалы (инициал собственного имени), фамилия)
