

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

25 августа 2017 г. № 83

Об установлении форм медицинских документов при оказании психиатрической помощи

Изменения и дополнения:

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 июля 2019 г. № 78 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/34465 от 15.08.2019 г.) <W21934465>;

Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 апреля 2020 г. № 38 (зарегистрировано в Национальном реестре - № 8/35304 от 25.04.2020 г.) <W22035304>

На основании подпункта 8.37 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Установить:

форму 001-2/у-17 «Журнал госпитализации пациентов в психиатрический стационар» согласно приложению 1;

форму 001-3/у-17 «Журнал отказов от госпитализации пациентов в психиатрический стационар» согласно приложению 2;

форму 030-1/у-17 «Контрольная карта диспансерного наблюдения за пациентом, страдающим психическим расстройством (заболеванием), пациентом с синдромом зависимости от алкоголя, наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов» согласно приложению 3;

форму 066-1/у-17 «Карта пациента, выбывшего из психиатрического стационара» согласно приложению 4;

форму 025-п/у-17 «Карта учета пациента, обратившегося за оказанием психиатрической помощи в амбулаторных условиях» согласно приложению 5.

1¹. Журналы, указанные в пункте 1 настоящего постановления, ведутся на бумажном носителе или в виде электронного документа. Журналы, которые ведутся на бумажном носителе, должны быть пронумерованы, прошнурованы и заверены подписью руководителя организации здравоохранения.

2. Настоящее постановление вступает в силу через пятнадцать дней после его официального опубликования.

Министр

В.А.Малашко

(наименование организации здравоохранения)

(адрес, контактный телефон)

**ЖУРНАЛ
госпитализации пациентов в психиатрический стационар**

Начат _____

Окончен _____

№ п/п	Госпитализация в психиатрический стационар		Паспортные данные пациента			Адрес места жительства (места пребывания), номер телефона пациента	Место работы, должность служащего (профессия рабочего) пациента, наличие инвалидности
	число, месяц, год	время (часы, минуты)	фамилия, собственное имя, отчество (если такое имеется)	идентификационный номер	дата рождения		
1	2	3	4	5	6	7	8

Наименование организации здравоохранения, выдавшей пациенту направление на госпитализацию в психиатрический стационар	Диагноз, установленный пациенту при направлении на госпитализацию в психиатрический стационар	Наличие письменного согласия пациента или его законного представителя на госпитализацию в психиатрический стационар, основание госпитализации	Наименование, номер отделения психиатрического стационара, в которое госпитализирован пациент	Номер медицинской карты стационарного пациента
9	10	11	12	13

10	11	12	13	14	15	16	17
----	----	----	----	----	----	----	----

(наименование организации здравоохранения)

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
диспансерного наблюдения за пациентом,
страдающим психическим расстройством (заболеванием),
пациентом с синдромом зависимости от алкоголя, наркотических средств,
психотропных веществ, их аналогов

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента _____
2. Идентификационный номер
3. Адрес места жительства (места пребывания) _____
4. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)
5. Дата рождения _____ г.
6. Семейное положение _____
7. Место работы (учебы, службы) _____
8. Профессия рабочего, должность служащего _____
(для неработающих указать – пенсионер, иждивенец, другое)
9. Диагноз (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (далее – МКБ-10) _____
10. Дата установления диагноза _____ 20__ г.
11. Даты пересмотра диагноза (шифр по МКБ-10): _____ 20__ г.,
шифр _____; _____ 20__ г., шифр _____; _____ 20__ г.,
шифр _____; _____ 20__ г., шифр _____
12. Диспансерное наблюдение установлено (нужное подчеркнуть): впервые; повторно
13. Дата установления диспансерного наблюдения _____ 20__ г.
14. Группа (подгруппа) диспансерного наблюдения _____
15. Группа инвалидности (нужное подчеркнуть): нет; установлена
16. Группа инвалидности/ребенок-инвалид (указать) _____
17. Дата установления инвалидности _____ 20__ г.
18. Даты пересмотра инвалидности: _____ 20__ г., группа _____ (указать);
_____ 20__ г., группа _____ (указать); _____ 20__ г., группа _____ (указать);
_____ 20__ г., группа _____ (указать)
19. Дееспособен; признан недееспособным; признан ограниченно дееспособным
(нужное подчеркнуть)
20. Признание недееспособным (ограниченно дееспособным) _____ 20__ г.;
восстановление дееспособности _____ 20__ г.
21. Опекa (попечительство): установление _____ 20__ г.;
снятие _____ 20__ г.
22. Общественно опасные деяния (дата совершения, вид): _____ 20__ г.
_____ ; _____ 20__ г. _____ ; _____ 20__ г.
_____ ; _____ 20__ г. _____ ; _____ 20__ г.
_____ ; _____ 20__ г. _____

23. Суицидальные попытки (дата совершения, вид): _____ 20__ г.
 _____; _____ 20__ г. _____; _____ 20__ г.
 _____; _____ 20__ г. _____

24. Принудительное амбулаторное наблюдение и лечение у врача-специалиста в области оказания психиатрической помощи: дата начала _____ 20__ г., дата окончания _____ 20__ г.; дата начала _____ 20__ г., дата окончания _____ 20__ г.

Оборотная сторона

25. Контроль посещений (дата):

Назначено явиться													
явился													
Назначено явиться													
явился													
Назначено явиться													
явился													
Назначено явиться													
явился													
Назначено явиться													
явился													
Назначено явиться													
явился													
Назначено явиться													
явился													
Назначено явиться													
явился													

26. Сведения о госпитализациях в психиатрический стационар

№	Дата поступления			Дата выбытия		Шифр диагноза по МКБ-10	№	Дата поступления			Дата выбытия		Шифр диагноза по МКБ-10
	число, месяц	год		число, месяц	год			число, месяц	год		число, месяц	год	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

27. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____ 20__ г.

28. Причины прекращения диспансерного наблюдения (указать): _____

Примечание. В графах 4 и 11 пункта 26 используются следующие сокращения:

ДГ – добровольная госпитализация;

ПГ – принудительная госпитализация;

ПМБЛ – принудительные меры безопасности и лечения.

Приложение 4
 к постановлению
 Министерства здравоохранения
 Республики Беларусь
 25.08.2017 № 83

Форма 066-1/у-17

_____ 20__ г.; с усиленным наблюдением с _____ 20__ г.;
со строгим наблюдением с _____ 20__ г.

Оборотная сторона

21. В случае отмены принудительного лечения в психиатрическом стационаре (нужное подчеркнуть): выбыл из психиатрического стационара; остался на долечивании в психиатрическом стационаре

22. Диагноз направившей организации здравоохранения и шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (далее – МКБ-10) _____

23. Заключительный диагноз и шифр по МКБ-10 _____

24. Сопутствующее психическое расстройство (заболевание) и шифр по МКБ-10 _____

25. Сопутствующее соматическое заболевание и шифр по МКБ-10 _____

26. Исход психического расстройства (заболевания) (нужное подчеркнуть): выздоровление (выраженное улучшение); улучшение; без изменений; ухудшение; смерть

27. Смерть наступила (нужное подчеркнуть): непосредственно от психического расстройства (заболевания); от соматического заболевания (включая инфекционное); от самоубийства; от несчастного случая; другие причины (указать) _____

28. Патологоанатомический диагноз и шифр по МКБ-10 _____

29. Трудоспособность при выписке (нужное подчеркнуть): без ограничений; по психическому состоянию: ограничена, снижена, полностью (стойко) утрачена; по другим причинам: ограничена, снижена, утрачена

30. Инвалидность в связи с психическим расстройством (заболеванием) при выписке (нужное подчеркнуть): группа (указать) _____; ребенок-инвалид

31. Выбыл (нужное подчеркнуть): домой; в другой стационар: психиатрический, соматический (указать) _____; в психиатрическое (наркологическое) отделение дневного пребывания; в учреждение социального обслуживания (указать) _____; в лечебно-трудовой профилакторий; прочее (указать) _____

32. Вид наркологической помощи, оказанной пациентам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами (заболеваниями) вследствие употребления психоактивных веществ (нужное подчеркнуть): детоксикация; долгосрочная лекарственная терапия; медицинская реабилитация; детоксикация и долгосрочная лекарственная терапия; долгосрочная лекарственная терапия и медицинская реабилитация; детоксикация, долгосрочная лекарственная терапия и медицинская реабилитация; другие виды оказания медицинской помощи (указать) _____

33. Организация здравоохранения, за которой закреплен пациент для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях _____

34. Выписной эпикриз направлен (нужное подчеркнуть): на бумажном носителе, в электронном виде _____ 20__ г. в государственные организации здравоохранения, оказывающие психиатрическую помощь по месту жительства (месту пребывания) пациента (указать наименования государственных организаций здравоохранения)

Врач-специалист

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Руководитель
структурного подразделения
психиатрического стационара

_____ 20 ____ г.

Приложение 5
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
25.08.2017 № 83

Форма 025-п/у-17

(наименование организации здравоохранения)

КАРТА № □□□□□□□□
учета пациента, обратившегося за оказанием психиатрической помощи
в амбулаторных условиях

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента полностью

1¹. Идентификационный номер _____.

2. Пол: мужской , женский

3. Дата рождения (число, месяц, год): □□.□□.□□□□

4. Диагноз (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятый пересмотр (далее – МКБ-10): основного психического расстройства (заболевания) □□□□□□; сопутствующего(их) психического(их) расстройства(в) (заболевания)(й) □□□□□□, □□□□□□

5. Дата установления диагноза основного психического расстройства (заболевания): □□.□□.□□□□

6. Дата изменения диагноза: □□.□□.□□□□, шифр по МКБ-10: основного психического расстройства (заболевания) □□□□□□; сопутствующего(их) психического(их) расстройства(в) (заболевания)(й) □□□□□□, □□□□□□

7. Наличие группы инвалидности в связи с психическим расстройством (заболеванием): нет , I , II , III , ребенок-инвалид

8. Дата установления инвалидности: □□.□□.□□□□

9. Суицидальная попытка в текущем году: да , нет

10. Завершенный суицид в текущем году: да , нет

11. Состоит под диспансерным наблюдением: да , нет

12. Дата установления диспансерного наблюдения: □□.□□.□□□□

13. Дата прекращения диспансерного наблюдения: □□.□□.□□□□

14. Обращение в организацию здравоохранения за оказанием психиатрической помощи в амбулаторных условиях: впервые в жизни , впервые в текущем году

15. Порядок обращения в организацию здравоохранения за оказанием психиатрической помощи в амбулаторных условиях: обратился самостоятельно ; направлен врачом-специалистом, не являющимся врачом-специалистом в области оказания психиатрической помощи ; прочее (указать) _____

Карту заполнил:

(должность)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Дата заполнения карты: □□.□□.□□□□