

Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 4 қарашада № 21579 болып тіркелді.

Ескерту. Атауы жаңа редакцияда – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 01.07.2022 № ҚР ДСМ-62 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының Кодексі 7-бабының 31) және 33) тармақшаларына, сондай-ақ "Қазақстан Республикасының Азаптауларға және басқа да қатыгез, адамгершілікке жатпайтын және ар-намысты қорлайтын іс-әрекеттер мен жазалау түрлеріне қарсы конвенцияға қосылуы туралы" Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

Ескерту. Кіріспе жаңа редакцияда – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 23.11.2022 № ҚР ДСМ-136 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

1. Мыналар:

1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес стационарларда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес стационарларда және амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;

3) осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;

4) осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес басқа үлгідегі медициналық ұйымдардың медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;

5) осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес медициналық ұйымдардың құрамындағы зертханалардың медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;

6) осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес қан қызметі ұйымдарының медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;

7) медицина қызметкерлерінің толтыруы үшін міндетті құжаттаманың тізбесі;

8) осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес медициналық қызметтерді көрсету ақауларын есепке алу картасының нысаны бекітілсін.

Ескерту. 1-тармаққа өзгеріс енгізілді - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 20.06.2024 № 25 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

2. Осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің кейбір бұйрықтарының және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығының құрылымдылық элементінің күші жойылды деп танылсын.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаментіне Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуді;

2) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі А.Ғ. Ғиниятқа жүктелсін.

5. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін он күнтізбелік күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

*Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы*

А. Ғиният

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
1-қосымша

Стационарларда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары "
Стационарлық пациенттің №___медициналық картасы" № 001/е нысаны

Ескерту. Нысан жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 14.11.2024 № 95 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

1-бөлім. Қабылдау бөлімі

Жалпы бөлім:

1. ЖСН _____

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

3. Туған күні – " _____ " _____ 20____ жыл

4. Жынысы

ер

әйел

5. Жасы _____

6. Ұлты _____

7. Азаматтығы (елдер анықтамалығы) _____

8. Тұрғын _____

қала

ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы _____

10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны _____

Кәсібі Білімі _____

11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің № _____

12. Мүгедектік тобы _____

13. Өтеу түрі _____

14. Әлеуметтік мәртебесі _____

15. Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің мекемелерінде ұсталатын адам

16. Пациент жолданды _____

17. Емдеуге жатқызу түрі _____

18. Емдеуге жатқызу коды _____

19. Ауруы салдарынан осы жылы емдеуге жатқызылды _____

20. Жолдаған ұйымның диагнозы _____

Денсаулығы туралы ақпаратты мыналарға хабарлауға рұқсат етемін:

Туысының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Кім болады	Телефон
---------------------------------------	------------	---------

Емдеуге жатқызу кезінде қабылдау бөліміндегі дәрігердің алғашқы қарап-тексеруі:

1. Қарап-тексеру күні – " ____ " мен _____ уақыты

2. Шағымдар _____

3. Ауру анамнезі _____

4. Өмір анамнезі _____

5. Аллергиялық реакцияға (препараттардың төзімділігін қоса алғанда)

иә

жоқ

6. Басынан өткерген инфекциялық аурулар

жоқ

иә (коды атауы)

Туберкулез

иә

жоқ

тері-вен

иә

жоқ

Гепатит

иә

жоқ басқа
Вирусты гепатит

иә

жоқ
Қызылша, қызамық

иә

жоқ
Желшешек

иә

жоқ
эпидемиялық паротит

иә

жоқ

АИТВ/ЖИТС

иә

жоқ

COVID-19 коронавирус инфекциясы

иә

жоқ

Соңғы 35 күнде инфекциялық пациенттермен қатынаста болмаған

7. Объективті деректер _____

8. Түскен кезіндегі зертханалық-аспаптық зерттеулердің деректері _____

9. Түскен кезіндегі қойылған диагноз _____

10. Алдын-ала қойылған диагноз _____

11. Құлау тәуекелін бағалау

иә

жоқ

12. Ауырсынуды бағалау

иә

жоқ

Пациентты іріктеу (қабылдау бөлімі) _____

13. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты " ____ " _____ 20 ____ жыл _____

14. Тriage-жүйесі бойынша іріктеу _____

15. Пациенттің идентификациялық бейджі _____

16. Пациентке нұсқаулық _____

17. Санитарлық өңдеуден өтті _____

иә

жоқ (егер өтсе, уақытын, тазарту көлемін, көрсетілімдерді жазыңыз)

18. Тасымалдау түрлері _____

19. Инфекциялардың белгілері _____

иә

жоқ

Бар болған жағдайда толтырылады:

дененің жоғары температурасы

күсу

диарея

бөртпе

мұрынның бітелуі

жөтелу

Егер иә болса, пациент изоляторға орналастырылады

иә

жоқ

20. Тұрғынүй- тұрмыс шарттары (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

21. Араласу ортасы (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде) _____

22. Материалдық қамтылуы (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

23. Әлеуметтік демеу (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде) _____

Қарап-тексеру өткізген: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

2-бөлім. Емдеуші дәрігердің алғашқы қарап-тексеруі:

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты, бөлімшесі, палата №, төсегі- 20 ____ " ____ " _____

2. Шағымдары _____

3. Пациенттің объективті деректері _____

4. Ауру анамнезі _____

5. Өмір анамнезі _____

6. Тұқым қуалаушылық _____

7. Емдеуге жатқызу кезінде дәрі-дәрмектерді қабылдау



жоқ



иә (атауы, қашан және қабылдау себептері)

8. Алдын-ала қойылған диагноз _____

9. Зерттеп-қарау жоспары _____

10. Емдеу жоспары (4 қосымша парағы) _____

Емдеуші дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Босану кезінде толтырылады: _____

1. Босану күні мен уақыты 20__ жыл "____" _____

2. Жалпы ақпарат (бойы, салмағы, соңғы етеккірі, ұрықтың бірінші қозғалуы, іш шеңберінің өлшемі, жатыр түбінің биіктігі, ұрықтың жатқан жатысы, позициясы және түрі, ұрықтың жүрек соғысы, орны, ЖЖЖ келетін бөлігі, босану қызметі, ұрықтың болжамды салмағы) _____

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

3. Босану ағымы (толғақ уақыты, қағанақ суы кетті, судың сапасы мен мөлшері, толық ашылуы, күшену басталуы, бала туды (бірінші, екінші), тірі туу өлшемшарттары, жынысы, бойы, салмағы, басының айналымы)

Акушер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

*"Стационарлық пациенттің медициналық картасы" (бұдан әрі - медициналық карта) № 001/е нысанында емделіп шығу жағдайы туралы деректерді енгізуді аяқтау пациент стационардан шығарылған күні жүзеге асырылады. Медициналық картаға енгізілген деректер расталғаннан кейін, гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу жағдайларын қоспағанда, түзетуге жатпайды.

Пациент қайтыс болған жағдайда медициналық карта патологиялық-анатомиялық бюросы (бұдан әрі - ПАБ) /облыстың орталық патологиялық-анатомиялық бюросы (бұдан әрі - ОПАБ)/патологиялық-анатомиялық бөлімшеге (бұдан әрі - ПАБ) қайтыс болу фактісі анықталған күннен кейінгі күні таңертеңгі сағат 10-нан кешіктірілмей беріледі. ОПАБ/ ПАБ/ ПАБ медициналық картасын беру фактісінен кейін пациенттің көзі тірісінде жүргізілген гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің

нәтижелерін енгізу, сондай-ақ патологиялық-анатомиялық ашып-қарау жүргізілгеннен кейін патологиялық-анатомиялық диагнозды енгізу жағдайларын қоспағанда, деректерді жүргізу, қалыптастыру және түзету жүзеге асырылмайды.

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
1-қосымша парақ

Пациенттің объективті статусы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты " _____ " _____ 20 ____ жыл _____
2. Бойы (түскен кезде және МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде) _____;
3. Салмағы (түскен кезде және МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде) _____;
4. ЖЖЖ _____
5. ТАӘ _____
6. АҚ _____
7. Температурасы _____
8. Ішілген сұйықтық көлемі _____
9. Несеп пен нәжістің болуы/болмауы _____

10. Жалпы жай-күйі (психикалық-эмоциялық статусы, сыртқы әлпеті, мінез – құлық адамгершілік нормалары, өзін-өзі бағалауы, байланысқа түсуі, қоршаған ортаны қабылдауының адекваттығы, зердесі, өз өмірін қамтамасыз етуді бақылауы, еңбекке қабілеттілігі, орындайтын жұмысы, ұйқысы мен демалуы, сексуалдық қанағаттануы, тыныс алуы бұзылуы, жөтел, оттегіне мұқтаждығы, қан айналым жүйесі, тәбеті, тілі, күнделікті рационны мен тамақтану режимі, тамақтану кезінде басқалардың көмегіне тәуелділік, тамақтануының бұзылу себептері, диета сақтау туралы кеңес, несеп шығару жүйесінің жағдайы, сұйықтықтар тұтыну мөлшері, су балансы) (МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде)

_____;

11. Физиологиялық сыртқа шыққан қалдықтар (физиологиялық сыртқа шыққан қалдықтар барысында, қуықтың өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі, несеп сипаты, дизуриялық бұзылулар, несеп шығару, ішектің өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі, нәжіс сипаты, іш қатулар, іш өтулер, дефекация, іш айдатқы заттарды қолдану, дефекация кезінде басқалардың көмегіне тәуелділік) (МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде)

12. Қозғалу белсенділігі (бұлшық ет тонусы, буындар жағдайы, буындар қозғалғыштығының дәрежесі, жауыржара қаупі) (МҰ бейіні қажеттілігіне байланысты)

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
2-қосымша парақ

Күнделік

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты _____ " _____ " _____ 20____ жыл _____

2. Пациенттің объективті деректері _____

3. Шағымдары _____

4. Пациенттің жай-күйінің динамикасы _____

5. Зертханалық-аспаптық зерттеулер _____

6. Босанудан кейінгі кезеңнің ағыны (тек қана осы санаттағы пациенттарға байқауды жүргізетін ұйымдар үшін) _____

7. Партограмма (тек қана осы санаттағы пациенттарға байқауды жүргізетін ұйымдар үшін) _____

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
3-қосымша парақ

Пациенттің хабардар етілген келісімі*

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 134-бабының 3-тармағына сәйкес (медициналық көмек пациенттің ауызша немесе жазбаша ерікті түрдегі келісімін алғаннан кейін көрсетілуі керек)

ЖСН _____

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (толық) _____

Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің мекемелерінде ұсталатын адам

Туған күні – " _____ " _____ 20____ жыл _____

МҰ бола отыра (МҰ атауы) _____

Медициналық араласудың мынадай түрлерін өткізуге ерікті түрде келісімімді беремін:

1) Маған қан және оның компоненттерін құюдың (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

2) Туберкулезді емдеу кезінде пациент құқықтары мен міндеттері туралы, туберкулезбен ауыратын пациенттің мінез-құлқы бойынша ұсынымдарды сақтау туралы, жағымсыз реакциялардың пайда болуы, жалтарған және/немесе бөлінген жағдайда мәжбүрлеп оқшаулау шараларын қолдану туралы (режимді бұзу) түсіндірілді.

3) Мен денсаулығым туралы, емделудің алдыңғы эпизодтары, қосарласқан аурулар, бастан өткерген операциялар, жарақаттар, аллергиялық реакциялар туралы және емдеудің дұрыс тактикасын таңдау үшін қажетті барлық ақпарат бердім.

4) Менде кез-келген сұрақтар қою мүмкіндігі болды, және мен қол жетімді түрде барлық сұрақтарға толық жауап алдым.

Қолы: _____ Күні мен уақыты 20__ жыл " ____ " _____

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (толық)

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Күні мен уақыты " ____ " _____ 20__ жыл _____

Ескертпе:

Медициналық қызметкерлер көрсетілімдер бойынша инвазиялық араласуларды бастап кеткен және пациенттің өміріне қауіп төнуіне байланысты оны тоқтату және қайтару мүмкін болмаған жағдайларды қоспағанда, инвазиялық араласулар жүргізуге келісім қайтаруға жатады.

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
4-қосымша парақ

Дәрігерлік тағайындаулар парағы

1. Күні мен уақыты-20__ жыл _____ " ____ " _____

2. Тәртібі _____

3. Ем-дәм _____

4. Көрсетілетін қызметтердің, дәрілік заттардың атауы (оларды тағайындау уақыты мен күшін жою уақыты бойынша нақты ұсыныстармен)

5. Тағайындау күні (уақытымен) мен аяқтау күні 20__ " ____ " _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
5-қосымша парақ

Клиникалық диагнозды негіздеу (ішкі қағидаларға сәйкес, негіздемелер саны тек көрсетілгендермен ғана шектелмейді)

1. Күні мен уақыты -20 _____ " _____ " _____

2. Объективті деректері _____

3. Шағымдары _____

4. Қолжетімді зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру

5. Диагноз _____

6. Дәрігерлік тағайындаулар парағы _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
6-қосымша парақ

"Трансфузия алдындағы эпикриз" Ауру тарихындағы трансфузиялық анамнез:

трансфузиялар бұрын өткізілмеген

ерекшеліктері жоқ трансфузиялық анамнез

трансфузиядан кейінгі асқынулар орын алды, қандай екенін көрсету қажет
Әйелдер үшін акушерлік анамнез:

ерекшеліктері жоқ

көп реттік (5 және одан артық) жүктілік, өлі туу, ерте мерзімдегі аборт және түсік жағдайларын қоса алғанда

Иммунды гематологиялық ерекшеліктер:

болған жоқ

антигендердің немесе экстраагглютининдердің нұсқалы түрлері табылған

иммундық антиэритроцитарлық анти денелер табылған (белгілі болса, ерекшеліктерін көрсету қажет)

антиэритроцитарлық анти денелер зерттелген жоқ

Құрамында эритроциттер бар қан компоненттері үшін көрсетілімдер (ЭҚК) ЖҚА, ҚСЖ _____

Ересектерде консервіленген эритроциттердің бір дозасы гемоглобинді шамамен 10 г /л көбейтеді _____

Жіті қаназдық, гемоглобин г/л

созылмалы теңгерілмеген қаназдық гемоглобин г/л, клиникалық деректер: айқын әлсіздікке шағым, ТЖ, Ps, АҚ

0 қаназдық кезінде O₂ жеткізудің төмендеуі Hb г/л, PaO₂ мм. сын. бағ, PvO₂ мм. сын. бағ

Есептелген дозасы _____

СЗП/криопреципитат үшін көрсетілімдер _____

Соңғы коагулограмманың деректері: (коагулограмманың өзгерген бір көрсеткіші немесе 30 минуттан артық ҚҰУ жеткілікті) ПТИ %, ХНҚ, БІТУ Фибриноген г/л, АТШ _____

Плазманың гепаринге төзімділігі, ҚҰУ мин _____

Талдау күні/айы/жылы _____

коагуляциялық гемостаза факторларының тапшылығы

плазмалық антикоагулянттардың тапшылығы

плазмаалмасу

Есептелген доза (12-20мл/кг) _____

КТ үшін көрсеткіштер: тромбоциттердің соңғы саны *10⁹/л _____

Талдау күні/айы/жылы _____

Геморрагиялық тромбоцитопениялық синдром

Геморрагиялық синдромсыз 10*10⁹/л төмен тромбоцитопения

50*10⁹/л төмен тромбоцитопения, хирургиялық операция

100*10⁹/л төмен тромбоцитопения, нейрохирургиялық операция

Тромбоцитопатия, геморрагиялық синдром

Есептелген доза _____

Трансфузияға көрсетілімдерді негіздеген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID _____

Трансфузияға көрсетілімдер тексерілгенін растаймын _____

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Қан және оның компоненттері трансфузиясының хаттамасы

1. Трансфузия жүргізілетін бөлімшенің атауы – _____

2. Трансфузияны жүргізу күні – 20 __ жылғы " __ " _____

басталған уақыты жылы/айы/күні, басталды 20 __ жылғы " __ " _____

аяқталды 20 __ жылғы " __ " _____

3. Пациент туралы мәліметтер –

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____,

ЖСН _____,

топтық және резус-тиістілігі _____.

4. Трансфузиялық орта туралы мәліметтер-заттаңба нөмірі _____,

атауы _____, донордың топтық және резус-тиістілігі _____,

трансфузиялық ортаны дайындаушы ұйымның атауы

_____, Жарамдылық мерзімі _____.

5. Трансфузияға дейінгі зертханалық зерттеулердің нәтижелері _____,

зерттеу жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса)/ID _____.

6. Биологиялық сынаmanın нәтижесі _____,

Сынама жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), ID _____.

7. Трансфузия туралы мәліметтер - құйылды/ мл _____, тамыр ішіне

құюдың жылдамдығы (тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып-сорғалатып _____

_____.

Трансфузияны жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса)/ID _____.

8. Пациенттің жай-күйі, жүрек соғуының жиілігі, артериялық қан қысымы, дене температурасы туралы мәліметтер

1) трансфузияға дейін: Ps_, АҚК_, t0 _ ;

2) трансфузия кезінде: Ps_, АҚК_, t0 _ ;

3) трансфузиядан кейін: Ps_, АҚК_, t0 _ ;

4) трансфузиядан кейінгі

1 сағаттан соң Ps_, АҚК_, t0 _ ;

2 сағаттан соң Ps_, АҚК_, t0 _

3 сағаттан соң Ps_, АҚК_, t0 _

Бақылауды жүргізген медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)/ _____

9. Құрамында эритроциттер бар компонентінің әрбір дозасын құйудан кейінгі алғашқы несеп порциясының түсі туралы деректер _____.

Бақылауды жүргізген дәрігердің Т. А. Ә. (бар болған жағдайда)/ID _____

10. Пациенттің қаны мен несепін бақылаушы зертханалық зерттеудің, тәуліктік диурез көлемінің көрсеткіштері _____.

Орта буын медицина қызметкерінің Т.А.Ә (бар болған жағдайда), ID _____

Күні, уақыты – 20 ____ жылғы " ____ " _____

11. Трансфузия мен орындалған емдік шараларының жанама салдары белгілерінің бар-жоғы туралы деректер _____

Трансфузиялық парақ

1. Күні-20 ____ " ____ " _____

2. Трансфузиялық ортаның атауы _____

3. Мөлшері _____ мл

4. Донордың қан тобы, Rh _____

5. Көрсетілімдер _____

6. Заттаңба №, өндіруші ел _____

7. Асқынулар _____

8. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
7-қосымша парақ

Диагностикалық зерттеулер/көрсетілетін қызметтер хаттамасы

1. Өткізу күні мен уақыты - 20 ____ жыл _____ " ____ " _____

2. Тарификатордан қызметтің атауы _____

3. Өткізілген зерттеулер туралы ақпарат _____

4. Қорытындысы _____

5. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
8-қосымша парақ

Реанимация және қарқынды терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы) пациенттің жай-күйінің негізгі көрсеткіштері мен тағайындаулар картасы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты – 20 ____ жыл _____ " ____ " _____

2. Объективті деректері (температура, ЖЖЖ, ӨЖВ, SpO2 / FiO2, ОВҚ, АҚ, ВАШ бойынша ауырсынуды бағалау, RASS делириясын бағалау) _____

3. Дәрігерлік тағайындаулар парағы (қажет болған жағдайда манипуляция өткізу уақытын көрсетуі керек) _____

4. Диагноз _____

5. Күнделік (қосымша өмірді қамтамасыз ететін аспаптар мәртебесі, бар болған жағдайда гидробаланс сипаттамасы) _____

6. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
9-қосымша парақ

Маман консультациясы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты - 20 _____ жыл " _____ " _____

2. Консультация түрі _____

3. Шағымдар: _____

—

—

4. Өмір анамнезі: _____

—

—

5. Ауру анамнезі: _____

—

6. Объективті деректер: _____

—

—

7. Зертханалық талдаулар және диагностикалық зерттеулердің, қосымша зерттеулердің нәтижелерін түсіндіру _____

—

8. Диагноз _____

9. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау _____

10. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Бар болған жағдайда:

11. Жазбалары консилиум (диагнозы бойынша келісілген зерттеп-қараумен және емдеу ұсыныстарын қамтуы тиіс. Консилиум қатысушыларының бірінде ерекше позициясы болған кезде, оның пікірі тіркеледі)

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
10-қосымша парақ

Операция/ем-шара/ аферез хаттамасы

1. Күні мен уақыты - 20__ жыл " ____ " _____.

2. Операция/ем-шара / аферезге көрсетілімдер _____

—
3. Клиникалық диагноз (жүрек-қан тамырлары операцияларын жүргізу кезінде операция алдындағы пациенттің жай-күі, наркозға дайындық, әрбір 5 минут сайын объективті деректерді өлшеу, наркоз және операция барысында асқынулар сипатталады)

4. Анестезиялық құрал _____

5. Операция/ем-шара / аферез хаттамасы: _____

5.1 Операция/ем-шара / аферез басталған және аяқталған күні мен уақыты _____

5.2 Операция/ем-шара / аферез ағымы (сипаттамасы), орындау техникасын қоса алғанда _____

5.3 Операция/ем-шара / аферез кезінде консультанттардың қатысуы, ұсынымдары _____

5.4 Қосымша зерттеулер әдістерін және зертханалық зерттеуді жүргізу _____

5.5 Операцияның ақыры, операция кезіндегі асқынулар (егер болмаса "Операция/ем-шара / аферез кезінде асқынулар болған жоқ" деп көрсету қажет) _____

5.6 Қан кету _____

(мл)

5.7 Операция/ем-шара / аферез коды мен атауы _____

5.8 Операция/ем-шара / аферезден кейінгі диагнозы _____

5.9 Ұсынымдар _____

5.10 Операция/ем-шара / аферез жасаған дәрігерлердің, ассистенттердің, анестезиолог пен ОМҚ Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
11-қосымша парак

Жаңа туған нәрестенің даму тарихы

Босану бөлімшесінде толтырылады:

Уақыты мен күні - 20 ____ жыл " ____ " _____

1. Ата-анасы туралы ақпарат (қан тобы, резус-тиістілік) _____
2. Жаңа туған нәрестенің туу/қайтыс болу, түсуі, шығуы, ауыстырылуы туралы толық сипаттамасымен ақпарат _____
3. Жаңа туған нәрестенің қорытынды диагнозы _____
4. Анасы/әкесі жағынан тұқым қуалаушылық _____
5. Жаңа туған нәресте және босану үрдісі туралы ақпарат _____
6. Жаңа туған нәрестені Апгар шкаласы бойынша бағалау _____
7. Емшек сүтімен тамақтандыру, даму ақаулары, туу, жарақаттанушылық, гонобленореяның профилактикасы туралы ақпарат _____

8. Тұқым қуалайтын патологияға скринингі (фенилкетонурия, туа біткен гипотиреоз, аудиологиялық скрининг) жүргізу күні _____

Кезекші акушер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Жаңа туған нәрестені босану залынан бөлімшеге ауыстыру кезінде толтырылады:

Уақыты мен күні -20 ____ жыл " ____ " _____

1. Жаңа туған нәрестені бөлімшеге ауыстыру туралы ақпарат, палата № _____
2. Босану залынан ауыстырылғандағы нәрестенің жай-күйі _____
3. Алдын ала қойылатын диагноз _____
4. Нәрестені қабылдаған және өңдеген мейіргер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Жаңа туған нәрестелер палатасында (бөлімшесінде) нәрестені алғашқы рет қарап-тексеру

Уақыты мен күні - 20__ жыл " ____ " _____

1. Жалпы жай-күйі (нәрестенің жатқан жатысы, дауысының сипаттамасы, тремор, бұлшық ет тонусы), тері қабаты, көрінетін жылбысқы қабықтары, кіндік қалдығы, емізу кезінде көкірек клеткасының қалпы _____

2. Емшек сүтімен тамақтандыру жиілігі _____

3. Өкпесінің, тамыр соғуының жай-күйі _____

4. жаңа туған нәрестені күнделікті жалпы қарап-тексеру деректері, жаңа туған нәрестенің жай-күйінің өзгеруі _____

5. Вакцинациялар, тұқым қуалайтын патологияларға скрининг, аудиологиялық неонаталды скрининг _____

Кезекші акушер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Қорытынды және алдын ала қойылған диагноз _____

1. Ұсынымдар мен олардың негізделуі _____

2. Диагноз _____

Қорытынды бөлім: _____

Шығару эпикризі _____

Эпикриз пациенттің жай-күйіндегі динамикалық өзгерістерді; емдеу кезіндегі асқынуларды; зертханалық зерттеулердің, сондай-ақ консультациялардың нәтижелерін қорытындылауды; диагнозға сүйене отырып, емдеудің одан әрі әдісін анықтауды, бар болған жағдайда оңалту әлеуетін, оңалту диагнозын және оңалту бағдарының ауқымын көрсететін ұсыныстар беруді қамтиды. Сұрау бойынша пациентқа эпикриздің көшірмесі беріледі.

1. Клиникалық диагноз _____

Қойылған күні - 20__ жыл " ____ " _____

2. Емдеудің басқа түрлері _____

3. Еңбекке уақытша жарамсыздық парағын беру туралы белгі _____

еңбекке жарамсыздық парағының №, ашылған және жабылған күні

4. Немен аяқталды _____

МҰ ауыстырылды (МҰ тіркелімінен)

5. Еңбекке қабілеттілігі _____

6. Шыққан күні мен уақыты _____

7. Өткізген төсек-күндер _____

8. Сараптамаға түскендер үшін – қорытынды _____

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды күні/айы/жылы – " _____ " _____ 20 _____ жыл _____

Аутопсия жүргізілді:

иә

жоқ

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды: _____

Патологиялық морфологиялық диагноз (негізгі) _____

негізгі ауруының асқынуы _____

қосалқы _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
12-қосымша парақ

Қатыгез қарау нәтижесінде дене жарақаттарын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша стационар жағдайында медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына жүгінген (түскен) кездегі медициналық қарап-тексеру картасы

Жүгінген күні мен уақыты

Төлқұжат деректері

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

3. Туған күні: күні, айы, жылы

4. Жынысы ер әйел

5. Жасы

6. Ұлты

7. Ауыл тұрғыны қала

8. Азаматтығы тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс және (немесе) оқу және (немесе) балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Өтеу түрі

12. Әлеуметтік мәртебесі

13. Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің мекемелерінде ұсталатын адам

14. Жүгіну себебі: дене жарақаты және(немесе) психологиялық әсер ету (астын сызу)

15. Шағымдар

16. Анамнез:

Деректерді көрсету:

Уақыты мен күнін көрсете отырып физикалық және психологиялық зорлық көрсету жағдайлары туралы;

Қару және (немесе) қару ретінде қолданылған құралдарды қолдану туралы.

17. Дене жарақаттарының сипаттамасы:

Тырналудың сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық локализация (сызбада көрсету)

2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты

3. Бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға;

4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);

5. Түбінің және жабынды қыртысының жай-күйі - ылғалды, айналасындағы тері деңгейіне қатысты батады; қоршаған тері деңгейінде ; қоршаған тері деңгейінен жоғары , периферия бойынша шыққан гиперпигментация учаскесі ; гипопигментация ;

6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну, гиперемияланған, қан, топырақ салу

Көгерудің сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;

2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты, 3.Бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;

4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);

5. Көгерудің түсі – қызыл-қызғылт , көкшіл-күлгін, қоңыр, жасыл, сары ;

6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну, гиперемияланған, қан, қыртыс.

Жараның сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;

2. Жараның пішіні мен өлшемдері: сызықты, шпindelь тәрізді;

3. Мата ақауының сипаты мен ерекшеліктері: "минус-мата" ақауының болуы;

4. Шеттердің ерекшеліктері: шөгу, көгеру, бөліну, ластану, бөгде қосындылар;

5. Қабырғалардың бедері: біртегіс, тегіс, тік орналасқан бір қабырға қисайған, ал екіншісі қазылған;

6. Шеттерінің шөгуі;

7. Түбінің ерекшеліктері: тінаралық байланысатын тіндік түйісулердің болуы, бұлшықеттің зақымдануы, сүйек;

8. Жараның аймағындағы шаштың зақымдану ерекшеліктері; жараның бастапқы және ортаңғы үштен бір бөлігінде көлденең немесе қиғаш қиылысуы, шаштың соңғы бөлігінде бадананың сыртқа айналуы .

9. Тілу, кесу, арамен кескенде шеміршек, сүйек жазықтығындағы микрорельефтің ерекшеліктері: тегіс, тегіс емес, кертіктелген;

Сынықтың сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;

2. Пішіні сызықты, тұрақты емес, көп қырлы

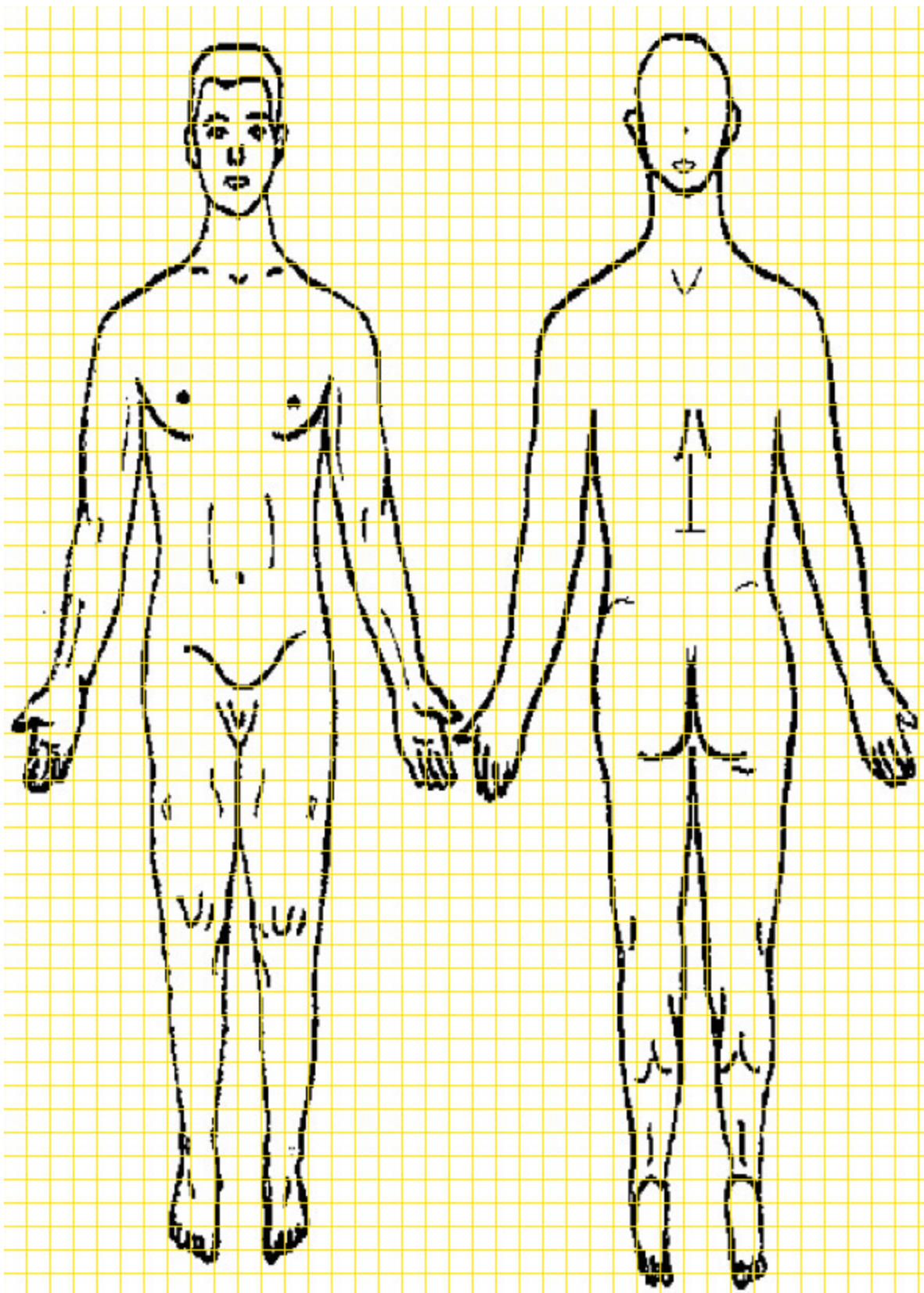
3. Өлшемдері XXXсм,

4. Сыну сызықтарының бағыты тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;

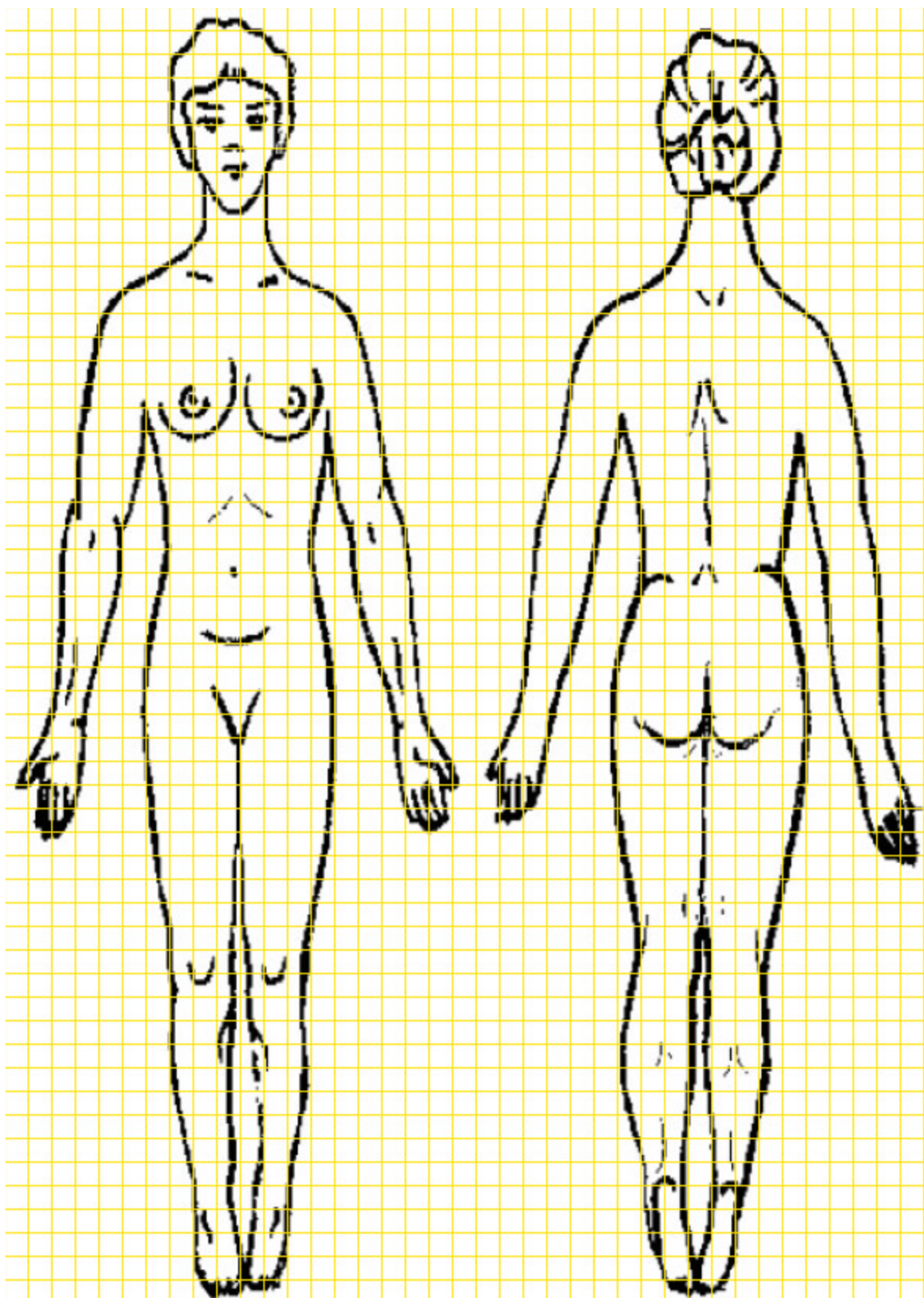
5. Бос сынықтардың, ақаулардың, сүйек сынықтарының және жаншылған сынықтардың өлшемдері, бағдарлануы.

6. Омыртқаның зақымдануының ерекшеліктері: омыртқаны қоршаған тіндердегі қан кетулердің локализациясы және қасиеттері; омыртқа денесінің, омыртқа доғаларының және өсінділерінің сынуы, олардың жылжу сипаты; байламды аппараттың, омыртқааралық дискілердің, үстіңгі және астыңғы қан кетулердің, жұлынның зақымдануы.

Анатомиялық орналасу схемасы Еркек схемасы



Әйелдің схемасы



17. Психикалық жай-күйді зерттеп-қарау

1. Сана

1.1 сана анық, бұзылмаған;

1.2 сана бұзылған, адасқан:

уақытқа байланысты ,
орынға байланысты,
жеке тұлғада;

1.3 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

2. Мінез-құлқы

2.1 адекватты;

2.2 пассивті, мәңгірген;

2.3 мелшиген;

2.4 қозған;

2.5 қорқақ;

2.6 жылауық;

2.7 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

3. Көңіл-күй мен эмоциялар

3.1 тегіс көңіл-күй фоны;

3.2 көңіл-күйдің төмендеуі (пассивтілік, көңілсіздік, пессимизм);

3.3 ашулану және (немесе) ызаланған;

3.4 көңіл-күйдің жоғарылауы (жарқын жүзділік, сергектік, оптимист) ;

3.5 қорқыныш, үрей;

3.6 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

4. Ойлау, есте сақтау, сөйлеу (керегінің астын сызу);

4.1 ерекшеліктері жоқ;

4.2 баяу ойлау, сөйлеу;

4.3 жедел ойлау, сөйлеу;

4.4 толық (егжей-тегжейлі) ойлау, сөйлеу;

4.5 байланыссыз ойлау;

4.6 сандырақ идеялар;

4.7 өлім, өзін-өзі өлтіру туралы ойлар;

4.8 жадының бұзылуы;

4.9 назардың бұзылуы;

4.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

5. Соматовегетативтік бұзылулар (пациенттің шағымдары бойынша анықталады)

5.1 жылдам немесе жиіленген жүрек соғысы, жүрек аймағындағы ыңғайсыздық сезімі;

5.2 қатты терлеу, ыстық жыпылықтау немесе қалтырау, құрғақтық ауызда;

5.3 қол және (немесе) аяқта және (немесе) денедегі дірілдеу;

5.4 бұлшықет кернеуі, босансуға қабілетсіздік;

5.5 тамақтың тұншығуы немесе бітелуі, тыныс алудың қиындауы;

5.6 кеудедегі жайсыздық немесе ауырсыну сезімі, "кеудедегі ауырлық";

5.7 бас айналу, бас ауруы;

5.8 әлсіздік, шаршау сезімі;

5.9 ұйып қалу және (немесе) шаншу сезімі,

5.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

6. Жоғарыдағы тармақтарда көрсетілмеген, медицина қызметкері анықтаған белгілер

6.1 Ұйқының бұзылуы,

6.2 Тәбеттің бұзылуы,

6.3 Психологиялық жарақаттың болуы;

6.4 Қызығушылықты жоғалту;

6.5 Құпия, сенімсіздік;

6.6 Алкогольді тұтыну туралы хабарламалар;

6.7 Үмітсіздік сезімі;

6.8 Елестеулер (пациент көреді, көрінбейтін сұхбаттасушымен сөйлеседі) ;

6.9 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда) ;

Қысқарған сөздер тізімі:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

1. Қосымша медициналық мәліметтер (құжаттар)

Медициналық қарап-тексеру кезінде ұсынылған медициналық карталар, медициналық қорытындылар, үзінділер, клиникалық-зертханалық зерттеулердің деректері: о жоқ о бар (көрсетіңіз)

o Жоқ

o Бар (көрсетіңіз)

2. Бағытталған:

зерттеуге (қандай екенін көрсету), консультацияларға (көрсету) емдеуге (көрсету)

3. Зорлық-зомбылық туралы Ішкі істер органдарына/прокуратураға белгіленген тәртіппен хабарланды

Хабарлама күні

Ішкі істер органының/прокуратураның атауы

Идентфикатор, дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
13- қосымша парақ

Сурдологиялық пациенттің қарап-тексеру картасы

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің мекемелерінде ұсталатын адам

Жасы _____

ЖСН _____

Мекенжайы _____

Аудиологиялық скрининг аясында жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Ауруы бойынша жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Алғашқы анықталған ауруы ИӘ/ЖОҚ

Бұрыннан белгілі ауруы _____

Шағымдар _____

Ауру анамнезі _____

Зерттеп-қарау тәсілі:

ДИАГНОЗЫ (арасынан таңдап алу):

Сыртқы құлақ дамуының туа біткен ақауы (құлақ қалқанының ауытқуы, сыртқы есту жолының атрезиясы)	Бір жақты		AD		AS	
	Екі жақты		AD		AS	
Ішкі құлақ дамуының туа біткен ақауы (ішкі құлақ иірімінің, есту нервсінің ауытқуы)	Бір жақты		AD		AS	
	Екі жақты		AD		AS	
Есту (аудиторлық) нейропатиясы спектрінң аурулары	Бір жақты		AD		AS	
	Екі жақты		AD		AS	
Сенсоневральді есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	2-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	3-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	4-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	Керендік	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
	1-дәрежелі	бір жақты		AD		AS
		екі жақты		AD		AS
бір жақты			AD		AS	
2-дәрежелі						

Кондуктивтік есту мүкістігі	3-дәрежелі	екі жақты	AD	AS	
		бір жақты	AD	AS	
	4-дәрежелі	екі жақты	AD	AS	
		бір жақты	AD	AS	
	Кереңдік	екі жақты	AD	AS	
		бір жақты	AD	AS	
Аралас есту мүкістігі	1-дәрежелі	екі жақты	AD	AS	
		бір жақты	AD	AS	
	2-дәрежелі	екі жақты	AD	AS	
		бір жақты	AD	AS	
	3-дәрежелі	екі жақты	AD	AS	
		бір жақты	AD	AS	
	4-дәрежелі	екі жақты	AD	AS	
		бір жақты	AD	AS	
	Кереңдік	екі жақты	AD	AS	
		бір жақты	AD	AS	

Керегін белгілеу

Есту аппараты (бар\жоқ)	А у а өткізгіштік	AD	AS		
	С ү й е к өткізгіштік	AD	AS		
Имплантталатын жүйе (бар\жоқ)	Орта құлақ	AD	AS		
	С ү й е к өткізгіштік	AD	AS		
	Кохлеарлық имплантация	AD	AS		
Білім беру мекемесі/ жұмыс орны	Мектепке дейінгі мекеме	жалпы білім беру	Иә	Жоқ	
		түзету	Иә	Жоқ	
	Мектеп мекемесі	жалпы білім беру	Иә	Жоқ	
		түзету	Иә	Жоқ	
	Жоғары / орта оқу орны		Иә	Жоқ	
	Жұмыс орны				
Ұйымдастырылмаған		Иә	Жоқ		

"Стационарлық пациенттің медициналық картасы" № 001/е нысанының қысқарған сөздер тізімі:

1	FiO2	Оксигенация индексі
2	Hb	Гемоглобин
3	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтанба, QR коды (машина оқитын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін бірегей белгі)
4	Ps	Матрицалық штрих-код түріне арналған сауда маркасы
5	Rh	Резус факторы
6	SpO2	Қанның оттегімен қанықтыру деңгейі
7	t0	Дене температурасы
8	АҚ	Артериялық қысым
9	АТШ	Антитромбин III
10	БІТУ	Белсендірілген ішінара тромбопластин уақыты
11	КАШ	Көрнекі аналогтық шкала
12	ЕТ	Емшек сүтімен тамақтандыру
13	ӨЖЖ	Өкпені жасанды желдету
14	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
15	КТ	Компьютерлік томография
16	мл	Миллилитр
17	мм сын. бағ.	Миллиметр сынап бағынасында
18	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
19	МҰ	Медициналық ұйым
20	RASS делирия бағалау	Richmond Agitation-Sedation Scale делирия бағалау
21	ПТИ	Протромбин индексі
22	PvO2	Қанның газ құрамы
23	PaO2	Қанның газ құрамы
24	ЖМП	Жаңа мұздатылған плазма
25	ОМҚ	Орта медицина қызметкерлері
26	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
27	ОВҚ	Орталық веналық қысым
28	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
29	ЖЖЖ	Жүрек жиырылуының жиілігі

"Стационарлық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірме № _____" № 001-1/е нысаны Форма № 001-1/у "Выписка из медицинской карты стационарного пациента № _____"

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес организации куда направляется выписка) _____

1. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного) _____

2. Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің мекемелерінде ұсталатын адам

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) _____

5. Күндері: түсуі (Даты: поступления) _____

Шығуы (выбытия) _____

6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) _____

Қорытынды диагноз: (Заключительный диагноз:) _____

Қосалқы аурулар: (Сопутствующие заболевания:) _____

7. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем, жолданғандағы, шыққандағы жағдайы (Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке) _____

Түскен кездегі шағымдар: (Жалобы при поступлении:) _____

Ауру анамнезі: (Анамнез заболевания): _____

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни): _____

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез:) _____

Объективті деректер: (Объективные данные:) _____

Мамандардың консультациясы: (Консультации специалистов:) _____

Зертханалық-диагностикалық зерттеулер: (Лабораторно-диагностические исследования:) _____

Өткізілген емдеу: (Проведенное лечение:) _____

Шығару кезіндегі жағдай: (Состояние при выписке:) _____

Емдеу нәтижесі: (Исход лечения:) _____

Емдеу және еңбек ұсыныстары: (Лечебные и трудовые рекомендации:) _____

Қаржыландыру көзі: (Источник финансирования:) _____

Емдеу құны: (Стоимость лечения:) _____

Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)): _____

қолы (подпись) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

қолы (подпись:) _____

***"Стационарлық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірме" (бұдан әрі - үзінді көшірме) №001/е нысанында емделіп шығу жағдайы туралы деректерді енгізуді аяқтау пациент стационардан шығарылған күні жүзеге асырылады. Үзінді көшірмеге енгізілген деректер расталғаннан кейін, гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу жағдайларын қоспағанда, түзетуге жатпайды.

"Патологоанатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы)" № 002/е нысаны №

Хаттаманы толтырған ұйымның мекенжайы

Пациент картасының №

Пациенттің ЖСН _____

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

Туған күні-" _____ " _____ 20 ____ г

Жынысы

ер

әйел

Жасы

Ұлты

Тұрғыны

қала

ауыл

Азаматтығы _____

Тұрғылықты мекен-жайы _____

Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны _____

Кәсібі Білімі _____

Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің № _____

МҰ емдеу атауы (МҰ тіркелімінен) _____

Ауруханаға әкелінді

(сағаттан (күннен) кейін сырқаты басталғаннан соң)

Өткізілген төсек-күн

Қайтыс болған күні _____

Мәйітті ашу күні мен уақыты _____

Емдеуші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

Мәйітті ашуға қатысқандар Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Жолдаған ұйымның диагнозы _____

Түскен кездегі диагнозы _____

Стационардағы клиникалық диагноздары және олардың қойылған күні _____

Қорытынды клиникалық диагноз және оны қойған күні _____

Негізгі ауру _____

Негізгі аурудың асқынуы _____

Қосалқы аурулары _____

Қайтыс болу себебі _____

Клиникалық –зертханалық зерттеулер нәтижелері _____

Патологоанатомиялық диагноз (негізгі ауруы, асқынулары, қосалқы аурулары) _____

Клиникалық диагностикалау қателері (керекті астын сызыңыз, жазыңыз):

Негізгі ауруы бойынша диагноздың айырмашылықтары

Кеш диагностикалау

негізгі ауруы

асқынулары бойынша

қайтыс болуға әкелген асқынуының

қосалқы аурулары бойынша

басқа

Диагноз айырмашылықтарының себептері

Диагностикадағы объективті қиындықтар

Аз уақыт болуы

Пациенттің толық қаралмауы

Қарау деректерін асыра бағалау

Аурудың сиректігі

Диагнозының дұрыс ресімделмеуі

Қайтыс болу себептері №

қайтыс болғаны туралы дәрігерлік куәлікте №

мынадай жазбалар жасалған

Диагноздың АХЖ-10 бойынша коды мен атауы _____

Дәрігердің, патологоанатомның, бөлімше меңгерушісінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID _____

Патологоанатомиялық зерттеудің нәтижелері

Бойы:

Дене салмағы:

Дене мүшелері салмағы:

Ми:

Жүрек:

Өкпе:

Бауыр:

Көк бауыр:

Сол бүйрек, оң бүйрек:

Тимус:

Қысқаша клиникалық деректер:

Патологиялық зерттеуге тілімдер алынды

Блоктар дайындалды

Басқа зерттеу әдістеріне материал алынды

Бір данада толтырылады. Сызбалар мен фотосуреттер қоса беріледі

Гистологиялық зерттеу нәтижелері

Қосымша ___ парақ

Сызбалар, кестелер, фотосуреттер (қанша)

Конференцияда талқылану күні
Патологоанатомның Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

№ 002/е "Патологоанатомиялық зерттеухаттамасы (картасы)" нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

"Қан, оның компоненттері және диагностикалық стандарттардың қозғалысын есепке алу нысаны" № 003/е нысаны

1. Өнімді алған күні мен уақыты – " ____ " _____ 20 ____ г. _____
2. Дайындаушы ұйым _____
3. Заттаңбаның нөмірі (сериясы) _____

4. Дайындалған күні/сақталу мерзімі _____
5. Қан тобы, резус-тиістілігі (бар болған жағдайда) _____
6. Өнімнің атауы (бар болған жағдайда) _____
7. Мөлшері _____

8. Өнімнің келуін тіркеген маманның идентификаторы _____

9. Құйылуға/қолдануға берілген өнімнің уақыты мен күні– " ____ " _____ 20 ____ жыл

10. Өнімді қодануға берген бөлімшенің атауы _____
11. Өнімді қодануға берген маманның идентификаторы _____
12. Өнімді қабылдаған маманның идентификаторы _____

13. Есептен шығарудың уақыты мен күні– " ____ " _____ 20 ____ жыл

14. Есептен шығарудың себебі _____

15. Кәдеге жаратудың уақыты мен күні- " ____ " _____ 20__ жыл

16. Кәдеге жаратудың тәсілі _____

17. Кәдеге жаратқан маманның идентификаторы.

"Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы" № 004/е нысаны _____ жылға

Қанды жинау күні	Босану сырқатна масының №	Босанушының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Жеке сәйкестендіру нөмірі	Туған күні	Бригада мүшелерінің тегі (дәрігердің, акушердің, санитардың)	Пробиркалар саны	Мөлшері		Ескерту
							қанның	сарысудың	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

"Пациенттар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы бөлімшенің атауы, төсек бейіні" № 005/е нысаны

	Ұйымның коды	Іс жүзінде жазылған төсектер, жөндеуге жиналған төсектердің қосқанды	олардың ішінде жөндеуге жиналған төсектер	Өткен тәулікте р басындағы пациенттар саны	Өткен тәуліктердегі пациенттар қозғалысы					
					Түскен пациенттар (аурухана ішінде ауыстырылғандарсыз)				Аурухана ішінде ауыстырылған пациенттар	
					Барлығы	Ауыл тұрғындары	14 жасқа дейінгі балаларды қосқанда детей в возрасте до	15-17 жастағы балаларды қосқанда	басқа бөлімшелерден	басқа бөлімшелерге
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Барлығы оның ішінде төсектер бойынша										

Кестенің жалғасы

Өткен тәуліктердегі пациенттар қозғалысы		Осы күннің басында	
Шығарылған пациенттар	Қайтыс болғандар	Пациенттар саны	Ауру балалардың жанында

								ы аналары детях
Барлығы	олардың ішінде баска стационарларға ауыстырылғандар	оның ішіндегі ауыл тұрғындары	14 жас. дейінгі балаларды қосқанда	15-17 жастағы балаларды қосқанда		Барлығы	олардың ішіндегі ауыл тұрғындары	
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Ағымдағы күннің басында бос төсектердің саны (1 күні)		Жақын арадағы бес күндегі бос төсек орындардың болжамды саны									
		2 күн		3 күн		4 күн		5 күн		6 күн	
барлығы	Олардың ішінде әйелдердің,	барлығы	Олардың ішінде әйелдердің,	барлығы	Олардың ішінде әйелдердің,	барлығы	Олардың ішінде әйелдердің,	барлығы	Олардың ішінде әйелдердің,	барлығы	Олардың ішінде әйелдердің,
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

Пациенттар тізімі

Түскен пациенттардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Осы аурухананың басқа бөлімшелерінен ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) осы аурухананың басқа бөлімшелерінен	Ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда).	Шығарылғандардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда).	басқа стационарларға	Қайтыс болғандардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Ескерту
1	2	3	4	5	6	7	

"Пациенттар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы" № 005/енысанын толтыру бойынша бойынша түсініктеме:

Стационардағы төсек қоры мен пациенттар қозғалысын есепке алу парағы ұйымның ішкі бұйрығымен бекітілген сметасына сәйкес аурухананың құрамындағы бөлінген әр бөлімшеде толтырылады.

Аурухана бойынша ішкі бұйрықпен бекітілген өз ішінде арнайы бейінге (мысалы, хирургиялық және гинекологиялық бөлімшелер құрамындағы онкотөсектер, неврология бөлімшесінде балаларға арналған төсектер) бөлінген төсектері бар бөлімшелерде, параққа бірінші жолмен барлық төсектер саны және барлық пациенттар қозғалысы туралы мәлімет жазылады (арнайы бейіндер төсектері туралы мәліметтерді

қоса), ал арнайы бейіндердің төсектері мен пациенттарының қозғалысы туралы мәлімет келесі жолдарда жазылады.

Бөлімшелердің құрамынан арнайы бейіндерге бөлінген төсектер туралы жолдарды толтырғанда, бөлінген төсектердің бейініне сай келетін сырқатымен жатқан пациенттар қозғалысы, бөлімшенің қай төсегінде жатқанына қарамастан көрсетіледі. Мысалы, хирургия бөлімшесінің құрамынан ішкі бұйрықпен урологиялық пациенттарға 3 төсек бөлінді, ал іс жүзінде бөлімшеде 3 емес 5 урологиялық пациент жатқан жағдайда, бұл пациенттар қозғалысы урологиялық төсектермен көрсетіледі. Сонымен қатар урологиялық ауруы бар пациенттар құрамында урологиялық төсектері жоқ басқа бөлімшелерге де жатқызылуы мүмкін. Бұл пациенттар туралы деректер, тек олар жатқан бөлімшелердің мәліметінде көрсетіледі; құрамында урологиялық төсектері бар бөлімшенің урологиялық пациенттары туралы мәліметке қосылмайды. Аурухана бойынша жиынтық мәлімет алу үшін, статистика бөлмесіне бөлімшелерден өткізіліп, тексерілген парақтардағы мәліметтерді бүкіл аурухана бойынша жүргізілетін пациенттар мен төсек қорын есепке алу күнделігіне жазады.

Ескерту: егер аурухана мен оның бөлімшелерінің есебін мейірбике жүргізетін болса, онда жеке-жеке парақтар толтыру керек емес. Мұндай ауруханаларда пациенттар мен төсек қорын есепке алу күнделігі бүкіл аурухана бойынша жүргізіледі, арнайы бейіндегі бөлімшелер мен төсектер туралы деректер әр күн сайын толтырылып, айдың аяғында қосындысы шығарылады.

3 - бағанда жөндеу жұмыстарына, карантинге, басқа себептермен байланысты уақытша жиылған төсектерді қоса, смета аумағында іс жүзінде қанша төсек жазылғанын көрсетеді. Бұл санға бөлімшенің толып кетуіне байланысты палаталардың, дәліздердің және тағы басқа бос жерлерінде жазылған төсектер саны қосылмайды. 3-бағанда көрсетілген төсектер санынан, 4 -бағанда жөндеуге және басқа себептермен жиылған төсектер саны көрсетіледі.

5 – 17 - бағандарда өткен тәуліктер, кешегі таңғы сағат 9-дан ертеңгі күнгі таңғы сағат 9-ға дейін (бұрыннан жатқан, жаңадан түскен, бір бөлімшеден екіншісіне ауысқан, ауруханадан шыққан, қайтыс болған) болған пациенттар қозғалысы жазылады. 18 и 19 - бағандарда бөлімшеде бүгінгі сағат 9-дан жатқан пациенттар саны жазылады. Өткен күннің 18 - бағандағы пациенттар саны бүгінгі күннің 5-бағанына көшіріліп жазылады.

Күнделікті пациенттар санын салыстырып тексеріп отыру керек, яғни бүгінгі күннің басында көрсетілген пациенттар саны (16), өткен күннің басындағы (5), жаңа түскен (6), және басқа бөлімшеден ауыстырылған (10) пациенттар санының қосындысынан басқа бөлімшелерге ауысқан (11), шығарылған (12), және қайтыс болған (17) пациенттар санын шегергендегі санға тең, $5 + 6 + 10 - 11 - 12 - 17 = 18$.

21-22 бағандарда жақын арадағы бес күндегі бос төсек орындарының болжамды саны көрсетіледі.

23-32 бағандарда төсектердің бейіні бойынша ең жақын 5 күнге бос орындардың болжамды саны беріледі.

Күнделікті деректерді бөлім меңгерушісі медициналық ұйымның статистика қызметіне беруі тиіс, олар одан әрі өңірлік емдеуге жатқызу бюросына ақпаратты жібереді. Стационардағы бос төсектерді есепке алу парағына бөлім меңгерушісі және басшысы қол қоюы тиіс.

"Қанды, оның компоненттерін құюды есепке алу нысаны" № 006/е нысаны

1. Қан құю күні мен уақыты
2. Қан құю жиілігі (біріншілікті, қайта)
3. Медициналық карта нөмірі
4. Пациенттің жеке сәйкестендіру нөмірі
5. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
6. Пациенттің туған күні
7. Қан тобы, резус-тиістілігі
8. Қан құюға көрсетілімдері
9. Трансфузиялық ортаның атауы
10. Құйылатын донор қаны мен оның компоненттерінің тобы мен резус-тиістігі (бар болған жағдайда)
11. Заттаңба №, сериясы
12. Дайындаушы ұйымы
13. Дайындалған күні/сақталу мерзімі
14. Құйылған өнімнің мөлшері
15. Құю тәсілі
16. Трансфузияның жағымсыз әсері (түрі, ауырлығы)
17. Қан құюдың өткізген маманның идентификаторы

"Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алуды есеп нысаны" № 007/е нысаны

1. Пациенттің жеке сәйкестендіру нөмірі
2. Пациенттің ЖСН
3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
4. Тұрғылықты мекенжайы
5. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны
6. Тіркелген МҰ
7. Стационарда болу мерзімі
8. Төсек-орын бейіні
9. АХЖ-10 коды

10. Барлық трансфузиялардың жритроциттер/ дозалары, плазма/дозалары, тромбоциттер, дозалары, гранулоциттер/дозалары

"Мәйттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы" № 008/е нысаны _____ жыл

Р/с №	Мәйттің түскен күні	Жеке сәйкестендіру нөмірі	Қайтыс болған адамның Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Туған күні	Жынысы (ер, әйел)	Мәйтті кім қабылдап алды (Т.А.Ә. бар болған жағдайда)	Мәйт әкелінген (бөлімшесінің немесе осы МҰ аты)	Стационарлық пациент картасының №	Қайтыс болған адам жерленетін зират атауы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Мәйттерді беруді негіздеу	Мәйтті кім берді (Т.А.Ә. бар болған жағдайда)	Мәйтті беру немесе аураhana жерлеген күн	Кімнің өкімі бойынша мәйт ашусыз берілді	Мәйт жерлеуге берілген туыстарының немесе басқа адамдардың қолхаты және олардың төлқұжатының №, сериясы	Ілесушінің тегі
11	12	13	14	15	16

"Биологиялық өлімді констатациялау/ транспланттау үшін донор-мәйттен ағзалар мен тіндерді алу/ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі" № 009/е нысаны

Толтырылған күні мен уақыты

ЖСН

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Медициналық картасының №

Медициналық ұйымның атауы

Негізгі диагнозы

Өлім себебі

Комиссия құрамы:

Реанимация бөлімінің меңгерушісінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Реаниматолог дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Емдеуші дәрігерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Сот-медицина сарапшысының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Азаматтың биологиялық өлімін констатациялау уақыты

Транспланттау үшін донор-мәйттен ағзалар мен тіндерді алу кезінде толтырылады:

Донорлық ағзалар мен тіндердің алынуы пациенттің өлімі (ми өлімі) констатацияланған соң, рұқсат берген адам (ұйымын, лауазымын, Т.А.Ә. көрсетіңіз)

Донорлық ағзалар мен тіндерді алуды жүргізген дәрігер (лер)-хирург (тар): Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID, лауазымы

Донорлық ағзаларды алу тәсілі (құрал қолдану әрекеттері мен операциялардың сипаттамасы)

Донорлық ағзалар мен тіндерді алу кезінде қатысқандар:
сот-медицина сарапшысы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID
реаниматолог Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Донорлық ағзалар мен тіндер қайда салынды, кімге берілді

Алудың басталған уақыты

Алудың аяталған уақыты

Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау кезінде толтырылады:

Ми өліміне әкеп соққан ауруының диагнозы

Комиссия құрамы:

Емдеуші анестезиолог-реаниматор дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Невропатолог Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Маман-дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Азаматтың жағдайын қарап анықтады:

1. Сананың жай-күйі мен сыртқы әсерлерге мақсатты серпілістері бойынша
2. Өз еркімен дем алуы бойынша
 - 2.1. Ажырату тесті кезінде
3. Бұлшық еттер тонусы бойынша
4. Қарашықтар жағдайы бойынша (По состоянию зрачков) _____
5. Ми деңгейінде тұйықталатын сыртқы әсерлерге рефлекстік серпілістер бойынша (зерттелген серпілістерді көрсетіңіз, жұлын тарапынан жауап бар-жоғын көрсетіңіз)
6. Дене температурасы
7. Артериялық қан қысымы
8. Электроэнцефалографиялық зерттеулер деректері бойынша
9. Ангиография деректері бойынша
10. Бақылау мерзімі сағат, дүркін-дүркін неврологиялық қарау әр _____ сағат сайын
11. Қосымша зерттеулердің деректерін (токсикологиялық, мидың зат алмасуын анықтау және т.б.) ескере отырып

"Биологиялық өлімді констатациялау/транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу/ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі" № 009/е нысанының қысқартулары:

--	--	--

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

"Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы" № 010/е нысаны 20__ жылғы " __ " _____ басталды 20__ жылғы " __ " _____ аяқталды

P/c №	Донордың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Қан тобы	Резус-тиістілігі	Дайындалған күні	Зат таңба №	Сүйек кемігін мұздатуға дайындық							
						салқындатқышы ерітінді	қанның (сарысудың) № мен дайындалған күні АВ (N) топтары	контейнерлер №	контейнердегі сүйек кемігінің өлшемінің көлемі	ядролық калекалардың жалпы саны	клеткалардың өміршеңдігі (эозинсынама асы)	мұздату алдында сүйек кемігінің бактериялық тексеру	сүйек кемігі мұздатуға дайындалған дәрігердің тегі
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

024/е н. артқы беті

Мұздату күні	Еріту						Сүйек кемігі қайда берілді		Берілген күні мен уақыты (сағат, минут)	Жарамдылық мерзімі	Сүйек кемігін алған адамның қолхаты
	Күні	Контейнерлер №	Транспланттауға дайындалған сүйек миының көлемі мен құтылардың саны	Ядролық калекалардың саны млрд-пен	Клеткалардың өміршеңдігі (эозинсынама асы)	Батериологиялық тексеру	Сүйек кемігін еріткен дәрігердің тегі				
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

"Консервіленген донорлық тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) паспорты" № 011/е нысаны

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алған денсаулық сақтау ұйымы

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) атауы, саны

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) алынған күні және уақыты

Донордың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) жасы, жынысы

Қан тобы, резус _____

Түскен уақыты _____

Сықатнаманың № _____

Диагноз _____

Өкпенің жасанды ауаны жаңартуда болу уақыты _____

Гипотензия уақыты _____

Соңғы тәуліктегі, сағаттағы диурез _____

Донорды фармдайындау _____

Ишемия кезеңі _____

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алу ерекшеліктері

Жуу кезіндегі қысым _____

Жуу сатысы _____

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) консервілеу әдісі, консервілейтін ерітіндінің атауы:

Консервілейтін ерітіндінің пайдалану мерзімі:

ИФА және (немесе) ПЦР өткізу күні және зерттеу нәтижелері:

- АИТВ:

- Гепатит В:

- Гепатит С:

- Сифилис:

Консервілеу кезеңі:

Бүйректің оң _____ сол _____

Өкпенің оң _____ сол _____

Жүректің _____

Бауырдың _____

Басқа _____

Реципиенттердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

1. _____ 2. _____

Жасы, қан тобы 1. _____

2. _____

Донордың иммунологиялық көрсеткіштері

Реципиенттердің

1. _____

2. _____

Трансплантат функциялары _____

Денсаулық сақтау ұйымының атауы, тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алған және консервілеген тұлғалардың қызметі, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда):

Консервілеуге жауапты тұлғалардың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), қолы:

Күні, айы, жылы, уақыты: " _____ " _____ 20__ жыл " _____ " сағат " _____ " минут

"Стационардан шыққанның статистикалық картасы" № 012/е нысаны (тәуліктік, күндізгі) №

Жалпы бөлім:

1. ЖСН _____

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

3. Туған күні – " _____ " _____ 19__ жыл _____

4. Жынысы _____

5. Жасы _____

—
6. Ұлты _____

—
7. Азаматтығы (елдер анықтамалығы) _____

—
8. Тұрғын _____

қала

ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Лауазымы _____

—
Білімі _____

11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің № _____

—
12. Өтеу түрі _____

13. Әлеуметтік мәртебесі _____

14. Емдеуге жатқызу түрі

бірінші рет

қайталап

Жоспарлы емдеуге жатқызу кезінде толтырылады:

Емдеуге жатқызу коды _____

Арнайы стационарлар үшін қосымша толтырылады:

Емдеуге жатқызу мақсаты (онкологиялық бейін, наркологиялық бейін, психикалық бейін)

15. Пациент кіммен жіберілді _____

16. Жолдаған МҰ атауы (МҰ тіркелімінен) _____

17. Жолдаған ұйымның диагнозы _____

18. Түскен кездегі диагнозы _____

19. Жарақаттың түрі:

1) Тұрмыстық

2) Көшеде

3) ЖКО

4) Мектепте

5) Спорттық

20. Қатыгездікпен қарау синдромы:

оның ішінде:

1) қараусыз қалу немесе бас тарту

2) физикалық қатыгездік

3) сексуалдық қатыгездік,

4) психологиялық қатыгездік

5) қатыгездікпен қараудың басқа да синдромдары

6) анықталмаған қатыгездік синдромы

21. Емдеуге жатқызылды:



қарайтын адаммен



баланы емізетін анамен

22. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты

23. Бөлімше, палата №

24. Реанимацияда болды

- 25. Төсек бейіні
- 26. Тасымалдау түрі
- 27. АИТВ-ға зерттеп-қарау
- 28. Қан тобы, резус-фактор
- 29. Аллергиялық реакциялары
- 30. Дәрілердің жағымсыз әсерлері (жақпауы)



иә



жоқ

препараттың атауы, жағымсыз әсерінің сипаты

31. Қорытынды клиникалық асқынулар диагнозы

Қосарласқан ауру 1

Қосарласқан ауру 2

Стационарлар толтырады:

1. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы

Көрсетілген қызметтердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	
---	-----	---------------	------	--

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	
---	-----	---------------	------	--

Қолданылған операциялық және анестезиологиялық дәрі-дәрмектердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	
---	-----	---------------	------	--

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	
---	-----	---------------	------	--

2. Хирургиялық операция

Күні Уақыты	Операцияның атауы мен коды	Анестезия (коды)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2- жоспарлы	Операциядан кейінгі асқынулар	Арнаулы аппаратура (коды)	Дәрігерлердің коды
-------------	----------------------------	------------------	--	-------------------------------	---------------------------	--------------------

Хирургиялық операциялар

	код атауы			код атауы		Хирург Ассистент
	код атауы			код атауы		Хирург Ассистент
	код атауы			код атауы		Хирург Ассистент
	код атауы			код атауы		Хирург Ассистент

Нашақор пациенттарға көмек көрсететін стационарларға толтырады:

Есірткіні пайдалану түрі:

	Есірткінің түрі	Тұрақты пайдалану мерзімі (жыл)	Есірткіні алғашқы пайдаланған жасы	Пайдалану тәсілі	Пайдалану жиілігі
Негізгі есірткі					
Басқа есірткі (1)					
Басқа есірткі (2)					

Онкологиялық пациенттарға көмек көрсететін стационарларға толтырады:

Ісіктің орналасуы

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Ісіктің морфологиялық түрі

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Ісік процесінің сатысы:

TNM жүйесі бойынша сатысы:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Алыс метастаздардың орналасуы:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Асқынған сатыда алғаш рет анықталған ісіктер үшін:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Процестің өрістеуі кезінде:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Диагнозды растау әдісі:

- нұсқалықты көрсету:

(C81-96) – қауіп тобы:

Осы емдеуге жатқызу кезеңінде жүргізілген емнің сипаты:

Емдеу көлемі:

Толық емделмеу себебі

Емдеу түрі. Сәулемен емдеу

Сәулемен емдеу курсының басталған күні

Сәулелеу тәсілі:

Сыртқы сәулелендіру



Тіркескен сәулелендіру



Сәулелендірудің басқа түрі

Сәулелік терапия түрі:

Сәулелік терапия әдісі:

Үзіліссіз

Фракцияланған

Фракцияланған дәстүрлі емес

Сәулелік терапия

Радиомодификаторларды қолдану:

Сәулелендірудің қосынды ошақтық дозасы: ісікке

гр., метастазаға гр.

гр.

Сәулелік емдеудің асқынулары:

Сәулелік терапевт ID

Химия-терапиялық емдеу курсының басталған күні

Химия-терапия түрі:

Пациенттарға акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарларға толтырады:

Босану орны:

Жүктілік саны №

Босандыру сипаты

Босану саны

Жүктілікті үзу, босану немесе өлім кезіндегі жүктілік мерзімі, апта

Аборт түрлері: *хирургиялық жағдайда.

Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер:

Туу күні уақыты	
Бала туды	
Баланың жынысы	
айы-күні жетіп/ шала	
Туу кезіндегі баланың физикалық өсуі	Бойы <input type="text"/> Салмағы <input type="text"/> Кеуде айналымы <input type="text"/> Бас айналымы <input type="text"/>
Тұқым қуалайтын патологияларға скрининг	
Аудиологиялық скрининг	Күні, нәтижесі
Офтальмологиялық скрининг	Күні, нәтижесі
Вакцинация	БЦЖ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> жоқ ИПВ (ОПВ) <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> жоқ Гепатит <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> жоқ
Шығуы	
Тууына қатысты өлім	
АХЖ-10 диагнозы Диагноз атауы	

Жаңа туған нәресте перзетханада емдеуден өтті

иә

жоқ

Қорытынды бөлім стационарлық көмек көрсетудің кез-келген жағдайында толтырылады

1. Ауруханада болуы немен аяқталды
2. Емдеу немен аяқталды
3. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты
4. Төсек-күндер өткізілді

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

"Стационардан шыққанның статистикалық картасы" № 012/е нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін бірегей белгі))
2	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
3	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
4	МҰ	Медициналық ұйым
5	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Стационардан шыққанның статистикалық картасына 1-қосымша парақ

Жіті коронарлық синдромы бар пациенттің картасы № картаны толтыру күні

ЖКС:

жоқ

иә

ST көтеруімен



ST көтерілуісіз

1. ST көтеруімен ЖКС орналасуы



алдыңғы



төменгі



қапталық



оң жақ қарынша (ОҚ) (RV3R, RV4R бұру) (правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)



Белгісіз

2. ST көтерусіз ЖКС Орналасуы



алдыңғы



төменгі



қапталық



оң жақ қарынша (ОҚ)

белгісіз

3. Алғашқы ЭКГ жасалған күні және уақыты

Индекстік жағдайдың уақыты (ишемия белгілерінің басталуы) уақыты (кк/аа)

Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну) (белгі картасы бойынша қабылдаған шақырту уақыты)

Медициналық персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты

Жағдай орын алған орын

үйде

жұмыста

қоғамдың орында

басқа

Келу орны:

қабылдау бөлімі

РжҚТБ/ ҚТА/ ҚТП (қабылдау бөліміне соқпай)

зертхана (қабылдау бөліміне соқпай, РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП)

4. Қауіп факторлары

Артериялық гипертензия

жоқ

иә

белгісіз

Қант диабеті

жоқ

иә (ем-дәм терапиясы, пероральды терапия, инсулин терапиясы)

белгісіз

темекі шегу

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Алкоһоль (нашақорлық)

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Артық дене салмағы

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Төмен физикалық белсенділік

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Дислипидемия



жоқ



иә (кейде, үнемі)



белгісіз

Тұқым қуалау бейімділігі



жоқ



иә (кейде, үнемі)



белгісіз

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары



жоқ



иә (кейде, үнемі)



белгісіз

Басқалар



жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

5. Бұрын болған кардиалық анамнез
Басынан өткерген миокарды инфаркт

жоқ

иә

белгісіз

Жүрекшелер фибрилляциясы

жоқ

иә

белгісіз

Тұрақты стенокардия ширьққан

жоқ

иә

белгісіз

Тұрақсыз стенокардия

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

ЭКС/ИҚД /СҚТ (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

Жүрек қақпашаларының аурулары

жоқ

иә

белгісіз

Кардиомиопатия

жоқ

иә

белгісіз

Жүректің созылмалы жеткіліксіздігі

жоқ

иә (NYNA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

белгісіз

6. Ілеспелі кардиалық емес патология
МҚЖБ (ОНМК)

жоқ

иә

1-геморрагиялық инсульт,

2- ми инфаркті,

3-транзиторлық ишемиялық өршу

белгісіз

Бүйректің созылмалы ауруы (БСА)

жоқ

иә

белгісіз

Перифериялық тамырлар ауруы/ қолқа аневризмасы

жоқ

иә

белгісіз

Соңғы 5 жылдың ішіндегі онкологиялық аурулар

жоқ

иә

белгісіз

АІЖ аурулары (ойықжаралар, эрозиялар)

жоқ

иә

белгісіз

ӨСОА

жоқ

иә

белгісіз

Өмір сүру сапасын төмендететін басқа аурулар

жоқ

иә

белгісіз

Отбасы анамнез

жоқ

иә

белгісіз

7. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі

Белгілері:

Кеудедегі жайсыздық/ ауырсыну

жоқ

иә

белгісіз
Ентігу

жоқ

иә

белгісіз
Жүректің тоқтауы

жоқ

иә

белгісіз
Талу

жоқ

иә

белгісіз
Қысымының төмендеуі

жоқ

иә

белгісіз
Әлсіздік

жоқ

иә

белгісіз
Басқа симптомдар

жоқ

иә

белгісіз
Симптомсыз ағым

жоқ

иә

белгісіз

8. Физикалық деректері (түсу кезінде)

ЖЖЖ

минутына соғу

Систолалық АҚ

мм. сын. бағ. диастолалық

орта АҚ

мм.сын.бағ.

минутына соғу

9. Жүрек функциясының жеткіліксіздігі (ЖФЖ) түскен кездегі Killip бойынша класс

I,

II,

III,

IV

белгісіз

Қан талдамасы (түскен кезде)

Вч-Тропонин I/T (түскен кезде)

жоқ

иә

а) Вч-Тропонин I/T (ең жоғары мағына)

МВ-КФК

жоқ

иә

d - димер

жоқ

иә
BNP/pro BNP

жоқ

иә
Гемоглобин

жоқ

иә
Гематокрит

жоқ

иә
Тромбоцит

жоқ

иә
Глюкоза

жоқ

иә
Липидты спектр

жоқ

иә, ТТЛП

жоқ

иә, ЖТЛП

жоқ

иә, ТГ

жоқ

иә)

Креатинин

жоқ

иә мкмоль/л

Креатининнің шумақшалық сүзілу жылдамдығы _____ (автоматты есептеу)

Калий

жоқ

иә

Магний

жоқ

иә

Кальций

жоқ

иә

10. Аспаптық зерттеу әдістері
ЭКГ (түскен кезде/ динамикада)

жоқ

иә

Ырғақ (Ритм)

синустық

жүрекшелер фибрилляциясы

электрокардиостимулятор ырғағы (ЭКС)

басқа

белгісіз

QRS

қалыпты

Гис шоғыры сол жақ қарыншасының блокадасы (ШСАБ)

Гис шоғыры оң жақ қарыншасының блокадасы (ШОАБ)



басқа



белгісіз
ST T



ST сегментін көтерумен



ST сегменті көтерусіз



T тегігінің инверсиясы



қалыпты ЭКГ



басқа



белгісіз
ЭхоКГ (түсу кезінде)



жоқ



иә;

N (>50%)Симпсон бойынша солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)

болмашы төмендеу (41-50%)

қалыпты төмендеу (31-40%)

айқын сипатталған төмендеу (<30%)

Сол жақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ
Жергілікті жиырылғыштың бұзылған аймақтарының болуы:

жоқ

иә (

гипокинезия,

-акинезия)

КТ

ЖОҚ

иә
МРТ

ЖОҚ

иә
11. Қауіп шкалалары:
GRACE ишемия қаупінің шкаласы (түсу кезіндегі қауіп санаты)

ЖОҚ

иә

Клиникалық себептері		Баллдар
Жасы (жас)	<30	0
	30-39	8
	40-49	25
	50-59	41
	60-69	58
	70-79	75
	80-89	91
	>90	100
Жүректің жиырылу жиілігі (минутына соғу)	<50	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	15
	110-149	24
	150-199	38
	>200	46

Систолалық артериялық қысым (мм. сын. бағ.)	<80	58
	80-99	53
	100-119	43
	120-139	34
	140-159	24
	160-199	10
	>200	0
Сарысу креатининің деңгейі (мкмоль/л)	0-35.3	1
	35-70	4
	71-105	7
	106-140	10
	141-176	13
	177-353	21
	>354	28
Жүректің жеткіліксіздік классы (Killip жіктемесі бойынша)	I	0
	II	20
	III	39
	IV	59
Жүректің тоқтап қалуы (пациент түскен уақытта)	Иә	39
ST сегментінің девиациясы	Иә	28
Кардиоспецификалық ферменттердің деңгейі диагностикалық мағынада артуының болуы	Иә	14

Баллдар саны

GRACE <http://www.outcomes.org/grace> электрондық калькулятор

GRACE 2 электрондық калькулятор (креатинин деңгейі және Killip бойынша ауырлық класстары туралы деректер болмаған кезде пайдаланылады)

Баллдардың жалпы саны

Жоғары >140 балл

Орташа 109 – 140 балл



Төмен <108 балл

Пациенттардың қаупін клиникалық бағалау

ST ЖКС бар пациенттар қаупінің стратификациясы:



жоқ



иә

Өте жоғары қауіп өлшемшарттары



жоқ



иә



гемодинамикалық тұрақсыздық немесе кардиогендік шок



Keудедегі қайталанатын немесе жалғасқан ауырсыну, дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты



Өмірге қауіпті аритмиялар немесе жүректің тоқтауы



МИ механикалық асқынулары

Рефрактерлі стенокардиямен немесе ST сегментінің ауытқуы бар жүрек функциясының жіті жеткіліксіздігі

ST сегментінің немесе T ирегiнің қайталанған динамикалық өзгерістері, әсіресе ST сегментінің ауыспалы элевациясымен

Жоғары қауіп өлшемшарттары

жоқ

иә

МИ байланысты, жүрек тропониндері деңгейінің көтерілуі немесе төмендеуі

ST сегментінің немесе T ирегiнің динамикалық өзгерістері (симптомдық немесе асимптомдық)

GRACE шкаласы бойынша баллдардың сомасы >140

Аралық қауіп өлшемшарттары

жоқ

иә

Қант диабеті

Бүйректің жеткіліксіздігі (ШСЖ < 60 мл/мин/1,73 м2)

Дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты

ОҚ ШФ <40% немесе жүрек функциясының іркілген жеткіліксіздігі

Ерте инфаркттен кейінгі стенокардия

Жақында өткізілген ТКА

Бұрын жасалған АКШ

GRACE қауіп шкаласы бойынша баллдардың қосындысы >109 және
Төмен қауіп өлшемшарттары

жоқ

иә



Жоғарыда аталмаған кез келген сипаттамалар (ишемияның қайталанған белгілері жоқ, өзгеріссіз. ЭКГ, тропониндеңгейі жоғарламаған)

CRUSADE қан кету қауіп шкаласы

Көрсеткіш (предиктор)	Мағыналар интервалы	Баллдар
Бастапқы гематокрит (%)	<31	9
	31-33.9	7
	34-36.9	3
	37-39.9	2
	≥ 40	0
Креатинин клиренсі *	≤ 15	39
	>15-30	35
	>30-60	28
	>60-90	17
	>90-120	7
	>120	0
Жүрек жиырылуының жиілігі (минутына/соғу)	≤ 70	0
	71-80	1
	81-90	3
	91-100	6
	101-110	8
	111-120	10
	≥ 121	11
Жынысы	Ер	0
	Әйел	8

CRUSADE электрондық калькуляторы: <http://www.crusadebleedingscore.org/>

Баллдардың жалпы саны

CRUSADE қан кету қауіп



жоқ



иә

12. Тромботикалық асқынулар қауіпін бағалауға арналған CHA2DS2-VASC шкаласы (Жүрекшелер фибрилляциясы кезінде)

Баллдардың жалпы саны:

(баллдар қосындысы 1 және одан жоғары болғанда инсульттің даму қаупі бар (антикоагулянтты терапия тағайындау қажет))

13. Емдеу

Атауы	Түскенге дейін қабылдады	Стационарда тағайындалды және қабылдады	
		Емдеуге жатқызудың алғашқы тәулігі (24 сағатқа дейін)	24 сағаттан кеш
Ацетилсалицил қышқылы	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Тикагрелор	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Клопидогрел	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
*Тромбоциттердің гликопротеин ІІb/ІІа рецепторларының ингибиторлары	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
ФЕГ (гепарин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Фонда паринукс	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
ТМГ (эноксапарин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Иә

	<input type="checkbox"/> Белгісіз	Белгісіз	<input type="checkbox"/> Белгісіз
*Бивалирудин (тек анамнезінде гепарининдукцияланған тромбоцитопения бар болған кезде)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
b-блокаторлары (ампулалардағы метопролол)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
b-блокаторлары (ампуладағы метопропол)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Нитроглицерин (таблеткалар* ампулалар, аэрозоль)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Аз уақыт әсер ететін нитраттар (мононитраттар)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Аз уақыт әсер ететін ААФИ	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз <input type="checkbox"/> басқа	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Есірткілік анальгетик (ампулалардағы морфин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
	<input type="checkbox"/>		

БРА (ААФ ингибиторлары жақпаған кезде)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Статиндер	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Седативті, анксиолитикалық терапия (ампулалардығы Диазепам)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Са антагонисттері (b-блокаторлар жақпаған кезде ұзақ әсер ететін)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Амиодарон	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Басқа антиаритмиктер	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Инсулин	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Қант деңгейін түсіретін препараттар	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз

К дәруменінің антагонистері/ Пероральды антикоагулянттар**	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Альдостерон антагонистері Спиронолактон эклеренон	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Диуретиктер	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Инотроптар (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Дигоксин	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Кардиоверсия дефибриляция	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жок <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Қанайналымды механикалық қолдау құрылғысы	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жок (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)	<input type="checkbox"/> И ә (д а) Экстракорпоральная мембранная оксигенация <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> Внутриорральная баллонная контрпульсация <input type="checkbox"/> Баска	<input type="checkbox"/> И ә (д а) Экстракорпоральная мембранная оксигенация <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> Внутриорральная баллонная контрпульсация <input type="checkbox"/> Баска

		<input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Белгісіз
Дене қызуы төмендеуі	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
ӨЖЖ	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз

* Препараттардың патенттелмеген атауы

** CHA2DS2-VASc шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

*** HAS-BLED шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Әріп	Клиникалық сипаттамасы	Баллдар
H	Гипертензия	1
A	Бүйрек функциясының бұзылуы және (әрбіріне 1 балл)	1+1
S	Ми инфаркты	1
V	Қан кету	1
L	Тұрақсыз МНО	1
E	Егде жас (>66 лет)	1
D	Дәрі-дәрмек немесе алкоголь (әрбіріне 1 балл)	1+1
Баллдардың ең жоғары саны		9

Баллдардың жалпы саны:

(3 және одан жоғары баллдардың қосындысында қан кету даму қаупі бар (сақтықпен антикоагулянтты терапияны тағайындау қажет)

14. Тромболитикалық терапия

Жоқ

Тромболитикалық терапияны жасамау себептері

кеш жүгіну (12 сағаттан артық)

қарсы көрсетілімдер

абсолютты,

салыстырмалы

ЭКГ өлшемшарттары жоқ

бастапқы ТКА

Иә,

тромболизистік терапия өткізу уақытының басталуы (күні/айы/).

тромболизистік терапия өткізу уақытының соңы (күні/айы/).

15. Тромболитикалық терапия өткізу кезеңі

Емдеуге жатқызуға дейін

Емдеуге жатқызу

қабылдау бөлімі

ҚТП/ ҚТА

басқасы

тиімсіз

тиімді (60 мин. ішінде ST 50% және одан жоғары төмендеуі, реперфузиялық аритмиялар)

16. Препарат

а) препарат түрі:

фибринге тән

фибринге тән емес

б) препарат атауы:

актилизе

тенектеплаза

ретеплаза

басқа

в) дозасы

толық доза

жарты доза

Тромболизис асқынуының болуы

жоқ

иә

Коронароангиография

жоқ

иә

Күні

Қызмет кодының атауы

Жоқ

Белгісіз

Тамырлы қолжетімдік:

радиалды

сан
Қалыпты КАГ:

жоқ

иә
Егер жоқ болса:

	СКА дiңгегi	АТА	УЗ	ОКА	Шунт	Баска (др.)
окклюзия						
стеноз \geq 50%						
стеноз $<$ 50%						
коронароспазм						
инфарктқа тәуелді артерия						
Интакты						

Көп тамырлы зақымдану

0,

1

2,

3 және жоғары

белгісіз

ТІМІ бойынша ИЗА немесе симптомдық тамырдағы қан ағу:

0

1

2

3

Реваскуляризация әдісін таңдау (бар болған жағдайда)

Syntax шкаласы

жоқ

иә

балдардың жалпы саны (общее количество баллов)

"Жүрек тобы" консилиумды таңдау

жоқ



иә

Теріастылық коронарлық араласу

Операция кодының атауы

Балонды үрлеу/ стентті орнату күні және уақыты



ST көтеруімен ЖКС:



Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.)



Сәтсіз тромболизистен кейін кезек күттірмейтін ТАК



Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат)



Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе ОҚ ШФ <40-50 жағдайда шығу алдында)



Реперфузиялық емсіз



ST көтерусіз ЖКС:



Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия/рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар ЖТ/ҚФ)



Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл)



Кеш инвазивті стратегия <72 сағат (қалыпты қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар 109-140 балл)



Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде)

	СКА дiңгегi	АТА	УЗ	ОКА	Шунт	Басқа
Жабыны бар стент						
Жабыны жоқ стент						
Тромбаспирациясы						
Текбаллдық ангиопластика						
Қанағымның және басқаның фракциялық резервін өлшеу						
ТІМІ-ІІІ ИЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша коронарлық қанағымды қалпына келтіру дәрежесі	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3

Стент ішіндегі рестеноз



жоқ

иә

Бифуркацияларды тарту

жоқ

иә

Тромбоэктомиялық құрылғыларды қолдану

жоқ

иә

Белгісіз

17. КАГ, ТКА кезіндегі асқынулар

Жоқ

Иә

стенд тромбозы



операция алдыңғы МИ



қан кету



ми инсульты



индукцияланған нефропатия контрастысы



сан арқылы ену жағынан солқылдайтын гематома



белгісіз



өлім



Белгісіз
Сәтті ТАА:



жоқ



иә

Белгісіз

Толық реваскуляризация:

жоқ

иә

Белгісіз

стационарлық емдеу кезінде 1 емшарадан артық:

жоқ

иә

Белгісіз

Аорталық-коронарлық шунттеу

жоқ

иә

Белгісіз

Операция кодының атауы

Жоқ

Иә АКШ бастау күні

шұғыл

ауру басталғаннан кейін 4-6 сағатқа дейін

24 сағатқа дейін

72 сағаттан артық

Шунттер:

вена

ЛГА

ПГА

басқа

Операциямен байланысты асқынулар:

операциядан кейінгі МИ

неврологиялық тапшылық

қан кету

жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуы

медиастенит

төссүйек тұрақсыздығы

басқалар

Электрокардиостимуляторды имплантантау (имплантация электрокардиостимулятора)

жоқ

иә

Белгісіз

Шұғыл

Жоспарлы

Операция кодының атауы

Уақытша ЭКС

Бір камералық

Екі камералық

Тұрақты ЭКС

Бір камералық

Екі камералық

басқа

Кардиовертел-дефибрилляторды имплантантау

жоқ

иә

Белгісіз

Шұғыл

операция кодының атауы

Кардиоресинхрондаушы құрылғыны (СРТИ) имплантациялау

жоқ

иә

Операция кодының атауы

Басқа операциялар:

жоқ

иә

Белгісіз

Шұғыл

Жоспарлы

Операция кодының атауы

18. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар

Killip бойынша СН классы

I

II

III

IV

белгісіз

Қайталанған МИ	<input type="checkbox"/> жок <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
	<input type="checkbox"/>

ЖФ (алғашқы рет болған)	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
ФЖ	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
АВ блокада II-III дәрежелі	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Механикалық асқынулар *	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Инсульт	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Қан кету	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Қан трансфузиясы	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Төмен гемоглобин	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз

БЖЖ (қарама-қарсы индукцияланған) нефропатия)	<input type="checkbox"/> жок <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Басқалар	<input type="checkbox"/> жок <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз

19. МИ механикалық асқынулар кезіндегі операциялар

жок

иә

Күні

Операция кодының атауы

20. Шығару кезіндегі зерттеулер

Шығару кезіндегі ЭКГ

синусты

ЖФ

ST көтеруімен жаңа МИ

өзгеріс жоқ

Шығару кезінде ЭХоКГ



N Симпсоны бойынша солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)



болмашы төмендеу (41-50%)



қалыпты төмендеу (31-40%)



айқын сипатталған төмендеу (<30%)



солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ
Шығару кезіндегі Killip бойынша СН классы



I



II



III



IV



белгісіз

Шығару кезіндегі стресс тест:

Жоқ

Иә (

стресс-ЭКГ (ВЭМ, тредмил),

стресс ЭхоКГ)

Тест нәтижесі теріс

Тест нәтижесі оң (стресс-индуц. Миокард ишемиясы)

Басқа диагностикалық зерттеулер

жоқ

иә

қаупі төмен көтерусіз ЖКС кезінде

MPT

басқа

21. Қорытынды диагноз

Диагноз, Инфаркт түрі коды

22. Қорытынды клиникалық диагноз

	Диагнозы	код	Инфаркт түрі
Қорытынды клиникалық диагноз	код. код.	1.	
		2.	
Асқынулар *	код. код.		
Қосарласқан ауру 1	код. код.		
Қосарласқан ауру 2	код. код.		

*Жүректің созылмалы жетіспеушілігі ЖСЖ (NYNA бойынша функционалдық класы) болған жағдайда

I,

II,

III,

IV

ЖКС аяқталуы:

ST көтерумен МИ (трансмуральды)

үзілген МИ

ST көтерусіз МИ (субэндокардиальды)

басқа аурулар:

Өкпе артериялары тармақтарының тромбоэмболиясы (ӨАТТ)

Қолқаның қабатталған аневризмасы

Такотсубо кардиомиопатиясы

Миокардит

басқа диагноздар

Стационардан шыққанның
статистикалық картасына
2-қосымша парақ

Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациенттің картасы № картаны толтыру күні

ишемиялық

геморрагиялық

транзиторлық ишемиялық өршу
пациент Д-есебінде тұрады ма

жоқ

иә

белгісіз
Пациент базистік гипотензиялық терапия қабылдады ма

жоқ

иә

белгісіз
антикоагулянтты терапия

жоқ

иә

тұрақты емес

белгісіз

антиагрегантты терапия

жоқ

иә

тұрақты емес

белгісіз

статиндер

жоқ

иә

тұрақты емес

белгісіз

Ишемиялық инсульттың кіші түрі:



атеротромбдық



артерио-артериялық эмболиялар



ми тамырларының тромбоздары



кардиоэмболикалық



гемодинамикалық



қуыстық



гемореологиялық микроокклюзия түрі бойынша

Индекстік жағдайға байланысты МҚЖБ алғашқы белгілерінің уақыты:

Жағдай орын алған орын:



үйде



жұмыста



қоғамдың орында

басқа

Қауіп факторлары

Артериялық гипертензия

жоқ

иә

белгісіз

Қант диабеті

жоқ

иә

белгісіз

Қан аурулары

жоқ

иә

белгісіз

Негізгі тамырлардың тарылу өзгерістері

жоқ

иә

белгісіз

Темекі шегу

жоқ

иә

белгісіз

Алкоголь

жоқ

иә

белгісіз

Артық дене салмағы

жоқ

иә

белгісіз

Дислипидемия

жоқ

иә

белгісіз

Тұқым қуалау бейімділігі

жоқ

иә

белгісіз

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары

жоқ

иә

белгісіз

Гормон алмастыру терапиясы

жоқ

иә

белгісіз

Жүктілік

жоқ

иә

белгісіз

Контрацептивтер

жоқ

иә

белгісіз

Басқалар

Бұрын болған жүрек-тамырлары анамнезі

Бұрын болған инсульт диагнозы

жоқ

иә

белгісіз

Транзиторлық ишемиялық өршу диагнозы

жоқ

иә

белгісіз

Басынан өткерген миокард инфаркты

жоқ

иә

белгісіз

Жүректің ишемиялық ауруы

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА

жоқ

иә

белгісіз
ЭКС/КДИ

жоқ

иә

белгісіз
Жүрек қақпақшаларының ауруы

жоқ

иә

белгісіз
Кардиомиопатия

жоқ

иә

белгісіз

Созылмалы жүрек функциясының жеткіліксіздігі

жоқ

Иә (NYNA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

белгісіз

Жүрекшелер фибрилляциясы

жоқ

иә

белгісіз

Жыпылықтау аритмиясы

жоқ

иә

белгісіз

Түсу кезіндегі Глазго комасы шкаласы бойынша естің деңгейі. Балл:

15 баллдан бастап– есі айқын

13-тен – 14-ке дейін – орташа есеңгіру

10-нан – 12-ке дейін терең есеңгіру

8-ден – 9-ға дейін сопор



6-дан – 7-ге дейін қалыпты кома



4-тен – 5-ке дейін терең кома



3-тен – терминалды кома

NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау:



ең төменгі тапшылық



орташа тапшылық



ауыр тапшылық



өте ауыр тапшылық

NIHSS шкаласы бойынша баллды көрсету

Рэнкин шкаласы



1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы



2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері болуы

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері

Бір жұтым суды кедергісіз ішеді:

жоқ

иә

Компьютерлік Томография жасалынды ма? (КТ):

жоқ

иә; күні

а) ағымдағы жағдайдағы инфаркт:

жоқ

иә

б) ағымдағы жағдайдағы қан кету:

жоқ

иә (да),

қан кету сипаттамасын анықтаңыз:

субарахноидальдық

паренхиматозды

ми діңгегі

вентрикулярлы

субтенториальды

КТА жасалынды ма?

жоқ

иә

Аневризма

жоқ

иә
АВМ

жоқ

иә
Тамырлар стенозы

жоқ

иә
Тамырлар окклюзиясы

жоқ

иә
МРТ жасалынды ма?

жоқ

иә Күні
инфаркт

жоқ

иә қан кету

жоқ

иә аневризма

жоқ

иә АВМ

жоқ

иә
тамыр стенозы

жоқ



иә
тамыр тромбозы



жоқ



иә
Дәрілік терапия
Тромболиттік терапия



жоқ



иә
Гипотензивті терапия



жоқ



иә
Антиагреганттық терапия



жоқ



иә
Антикоагулянтты терапия

жоқ

иә
Статиндер

жоқ

иә
Оналтудың жеке бағдарламасының картасы бар ма?

жоқ

иә
Қай МДК мамандарының консультациясы жасалынды?

невролог

нейрохирург

реабилитолог

логопед

эрготерапевт

психиатр

инь рефлексотерапевт

кинезиотерапевт

Пациентты оңалтудың жеке бағдарламасында қандай негізгі іс-шаралар жасалынды ?

бағдарланған

кезең-кезеңмен сатылы

жеке ЕФК

Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде логопедтің емдеу іс шаралары жүргізілді ме?

тек диагностика жасалынды

сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар

Қозғалыс бұзылыстары кезінде емдеу іс шаралар жасалынды ма?

-
- өзіне-өзі қызмет етудің тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру бойынша оқулар
-
- жеке пассивті және активті ЕФК, аяқ-қолдарды механикалық жұмыс істету
-
- биобасқару,
-
- физиотерапия
Оңалту әлеуетін айқындау
-
- қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру)
-
- қолайсыз (үйде күтім жасау)
Оңалту алдында жай-күйді бағалау бойынша тесттер:
а) Бартель индексі баллды көрсету
-
- Жоқ
-
- Иә қорытынды
0-ден – 25-ке дейін – пациенттің толық тәуелді болуына сәйкес келеді
-
- 25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу

-
- 65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу
-
- 91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу
-
- 100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау
- б) Психикалық жай-күйдің тесті-мини-сызбасы (ПЖМИ) Mini-Mental State Examination (MMSE)
-
- Жоқ
-
- Иә қорытынды
-
- когнитивті функцияларының бұзылулары жоқ
-
- деменция алдыңғы когнитивтібұзылулар
-
- сипаты жеңіл дәрежедегі деменция
-
- сипаты қалыпты деңгейдегі деменция
-

ауыр деменция

в) Ривермид күнделікті өмірде мобильдік шкалдары, балды көрсету

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі

Жоқ

Иә қорытынды

Балды көрсету

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы

3-дәреже – мүгедектіктің әлсіз көрінетін белгілері

4-дәреже – мүгедектіктің айқын көрінетін белгілерінің болуы

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері
Жүйелі тромболитикалық терапия жасалынды ма?

Жоқ, тромболитикалық терапия жүргізілмеу себептері

Иә, терапияны бастау күні және уақыты. Қандай доза жасалынды?

доза

Тромболизистен кейін асқынуларының болуы

жоқ

иә, түрін көрсету қажет

Тромболизис жасағаннан кейін бірінші тәулікте жай-күйді бағалау
NIHSS шкаласы бойынша балл

Тромболизис жасағаннан кейін 7-ші күннен кейін жай-күйді бағалау
NIHSS шкаласы бойынша балл

Механикалық тромбэкстракция жасалды ма?

жоқ

иә

терапияны бастау күні мен уақыты

терапияны аяқтау күні мен уақыты

Нейрохирургиялық операция атауының коды

Операция коды

Жоқ

Иә күні (кк/мм)

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін

24 сағатқа дейін

72 сағаттан артық

Операциямен байланысты асқынулар:

атау коды

а) NIHSS шкаласы бойынша операциядан кейін неврологиялық тапшылықты бағалау, балл

0-3- ең төменгі тапшылық

4-10: орташа тапшылық

10-21: ауыр тапшылық

>21: өте ауыр тапшылық

б) Бартель индексі баллды көрсету

Жоқ

Иә
қорытынды

0-ден – 25-ке дейін – пациенттің толық тәуелді болуына сәйкес келеді

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау
в) Ривермид күнделікті өмірде мобильдік шкалдары, баллды көрсету

жоқ

иә қорытынды

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды көрсету балл

жоқ

иә қорытынды

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері

Нейрореанимацияда болды (ҚТП/ҚТА):

жоқ,

иә күн саны

"Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) есеп нысаны" № 013/е нысаны

1. Босану тарихы мен нәрестенің даму тарихының №

2. Бала бөлімшеге қайдан түсті және түскен күні

3. Анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), жеке сәйкестендіру нөмірі

4. Нәрестенің туған күні мен уақыты

5. Жынысы

6. Бойы, см

7. Салмағы, гр

8. Апгар шкаласы бойынша бағалау; бала мерзімінде/мерзімінен бұрын туылды № 003/е есептік нысанның қосымша парағы

9. Нәрестелік кезеңінің ағымы пациенттанып (сырқаттанып) туған балалар үшін клиникалық диагнозы

10. Егу туралы ақпарат

Шығару кезінде № 001/е есептік нысанның қосымша парағы

11. Ауруханада болуы немен аяқталды

12. Шыққанда (ауыстырылғанда) баланың салмағы

13. Баланың шыққаны туралы, балалар емханасына хабарланғаны туралы белгі (иә, жоқ)

"Туберкулезге шалдыққан пациенттің медициналық картасы" № ТБ 014/е нысаны

Тіркелу күні Жатқызылу күні

I. Пациент туралы ақпарат:

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

3. Пациенттің тіркеу №

4. Туған күні

5. Жынысы

ер

әй ел

6. Жасы

7. Ұлты, азаматтығы

8. Тұрғыны

қала

ауыл

БТОЖ

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Пациенттің жақын адамының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

11. Пациенттің жақын адамының мекенжайы

II. Анықтау:

1. қаралу

қауіп тобы

міндетті контингент

басқа

2. алдын ала тексеру

қауіп тобы

міндетті контингент

басқа

3. қайтыс болғаннан кейін

қауіп тобы

міндетті контингент

басқа

4. Алғашқы белгілері пайда болған күні

5. МСАК қаралған күні

6. Туберкулезге қарсы ұйымға - болған жағдайда (бұдан әрі – ТҚҰ) қаралған күні

III. Әлеуметтік-кәсіптік мәртебесі

IV. Қауіп факторлары:

туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБ);

жүктілік;

БЦЖ егілмеген

Көптеген дәріге көнбейтін туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – ҚДТ ТБ);

Keң ауқымды дәріге көнбейтін туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – КАДТ ТБ)

;

қант диабеті;

нашақорлық;

ішімдікке салыну;

соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу;

АИТВ;

белгісіз.

босанғаннан кейін 1 жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер;

V. Пациентты жіктеу

VI. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі:

Диагноз

Туберкулез процессінің асқынуы



жоқ



иә

VII. Зерттеу қорытындылары:

1. Зерттеудің атауы;
2. Зерттеу күні мен уақыты;
3. Зерттеудің нәтижесі;
4. Қақырықтың дақылы;
5. Рентген суреттері (күні, нәтижесі)
6. Гистологиялық верификациямен

VIII. Ем туралы ақпарат:

1. Қарқынды кезеңдегі МҰ
2. Ем басталған күн;
3. Ем аяқтаған күн;
4. Қолдау фазасы кезеңінде МҰ
5. Ем (стационарлық, амбулаторлық)

Хирургиялық ем:

Коды, атауы, МҰ ID

IX. Ем категориясы мен емдеу үлгісі:

1. Қарқынды кезең (ем басталған, аяқталған күн, атауы);
2. Жалғастыру кезеңі (ем басталған, аяқталған күн, атауы);

Ретровирустарға қарсы терапия басталды:



ия



жоқ

Басталған жағдайда, күні

Котримоксазолмен алдын ала емі басталды:



ия



жоқ

Басталған жағдайда, күні

X. Туберкулезге қарсы препараттар (тағайындаулар парағы)

1. Қабылдауды бастаған күн;

2. Препарат атауы (қарқынды кезеңде, жалғастыруша кезеңде);

3. Мөлшері (мг);

4. Дозасы

5. Пациенттің объективті өлшемдері.

XI. Емнің аяқталған күні

XII. Ем нәтижелері

Қайтыс болған жағдайда:

Қайтыс болды

Қайтыс болған орны

XIII. Сараптамасы алынды

Қорытынды диагноз

Ескертулер:

Фтизиатр Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Ескертпе:

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды

Аутопсия жүргізілді:



иә



жоқ

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды: Патоморфологиялық диагноз негізгі код наименование негізгі ауруының асқынуы код наименование қосалқы код наименование

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

№ ТБ 014/е "Туберкулезге шалдыққан пациенттің медициналық картасы" нысанының қысқартылымдары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МҰ	Медициналық ұйым
4	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
5	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
6	БТОЖ	Белгілі тұрғылықты орны жоқ
7	АМСК	Алғашқы медициналық санитариялық көмек
8	ТҚҰ	Туберкулезге қарсы ұйым
9	БЦЖ	Туберкулезге қарсы вакцина
10	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
11	ДДС	Дәрі-дәрмектерге сезімталдықты тексеру

"Туберкулезге шалдыққан IV категориялық пациенттің медициналық картасы" № ТБ 015/е нысаны

Тіркелген күні

Емдеуге жатқызу күні

I. Пациент туралы ақпарат:

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

3. Пациенттің тіркеу №

4. Туған күні

5. Жынысы

ер



әйел

6. Жасы

7. Ұлты

8. Азаматтығы

9. Тұрғыны



қала



ауыл



БТОЖ

10. Тұрғылықты мекенжайы

11. Пациентқа жақын адамның Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

12. Пациентқа жақын адамның мекен-жайы

II. Анықтау:

1. қаралу



қауіп тобы



міндетті контингент



басқа

2. алдын ала тексеру

қауіп тобы

міндетті контингент

басқа

3. өлгеннен кейін

қауіп тобы

міндетті контингент

басқа

Алғашқы белгілері пайда болған күні

III. Алдағы өткен ем жағдайлары

№	Ем басталған күні	Түрі	Ем үлгісі	Нәтиже	Ем аяқталған күні
1					

IV. Қауіп-қатер факторлары:

туберкулез (бұдан әрі – ТБ);

бас бостандығынан айыру орындарында болу

соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу;

АИТВ;

белгісіз.

Кең ауқымды дәріге көнбейтін туберкулез

босанғаннан кейін 1 жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер;

жүктілік;

қант диабеті;

БЦЖ егілмеген.

нашақорлық;

ішімдікке салыну;

V. Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі:

VI. Пациентты жіктеу

VII. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі:
Диагноз Туберкулез процессінің асқынуы



жоқ



иә

VIII. IV категориясы ауыстыру себебі

IX. Орталық дәрігерлік консультациялық комиссисының (бұдан әрі – ДКК)
қорытындысы

1. ТБ түрі;
2. ДКК өткізген күні;
3. Қабылданған шешім ҚДК ТБ кезінде:
4. ҚДК ТБ қорытындысы
5. Себебі КАДК ТБ кезінде:
6. Басқа тәртіпке ауыстыру күні
7. Тағайындамау себебі
8. Басқа тәртіпке ауыстыру күні

X. Ем туралы ақпарат:

1. Қарқынды кезеңдегі МҰ
2. Ем басталған күн;
3. Ем аяқтаған күн;
4. қолдау фазасындағы МҰ
5. Ем (стационарлық, амбулаториялық)

Хирургиялық ем:

Атауы, коды, МҰ ID

113 код оң нәтижелі пациенттар үшін:



Ретровирустарға қарсы терапия басталды:



Клотримазолмен алдын ала емі басталды:

XI. Зерттеу қорытындылары:

1. Зерттеудің атауы;

2. Зерттеу күні мен уақыты;
3. Зерттеудің нәтижесі;
4. Қақырықтың дақылы;
5. Рентген суреттері (күні, нәтижесі)

XII. IV категория тәртібі

1. Препараттың атауы;
2. Ем басталған күн;
3. Өлшем бірлігі;
4. Мөлшері (мг);
5. Мөлшерін өзгерту немесе препаратты қабылдауды тоқтату;
6. Пациенттің объективті өлшемдері.

XIII. Емнің аяқталған күні

XIV. Ем нәтижелері

Қайтыс боған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болған күні мен уақыты

Қайтыс болған орны

XV. Сараптамасы алынды

Ескертулер

Фтизиатр Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Ескертпе:

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды Аутопсия жүргізілді:

иә

жоқ.

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды: Патоморфологиялық диагноз негізгі код наименование негізгі ауруының асқынуы код наименование қосалқы код наименование

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

"Туберкулезге шалдыққан IV категориялық пациенттің медициналық картасы" № ТБ 015/е нысанының қысқартулары:

	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық
--	--

Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Т. №	Т. №
оң жағы																					
Ем нәтижелері(күні)												АИТВ ЖҚТБ бойынша іс-шаралар(нәтижесі күні)								Ескертулер*	
Сау	Ем аяқталды	Сәтсіз ем	Ем тәртібі бұзылды	Ауыстырылды	Қайтыс болды		Тест ілеу	РҚТ				КАТ									
					С	От															
у	Ем аяқталды	Сәтсіз ем	Ем тәртібі бұзылды	Ауыстырылды	ТБ-ден	От	ТБ	Тест ілеу				КАТ									
а	Ем аяқталды	Сәтсіз ем	Ем тәртібі бұзылды	Ауыстырылды	Стационар	дан тыс															
у	Ем аяқталды	Сәтсіз ем	Ем тәртібі бұзылды	Ауыстырылды	Стационар	дан тыс	Басқа	Тест ілеу				КАТ									
а	Ем аяқталды	Сәтсіз ем	Ем тәртібі бұзылды	Ауыстырылды	Стационар	дан тыс	Басқа	Тест ілеу				КАТ									

Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары: Бірінші қатарТҚП: Н – Изониазид R - Рифампицин Е – Этамбутол S-Стрептомицин Z-Пиразинамид

Екінші қатардағы ТҚП/: Am – Амикацин; Km – Канамицин Cm – Капреомицин; Cfx-Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин; Lfx-Левофлоксацин; Mfx-Моксифлоксацин; Gfx-Гатифлоксацин; Pto-Протионамид; Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS – П-аминосалицилдік қышқылы;

РҚТ-ретровирусқа қарсы терапия, КАТ – клотримазолмен алдын-алу терапия

"Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы" № ТБ 018/е нысаны

	Басталған күні
--	----------------

ДҰ ұсынған препараттың халықаралық патенттелмеген атауы, мөлшері
Саудалық атауы Өндіруші Өндіруші ел
Жеткізіп берушінің қосымша құжаты №

Өнім түрі:

Өлшем бірлігі: Сериясы

Жарамдылық мерзімі

№ п/п	Күні, айы	Айдың, күннің, жылдың басындағы қалдық	Кіріс /Саны				Қалдықты қоса есептегендегі барлық кіріс
			Рұқсат қағазы бойынша	қосымша құжаты №	Басқа ведомстволардан, ұйымдардан	қосымша құжаты №	Саны
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Шығыс			Барлық шығыс		Айдың, күннің, соныңдағы қалдық	Ескертулер (қайтарым, шығындар)
Қайда (аудандық ТҚҰ, МСАК, бөлімше)	қосымша құжаты №	ТҚП саны	Мекеме ішінде	Басқа жерлерге (аудандар, ТҚҰ, МСАК)		
9	1	2	3	4	5	6

"Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы" № ТБ 018/е нысанының қысқартулары:

1	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
2	ТҚҰ	Туберкулезге қарсы ұйым
3	ДДС	Дәрі-дәрмектерге сезімталдықты тексеру

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
2-қосымша

Стационарларда және амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары

Ескерту. Нысан жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 14.11.2024 № 95 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

"Операциялық әрекеттерді/манипуляцияларды есепке алу нысаны" № 019/е нысаны

1. Операция күні мен уақыты
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі

3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
4. Туған күні
5. Тұрғылықты мекенжайы
6. Кім жолдады
7. Гистологияға алынды
8. Диагноз (операциялық әрекеттерге/манипуляцияларға дейін, кейін)
9. Операциялық әрекеттердің/манипуляциялардың атауы мен коды
10. Ауырсындырмау әдісі
11. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) дәрігер, дәрігер ассистенті мен операциялық мейіргердің идентификаторы

"Босануды есепке алу нысаны" № 020/е нысаны

1. Жүгіну күні мен уақыты
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі

3. Босанушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
4. Туған күні
5. Тұрғылықты мекенжайы
6. Нешінші жүктілік, нешінші босану
7. Босану мерзімінде немесе мерзімінен бұрын
8. Босануға психикалық профилактикалық даярлау
9. Дәрі-дәрмекпен босанудағы ауырсынуды басу (қандай дәрімен, көрсетіңіз)
10. Босану кезіндегі асқынулар. Экстрагениталдық сырқаттар.
11. Операциялар, босануларда көрсетілген жәрдем ақша (қайсысы, көрсетіңіз)
12. Босанған күні мен уақыты (күні, айы, сағ, мин.)
13. Жана туған нәресте туралы мәліметтер (тірі, өлі туды, жынысы)
14. Босандырған кімдер (дәрігер, акушерка), тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

"Медициналық куәландыруды, анықтамалар беру есептік нысаны" № 021/е нысаны

1. Куәландыруды немесе анықтама беру өткізу күні және уақыты
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі

3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
4. Туған күні
5. Тұрғылықты мекенжайы
6. Кім жолдады (жолдама болған кезінде толтырылады)
7. Жолдаманың № (жолдама болған кезінде толтырылады)

8. Жолдау себебі (жолдама болған кезінде толтырылады)

9. Жеткізген кіснің идентификаторы немесе тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (жолдама болған кезінде толтырылады)

10. Ұйғарым

11. Куәландыруды немесе анықтама берген қызметкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

"Диализ картасы" № 022/е нысаны

МАҚ болмаған немесе жарамаған жағдайда, картаның мәтінінде жазылады.

Жалпы бөлім

1. ЖСН

2. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

3. Туған күні

4. Жынысы

е

ә

5. Жасы

6. Ұлты

7. Азаматтығы

8. Тұрғыны

қала

ауыл

Тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Кәсібі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Мүгедектік тобы

12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Пациент жолданды: жолдаған МҰ атауы (МҰ регистрінен)

15. Негізгі диагнозы

16. Фондық аурулар

Денсаулығым туралы ақпаратты келесілерге хабарлауға рұқсат етемін:

Жақынының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Кім болады	Телефон
--	------------	---------

17. Гемодиализ емін бастау күні

18. Аталған мекемеде гемодиализ емін бастау күні:

19. Өткізген мерзімі: басталды аяқталды

20. Гемодиализ №

Аппарат №

21. Диализатор үлгісі:

төмен ағынды

жоғары ағынды өлшем

көлемі м², өндіруші

22. Гемодиализ:

бикарбонатный

23. Ультрасүзгілеу бейіні:

ОУФ (ИУФ)

УФ

Na

24. Тамыр арқылы жету әдісі:

A-V фистула

протез

катетер

25. Антикоагулянт:

гепарин



клексан



Фраксипарин

26. Мөлшер бірлік

27. Тәсілі

28. Қанағым жылдамдығы мл/мин. Диализат ағынының жылдамдығы мл/мин

29. ГД белгіленген уақыты (сағат) ГД тиімді уақыты (сағат)

30. Құрғақ салмағы

31. ГД дейінгі салмақ, ГД кейінгі салмақ

32. Ультрасүзгілеу

33. Артериялық қысым:

	ГД дейін	1 сағат	2 сағат	3 сағат	4 сағат	ГД кейін
АҚ						

34. Дәрілік препараттар

Препараттың атауы	Өлшем бірлігі	Саны

35. Техникалық асқынулар

36. Аталған мекемеде гемодиализ емін тоқтату күні:

37. ГД тоқтату себебі

38. ГД тоқтату күні:

Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә (бар болған жағдайда), ID

ГД мейіргерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

РЕТ бағалау парағына қолданылады:

Өткізу күні:

СНМК №

Салмағы

Бойы

BSA (m²)

BW(L)

Түнгі құю: ерітінді

Бөгеліс уақыты

Құю көлемі

Құйылыс көлемі

РЕТ: ерітінді
 Құюды бастау
 құюды аяқтау
 Құю көлемі
 Құйылыс көлемі
 Ультрасүзгілеу
 Құйылыс ұзақтығы

Қан	Креатинин мкмоль/л)	(Несепнәр ммоль/л)	(Глюкоза (ммоль/ л)	Фосфор (ммоль/ л)	
0 минут					
120 минут					
240 минут					
Диализат	Креатинин мкмоль/л)	(Несепнәр ммоль/л)	(Глюкоза (ммоль/ л)	Фосфор (ммоль/ л)	
түнгі					
жаңа алынған талдау					
0 минут					
30 минут					
60 минут					
120 минут					
180 минут					
240 минут					
Қан	Креатинин	Глюкоза	Коррегирленген креатинин		
Қан 2-х сағаттық					
Диализат	Креатинин	Глюкоза	Коррегирленген креатинин	D/P	D/D0
Диализат 0 сағаттық			0 сағаттық		
Диализат 2х сағаттық			2х сағаттық		
Диализат 4х сағаттық			4х сағаттық		

Түзету факторы (ТФ)

ТФ = креатининнің жаңа ерітіндісі + глюкозаның жаңа ерітіндісі

ТФ =

Коррегірленген креатинин

2 сағаттық қан

Креатинин _____ (-)

Глюкоза = (_____) x ТФ = _____

Коррегірленген креатинин = _____

Диализат

0 сағаттық креатинин

* _____ (-)

Глюкоза = (_____) x ТФ = _____

Коррегірленген креатинин = _____

2 сағаттық креатинин

_____ (-)

Глюкоза = (_____) x ТФ = _____

Коррегірленген креатинин/ = _____

4 сағаттық креатинин * _____ (-)

Глюкоза = (_____) x ТФ = _____

Коррегірленген креатинин = _____

4 сағаттық креатинин * _____ (-)

Глюкоза = (_____) x ФК = _____

Коррегірленген креатинин = _____

D/P Dialysate/Plasma Ratios

0 сағаттық D/P

Диализаттың коррегірленген креатинині, 0 сағаттық

Қанның коррегірленген креатинині

2 сағаттық D/P

Диализаттың коррегірленген, 2 сағаттық

Қанның коррегірленген креатинині

4 сағаттық D/P

Диализаттың коррегірленген креатинині, 4 сағаттық

Қанның коррегірленген креатинині

D/D₀

Глюкоза 2 сағаттық = _____

Глюкоза 0 сағаттық

Глюкоза 4 сағаттық = _____

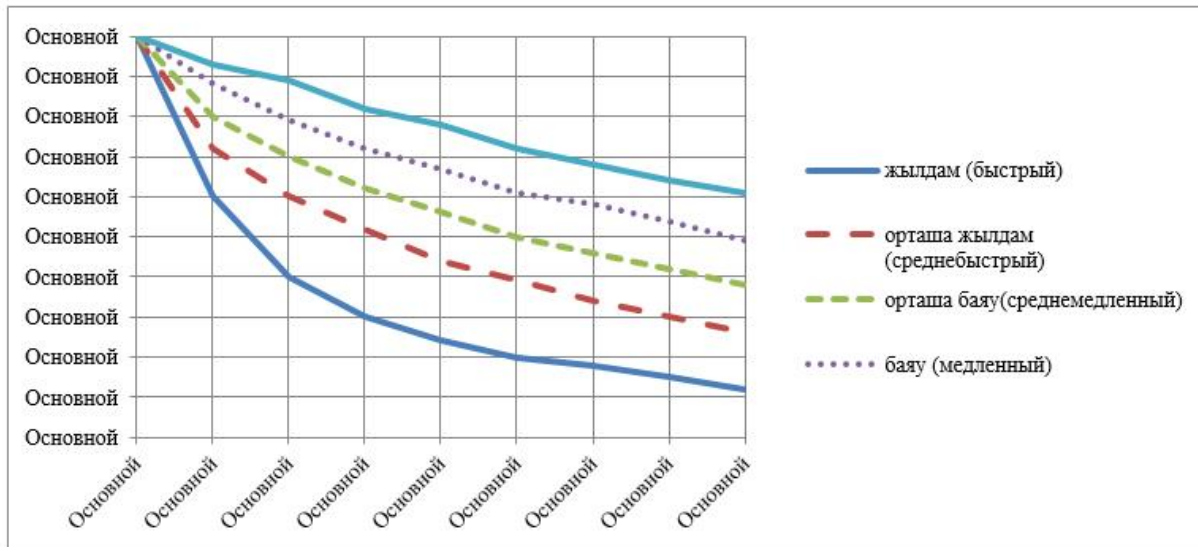
Глюкоза 0 сағаттық

Креатинин* - өлшенген креатинин

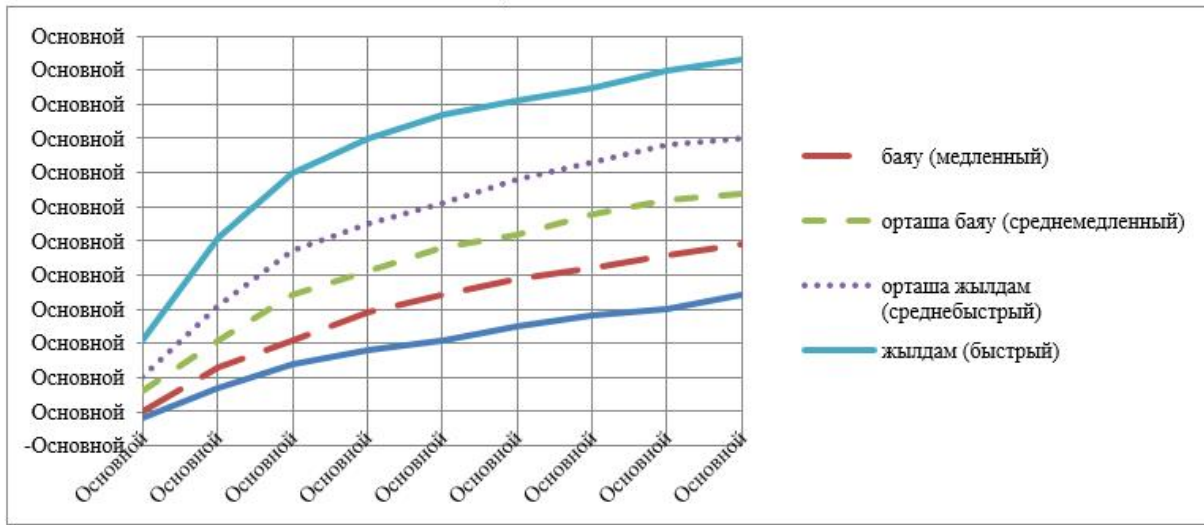
Конверциялау факторы: Глюкоза: мг/дл=ммоль/л x 18, Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷ 88

Несепнәр: мг/дл=ммоль/л x 2,82

D/D₀ Глюкоза



D/P коррегірленген креатинин/D/P



Көліктік санат	4 сағаттық креатининнің D/P	Глюкозаның 4 сағаттық D/D0
D/D0 глюкозы		
Жылдам	0,81 – 1,03	0,12 – 0,25
Жылдамдығы орташа	0,65 – 0,80	0,26 – 0,37
Жылдамдығы орташа баяу	0,50 – 0,64	0,37 – 0,48

Қорытынды:

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Күні:

Перитонеалдық диализдің адекваттығын бағалау парағына қолданылады:

Қан

Несепнәр ммоль/л	Креатинин мкмоль/л	Глюкоза ммоль/л	Альбумин г/л
------------------	--------------------	-----------------	--------------

24 сағаттық несеп және диализат

	Креатинин Ммоль/л	Креатинин Мкмоль/л	Vol in ml	Vol out ml	Net vol ml
Диализат					
Несеп					

ПД-бағдарлама:

Нәтижелер:

modalit y	CCl Total Norm L/week/ 1.73m2	Total KT/V	Fluid removal L	eGFR ml/min	Albumi n g/dl	nPCR g/kg/ day	BSA m2	eTBWL	Transpo rt type	4-hr CRT D/ P	Age

Urea Clearance L/week Cr Clearance L/week Residual Urea Clearance L/week Residual CrCl L/week Dialysate Urea Clearance L/week Dialysate CrCl L/week Urea Generation Rate mg/min Cr Generation Rate mg/min Normalized CrCl L/week/1.73m2

Өткізу күні Қорытынды Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

АПД картасы

Бастапқы дренаждау көлемі																			
АПД-дағы УК																			
Жалпы УК/ (АПД+күндізгі құйылым))																			
АҚ қосар алдында (кеш)																			
сөндірілгеннен кейін (таң)																			
Таңғы несептің жалпы көлемі (өткен тәулік үшін)																			

№ 022/е "Диализ картасы" нысанының қысқартылымдары:

1	4-hr CRT	4 сағаттық катетермен байланысты тромбоз (Catheter-Related Thrombosis)
2	Age	Жасы
3	Albumin	Альбумин
4	BSA	Дене бетінің ауданы (body surface area)
5	BSA	Дене бетінің ауданы м2
6	BW	Пациенттің жасы
7	CCr	Креатининді тазарту (creatinine clearance)
8	Creatinine clearance	Креатининді тазарту
9	Dialysate Urea Clearance	Диализделген өнім
10	eGFR (epidermal growth factor receptor)	Эпидермальды өсу факторлары рецепторы
11	Fluid removal	Сұйықтықты ағызу
12	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
13	Modality	Әсер ету әдісі
14	Net vol	Таза көлемі, миллилитр
15	Normalized CrCl	Нормаланған креатининді тазартқыш

16	nPCR, NPCR	АКСД – ақуыз катаболизмінің стандартталған деңгейі (normalized protein catabolic rate)
17	PET	перитонеальді баланс тесті (peritoneal equilibration test)
18	Residual Urea Clearance	Несепнәрден тазартудың қалған уақыты
19	Total KT/V	Теңгерімді несепнәрден тазарту уақытқа көбейтіліп, судың жалпы көлемімен стандартталған - мочевианың бөліну көлемі
20	Transport type	Транспортировка түрі
21	Urea Clearance	Несепнәрді тазарту
22	Urea Generation Rate	Несепнәр қалыптастыру деңгейі
23	Vol in ml	Құйылды, миллилитры
24	Vol out ml	Ағызылды, миллилитры
25	АПД	Автоматты перитонеальді диализ
26	ГД	Гемодиализ
27	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
28	ОУФ	Оқшауланған ультрафилтрация
29	СНМК	Стационарлық пациенттің медициналық картасы
30	МҰ	Медициналық ұйым
31	ПД	Перитонеальді диализ
32	УФ	Ультрафилтрация
33	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
34	Түзету коэффициенті	Түзету коэффициенті

"Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы" № 023/е нысаны 20 __ ЖЫЛҒЫ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Цитостатиктің атауы (дәрілік заттың ХПА)	Цитостатикті ерітуге берілген күні	Берген тұлғаның аты-жөні (бар болған жағдайда), қолы, қызметкердің идентификаторы	Саны	Ерітілген күні	Цитостатикті ерітуге ежіберген бөлімшенің атауы	Шығын (мг, құты/амп.	Цитостатиктің жалпы қалдығы	Жойылатын қалдықтың өлшері (мг, құты/амп. саны)	Құтының, ампуланың ашылған уақыты, цитостатиктің нұсқаулығы бойынша сақтау уақыты және температурасы	Еріткен қызметкердің аты-жөні, оның идентификаторы

"Клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге толтырылған өтінімдерді тіркеу журналы"

№ 024/е нысаны 20 __ ЖЫЛҒЫ

№	Күні	Өтінім №	Бөлімше	Пациенттің а у р у тарихының №	Пациенттің аты-жөні	Емдеуші дәрігердің аты-жөні	Тағайындалған цитостатиктің атауы (ХПА), мөлшері
1	2	3	4	5	6	7	8

ЦЕОК медицина қызметкерлері № 2; 3; 4 ұяшықтарын толтырады. Бас мейірбике клиникалық бөлімшеден дәрігерлердің барлық өтініштерін жинайды, клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге өтініштер үшін тіркеу журналында тіркейді (клиникалық бөлімшенің бас мейірбикесі №4 ұяшықтан басқа барлық ұяшықтарды толтырады, №3 ұяшық еріткеннен кейін толтырылады) және цитостатиктерді тіркеу орталықтандырған кабинетке тапсырады

"Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы" № 025/е нысаны

20 _____ ЖЫЛҒЫ

Р/с №	Күні	Пациенттің жіберген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Пациенттің ЖСН	Пациенттің туған күні	Пациенттің мекен жайы	Пациенттің жұмыс орны (кәсіп орын мен цехты, ұйымның аты) (егер белгіленген жағдайларда қажет болса)	Кәсібі (атқаратын жұмысы, лауазымы) (егер белгіленген жағдайларда қажет болса)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
		Еңбекке жарамсызды	Осы диагноз бойынша еңбекке	Комиссия қорытындысы (диагнозы, емделуге арнаулы жолдау,		Комиссия мүше		

Пациенттің ДКК-ға жіберілу диагнозы	Пациенттің ДКК-ға жіберілу себебі	қ парағының № (егер белгіленген жағдайларда қажет болса)	жарамсыздық күндер саны (егер белгіленген жағдайларда қажет болса)	жұмысын ауыстыру, еңбекке жарамсыздық парағы қанша күнге ұзартылды, МСК-ке жолдану күні, МСК қорытындысы)	лерінің идентификаторы	Ескерту
10	11	12	13	14	15	16

"Дәрігерлік – консультациялық комиссияның қорытындысы" № 026/е нысаны

№ _____ 20__ жылғы " ____ " _____

Жеке тұлғаға берілді

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні _____ Жынысы _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі _____

Үйінің мекенжайы, телефоны (Домашний адрес, телефон)

Жұмыс орны

Диагнозы

Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы

Комиссия төрағасы _____

(Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) қолы)

Хатшы _____

(Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) қолы)

М.О

"Анықтама" № 027/е нысаны

Берілген күні МҰ атауы

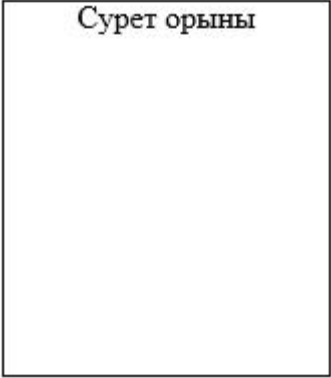
1. Жеке сәйкестендіру нөмірі

2. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) тұлғаны куәландыратын құжатқа сәйкес

3. Туған күні
4. Тұрғылықты мекен-жайы
5. Медициналық қорытынды
6. Ұсыныстар (бар болған жағдайда)

Анықтама берген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда),
идентификаторы

Мөрдiң орны

<p>Сурет орыны</p> 	<p>"Шетелдіктердің, азаматтығы жоқ адамдардың, мигранттардың, еңбекші-мигранттардың (соның ішінде ЕАЭО-ға мүше елдердің) денсаулығы жөніндегі медициналық қорытынды" № 028/е нысаны</p> <p>№ _____ қорытынды беретін мекеменің (ұйымның) атауы</p>
--	--

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі / паспорт нөмірі
2. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
3. Жынысы
4. Туған күні
5. Қазақстан Республикасына соңғы келген күні
6. Тұрғылықты мекенжайы

7. Терапевт қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда),
идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)

Тексеру нәтижесі*:

Жыныстық жолмен берілетін инфекциялар (мерез, венериялық лимфогранулема (донованоз), шанкроид):

анықталды

анықталған жоқ

Алапес (Гансен ауруы)

анықталды

анықталған жоқ

Рентгенологиялық тексеру (флюорография) нәтижесі

Тексерген күні мен уақыты, нәтижесі

Туберкулез:

анықталды

анықталған жоқ

8. Инфекционисттің қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификатор (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)

Жедел инфекциялық аурулар (жедел респираторлық инфекциялар мен тұмаудан басқа)

анықталды

анықталған жоқ

9. Психиатр қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)

10. Нарколог дәрігердің зерттеп-қарауы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)

Психоактивті заттардың болуы үшін сұйық биологиялық органы зерттеу

Мемлекеттік денсаулық сақтау мекемесінің (ұйымының) басшысы (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы)

М.О.

Ескертпе:

* - 18 жасқа дейінгі баламен жатқан жағдайда 6.1-6.5-тармақшалары бойынша мәлімет, сонымен қатар АҚДС, полиомиелитке, қызылшаға, қызамыққа, паротитке, "В" вирустық гепатитіне, туберкулезге қарсы жасалған егулер (ауырған аурулары)

жөніндегі мәлімет, соңғы 3 жылдық туберкулез диагностикасының нәтижелері ұсынылады

Толтыру күні:

Қолданылу мерзімі: 3 ай

"Уақытша еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы" № 029/е нысаны

P/c №	Осы емдеу ұйымы берген уақытша еңбекке жарамсыздық парағының №		Басқа емдеу ұйымы берген уақытша еңбекке жарамсыздық парағының №		Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Туған күні	ӘАОЖ коды	Пациенттің мекен жайы	Жұмыс орны мен атқаратын жұмысы
	бірінші	жалғасуы	бірінші	жалғасуы					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Диагнозы		Дәрігердің тегі		Жұмыстан босатылуы		Барлық жұмыстан босатылған күндері	Пациентті басқа емдеу ұйымдарына жіберу туралы белгілер
алғашқы	қорытынды	уақытша еңбекке жарамсыздық парағын берген	Уақытша еңбекке жарамсыздық парағын аяқтаған	қай күннен бастап	қай күнге дейін		
11	12	13	14	15	16	17	18

"СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы" № 030/е нысаны

маманның Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) лауазымы, учаске №, АЕҰ №

P/c №	Күні	Уақыт мөлшері	Іс-шараның түрі	Тақырып	Тыңдаушыларды қамту	Тыңдаушылардың саны
1	2	3	4	5	6	7

СӨСҚ, аурулардың профилактикасы жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналын толтыру туралы ескертпе

1. "Уақыт мөлшері" бағанында жиынды өткізуге жұмсалған уақытты минутпен көрсетіңіз.

2. "Іс-шараның түрі" бағанында деректерді біріздендіру үшін алфавит әріптерін пайдалану ұсынылады.

Л – лекция;

ОС – оқыту семинары;

ҚН – қабырғалық ақпаратты, плакаттарды, қабырға газеттерін ұйымдастыру немесе жаңалау; (ҚН-қабырғалық насихат)

ББ – буклеттер, үндеулер, үнпарақтар (үндеу, үнпарақ) тарату;

БАҚ – бұқаралық ақпарат құралдарында сөйлеу;

ДК – денсаулық клубтары (жас ата-аналар, диабетпен ауыратын адамдар үшін);

А – түрлі медициналық-әлеуметтік зерттеулер (анкеталау).

3. "Тақырып" бағанында өткізілген жиындардың тақырыптамаларын келесі біріздендірілген бағыттырмен көрсетіңіз.

4. "Тыңдаушыларды қамту" іс-шараға қатысушылар саны мен халық тобының медициналық-жастық сипаттамасын (С-сау, Д1-тәуекел факторымен, Д2-жіті патологиясымен, Д3-созылмалы патологиясымен) көрсетіп, таяқша арқылы тыңдаушылардың орта жасын көрсетіңіз.

5. Егер лекция қандай да бір ұйымда өткізілсе, онда тыңдаушылардың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) көрсетпей-ақ, олардың санын көрсетуге болады. Ол жағдайда соңғы екі бағанда ұйымның мөрімен бекітілген басшының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) мен қолы болуы тиіс.

Дәл осы журналда келесі көрсеткіштердің көрсетілуімен ай бойы істелген жұмыс қорытындысы шығарылады:

үшінші бағанда – санитариялық-ағарту жұмыстарына жұмсалған жалпы уақыт мөлшері,

төртінші бағанда – санитариялық-ағарту жұмыс түрлерінің саны,

бесінші бағанда – СӨС түрлі бағыттары бойынша өткізілген іс-шаралар саны

алтыншы бағанда – санитариялық-ағарту іс-шараларымен қамтылған халықтың жалпы саны.

"Медициналық-әлеуметтік сараптамаға

20 ____ жылғы " ____ " _____ № ____ қорытынды" № 031/е нысаны

1. ЖСН _____

— 2. Тегі _____

— 3. Аты _____

— 4. Әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

— 5. Туған күні ____ жылғы " ____ " _____

6. Жынысы ер әйел

7. Азаматтығы (елдердің анықтамалығы) _____

— 8. қала ауыл тұрғыны

9. Тұрақты тұрғылықты жері бойынша тіркеу мекенжайы _____

— 10. Нақты тұрғылықты жердің мекенжайы _____

11. Куәландыру кезінде адамның тұрғылықты жері/болатын жері (көшпелі отырыстарда немесе сырттай мемлекеттік қызметтерді көрсету үшін өрістердің біреуін таңдау):

балалар үйінде, интернатта, балаларға арналған мамандандырылған ұйымдарда
әлеуметтік қорғау медициналық -әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда)
қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесі мекемелерінде
үйде
стационарда
сырттай

12. БХТ бойынша медициналық ұйымға тіркелу:

13. Тіркелген күні 20__жылғы _____.

Медициналық ұйымның атауы _____

14. Пациенттің немесе заңды өкілінің ұялы телефон нөмірі (МАБ тіркелген) +7(***)
(*****)

15. Заңды өкілдің (ата -анасының, қамқоршысының, жетекшісінің) деректері:

ЖСН _____

Тегі _____

Аты _____

—
Өкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

16. Жіберген медициналық ұйымның атауы (МҰ тіркелімінен) _____

—

17. МҰ мекенжайы _____

18. Мүгедектік тобы (егер бұрын белгіленген болса) _____

—

19. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұрын белгіленген жағдайда) _____
%

20. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұрын белгіленген жағдайда)
%

21. Жұмыс орны (жұмыс істейтін адамдар үшін) _____

—

22. Лауазымы _____

23. Негізгі кәсібі _____

24. Оқу орны (оқушылар мен студенттер үшін) _____

25. Курс/сынып _____

26. Мектепке дейінгі мекеме _____

27. Медициналық ұйымның бақылауына алынған (күні) _____

28. Клиникалық және еңбек тарихы, диагностика, емдеу шаралары

29. Аурудың анамнезі: қай жастан бастап ауырады, ағымының ерекшеліктері мен сипаты, өршу жиілігі, соңғы өршу күні, қазіргі уақытта жүргізіліп жатқан емдеу, емдеу (оның ішінде рецидивке қарсы), тиімділік (антропометриялық, гематологиялық көрсеткіштердің динамикасы, функционалдық үлгілер, соматикалық мәртебедегі өзгерістер, емдеу және медициналық оңалту нәтижелерін жалпы бағалау) _____

30. Пациент диспансерлік тіркеуде тұра ма

жоқ,

егер тұрса (диспансерлік есеп бойынша барлық диагнозын көрсету):

Диагноз (АХЖ-10) коды) _____

Диспансерлік есепке алынған күн _____

Диспансерлік есептен шығарылған күн _____

31. Жарақат болған кезде: жарақаттың түрі (өрістердің біреуін таңдау):

тұрмыстық

өндірістік

көшедегі (жол-көлікті қоспағанда)

жол-көлік

мектептегі

спорттық

басқалар

жарақатты алған күні _____

жарақат алған жер мен жағдайлар (нақты көрсетіңіз) _____

32. 031/е нысанын толтыру кезіндегі физиологиялық өлшемдер:

АҚ/Қ _____ миллиметр сынап бағанасы

ЖЖЖ _____ минут

Жүрек соғуы _____ минут

ТАЖ _____ минут

Дене қызуы _____

Бойы _____ сантиметр

Салмағы _____ килограмм

Жамбас көлемі _____ сантиметр

Бел көлемі _____ сантиметр

33. Еңбек жағдайының өзгеруі _____

34. Еңбекке уақытша жарамсыздық (соңғы 12 айдағы ақпарат)

Еңбекке уақытша жарамсыздық парағы №	20__ жылғы __ __ __ бастап	20__ жылғы __ __ __ дейін	Еңбекке жарамсыздық күндерінің саны	АХЖ-10 бойынша коды
			Барлық күні	

35. Оңалту іс-шараларының жоспары:

- медициналық оңалту бойынша шаралар
- протездік-ортопедиялық құралдармен қамтамасыз ету
- сурдотехникалық құралдармен қамтамасыз ету
- тифлотехникалық құралдармен қамтамасыз ету
- арнаулы жүріп-тұру құралдарымен қамтамасыз ету
- міндетті гигиеналық құралдармен қамтамасыз ету
- жеке көмекші қызметтерін көрсету
- ымдау тілі маманы қызметтерін көрсету
- санаторийлік-курорттық емдеу
- арнайы әлеуметтік қызмет көрсету
- жұмысқа орналасуға жәрдемдесу
- оқытуға/қайта даярлауға көмек көрсету.

36. Шағымдарды, ағза функциясының бұзылу дәрежесін көрсететін объективті зерттеп-қарау деректерін, диагноздар мен ұсынымдарды көрсете отырып, мамандар консультацияларының нәтижелері. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға, диагностикаға, емдеуге және оңалтуға арналған клиникалық хаттамаларға сәйкес аурудың бейіні үшін қажетті мөлшерде) 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Қызмет атауын _____

Жүргізу күнін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы) _____

_____ көрсете отырып қоса беріледі.

37. Клиникалық, зертханалық, рентгендік және басқа зерттеулердің нәтижелері. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға, диагностикаға,

емдеуге және оңалтуға арналған клиникалық хаттамаларға сәйкес аурудың бейіні үшін қажетті мөлшерде) 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Қызмет атауын _____

Жүргізу күнін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы) _____

_____ көрсете отырып қоса беріледі

38. Пациенттің жай-күйіндегі динамикалық өзгерістерді көрсете отырып, аурудың бейініне байланысты стационарлық, стационарлық алмастыратын емінің оңалту орталықтарында емдеудің емделген жағдайлары (жағдайлары) туралы нәтижелер; емдеу кезінде пайда болатын асқынулар; зертханалық зерттеулер, консультациялар нәтижелерін қорытындылау; оңалту әлеуетін, оңалту диагнозын және оңалту бағытының шкаласын ескере отырып ұсынымдар. Медициналық құжаттар 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Сырқатнамадан үзіндінің нөмірін _____

Түскен күнін _____

Шыққан күнін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы) _____

_____ көрсете отырып қоса беріледі.

39. Жедел/ кезек күттірмейтін медициналық көмекті шақырған пациентқа белсенді бару нәтижелері. Медициналық құжаттар 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Белсенді түрде барған күндерін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы) _____

_____ көрсете отырып қоса беріледі.

40. МӘС-ке жіберілген кезде клиникалық-функционалдық диагноз:

41. Негізгі диагноз (АХЖ-10 коды) _____

Негізгі диагноз (мәтін) _____

42. Асқыну (АХЖ-10 коды) (бар асқынуларды көрсету) _____

Асқыну (мәтін) (бар асқынуларды көрсету): _____

43. Қосалқы аурулар диагнозы (АХЖ-10 коды): _____

Қосалқы аурудың диагнозы (мәтін) _____

44. МӘС-ке жіберу мақсаты – "Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын айқындау" мемлекеттік қызмет көрсету.

45. Расталған: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) және Дәрігерлік-консультациялық комиссия төрағасының ЭЦҚ

46. 031/е нысанын толтырған емдеуші дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

47. QR код (жылдам әрекет ету коды)

48. Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін анықтауға және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын анықтауға қажет пациенттің заңмен қорғалатын құпиясын құрайтын жеке деректер мен ақпаратты жинауға, өңдеуге және беруге келісім (мемлекеттік қызмет көшпелі отырыста немесе сырттай көрсету жағдайында):

иә

Пациенттан немесе заңды өкілінен жауап алынған күн: 20 _____ жылғы " _____ " _____
Пациенттан немесе заңды өкілінен алынған жауап _____
Жіберушінің ұялы телефон нөмірі: +7 (***) (*****)

20 _____ жылғы " _____ " _____ № _____ № 031/е нысанына 20 _____ жылғы " _____
" _____ № _____ МӘС сараптамалық қорытындысы туралы хабарлама

1. МҰ атауы (жіберген) (МҰ тіркелімінен) _____
2. Сараптамалық қорытындыны шығарылған күні 20__ жылғы _____
3. ЖСН _____
4. Тегі _____
5. Аты _____
6. Әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

7. Туған күні _____ жылғы _____
8. Клиникалық-сараптамалық диагноз: _____

Негізгі диагноз (атауы, АХЖ-10 коды) _____

Қосымша диагнозы (атауы, АХЖ-10 коды) _____

9. МӘС сараптамалық қорытынды:

мүгедектік тобы _____

мүгедектік себебі _____

мүгедектік мерзімі _____

мерзімі _____ 20__ жылдан бастап ескерілген

қайта куәландыру күні 20 _____ жылғы _____

10. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (ЖЕҚА) _____ %

ЖЕҚА дәрежесінің мерзімі _____

11. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (КЕҚА) _____ %

КЕҚА себебі _____

КЕҚА дәрежесінің мерзімі _____

КЕҚА дәрежесінің қайта куәландыру күні 20 __ жылғы _____

12. № _____ мүгедектігі бар адамның ОЖБ-нің әлеуметтік және (немесе) кәсіптік бөлігіндегі ұсыныстар

әлеуметтік оңалту бойынша _____

кәсіби оңалту бойынша _____

13. Құжаттарды қайтару негіздемесі және себептерін

көрсету _____

14. Медициналық-әлеуметтік сараптама актінің № _____

15. МӘС/МӘС ӘБ бөлімінің басшысының ЭЦҚ-мен куәландырылды _____

1-ескертпе. МӘС бойынша қорытынды электронды түрде толтырылады және ДКК-ның төрағасының ЭЦҚ-мен қолы қойылады.

2-ескертпе. МСЭ сараптамалық қорытындысы туралы хабарлама электронды түрде толтырылады және ЭЦҚ-мен қол қойылады.

Қысқартылған сөздер:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін бірегей белгі))
2	БХТ	Бекітілген халық тіркелімі
3	МАБ	Мобилді азаматтар базасы
4	АҚ/Қ	Артериялық қан қысымы
5	ЖЖЖ	Жүрек жиырылуының жиілігі
6	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
7	ДКК	Дәрігерлік консультациялық комиссия
8	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
9	ОЖБ	Оңалтудың жеке бағдарламасы
10	МӘС	Медициналық-әлеуметтік сараптама
11	МҰ	Медициналық ұйым

12	МӘС бөлімі	Медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімі
13	МӘС ӘБ бөлімі	МӘС әдіснама және бақылау бөлімінде
14	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
15	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолтаңба
16	ЖЕҚА	Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу
17	КЕҚА	Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу
18	АХЖ	Аурулардың халықаралық жіктемесі

"Мүгедектігі бар адамдарды тіркеу және медициналық оңалту журналы" № 032/е нысаны

Р/с№	Күні	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	ЖСН	Туған күні, жасы	Мекен-жайы және телефоны	Жұмыс орны	Мүгедектік тобы/ мүгедектігі бар бала
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Клиникалық диагнозы	Куәландыру үлгісі бастапқы (1) салдарлық (2)	Қорытынды Мүгедектік тобы / Мүгедектігі бар бала (1) Есептен алынған тобы Еңбекке жарамсыз парағы ұзартылды	Оңалту Тәуліктік стационар (1) Емханадағы күндізгі стационар (2) Амбулатория (3) Санаториялық-курорттық ем (4) Үйдегі стационар (5) Реконструктивтік хирургия (6)	Медициналық оңалтудың нәтижесі Орындалмаған (1) Аяқталмаған (жартылай) (2) Толық (3) Жақсарған (4) Сауыққан (5) Нашарлаған (6) Динамикасыз (7)	Қайтыс болған мүгедектігі бар адамдардың саны
9	10	11	12	13	14

20__ жылғы "___" _____ № _____ "Мүгедектігі бар адамның оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі" № 033/е нысаны

1. ЖСН _____
2. Тегі _____
3. Аты _____
4. Әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

5. Туған күні _____ жылғы "___" _____
6. Тіркелген мекенжайы _____

7. Телефон _____

8. Білімі _____

9. Жұмыс/ оқу /мектепке дейінгі мекеме орны _____

10. Мүгедектік тобы _____

11. ОЖБ әзірленген: бірінші рет ; қайта

12. Оңалту диагнозы (АХЖ-10) _____

13. Неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейінді, оңалту болжамы мен халықаралық өлшемшарттарға сәйкес оңалту әлеуеті бар пациенттар үшін) (балмен)

Бейіннің атауы (пациенттің барлық оңалту бейіндерін көрсетіңіз)	Оңалтуға дейін (балмен)		Оңалтуға дейін (балмен)	
	ХҚЖ b өлшемшарт коды	ХҚЖ d өлшемшарт коды	ХҚЖ b өлшемшарт коды	ХҚЖ d өлшемшарт коды

14. Басқа бейіндегі пациенттар үшін, оңалту болжамы және оңалту әлеуеті

Бейіннің атауы (пациентты оңалту барлық бейіндерін көрсетіңіз)	Болжам *	Әлеует **
--	----------	-----------

*- мәнді таңдау: қолайлы, салыстырмалы түрде қолайлы, күмәнді, қолайсыз

** - мәнді таңдаңыз: жоғары, орташа, төмен, жоқ

15. Медициналық оңалту кезеңі:

Бейіннің атауы (пациентты оңалту барлық бейіндерін көрсетіңіз)	Оңалту кезеңінің нөмірі	Жүргізу деңгейі (амбулаториялық, стационарлық)
--	-------------------------	--

16. Жүргізілген және жоспарланған медициналық оңалту шаралары

Оңалту түрі***	Жүргізілген күні	Жүргізілген іс-шаралардың атауы	Ескертпе	Көрсетілген жоспарланған іс-шаралардың жиілігі мен ұзақтығы
----------------	------------------	---------------------------------	----------	---

*** - мәнді таңдау: физикалық оңалту, физиотерапия, психокоррекция, эрготерапия, әлеуметтік қызметкерлердің консультациясы, пациенттарды оқыту, реконструктивті хирургия, күндізгі стационарларда, тәулік бойы жұмыс істейтін стационарларда, оңалту орталықтарында, үй стационарларындағы оңалту, санаторийлік-курорттық емдеу, қосымша қызметтер

17. Медициналық оңалту нәтижелерін бағалау (өрістердің бірін таңдаңыз):

бұзылған функцияларды толық қалпына келтіру

бұзылған функцияларды жартылай қалпына келтіру

бұзылған функцияларды толық өтеу

бұзылған функцияларды жартылай өтеу

оң нәтиженің болмауы

Ескертпе. ОЖБ медициналық бөлігі электронды түрде толтырылады. ОЖБ медициналық бөліміне ақпараттық жүйе автоматтандырылған түрде шығарылатын бірегей нөмір беріледі.

Қысқартылулар:

№	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін бірегей белгі))
1	ДКК	Дәрігерлік консультациялық комиссия
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	ОЖБ	Оңалтудың жеке бағдарламасы
4	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолтаңба
5	АХЖ	Аурулардың халықаралық жіктемесі
6	ХҚЖ	Халықаралық қызмет етуінің жіктемесі
7	МКФ b	Пациент ағзасының функциялары
8	МКФ d	Белсенділік пен өзін-өзі қамтамасыз етуге қатысу

"Хабарлама" № 034/е нысаны

Жолданады:

Жалпы бөлім

1. ЖСН.
2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда).
3. Туылған күні.
4. Жынысы

ер

әйел.

5. Тұрғылықты мекенжайы.
6. Байланыс телефоны.
7. Отбасылық жағдайы
8. Жұмыс/оқу орны/балалар мекемесі.
9. Ұйымның мекенжайы.

10. Пациенттің лауазымы.

11. Күні: ауруы бастапқы өтініш/анықтау диагноз қою емдеуге жатқызу.

12. Диагнозы.

13. Пациент қайда жіберілді (МҰ тіркелімі).

14. Хабарламаны толтырған МҰ атауы (МҰ тіркелімі).

15. Хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), идентификаторы.

16. Толтыру күні және уақыты.

Инфекциялық аурулар кезінде толтырылады.

1. Қайда орын алғанын көрсету, жағдайды сипаттау.

2. Байланыста болған адамдар:

2.1 Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

2.2 Пациентқа қарым-қатынасы

2.3 Тұрғылықты мекенжайы.

2.4 Байланыс телефоны.

3. Алғашқы эпидемияға қарсы іс-шаралар мен қосымша мәліметтерді жүргізу.

Кәсіптік аурулар және (немесе) улануларда, оның ішінде оларға күдіктену кезінде толтырылады.

1. Жалпы жұмыс өтілі.

2. Жұмыс өтілі (зиянды өндірістік факторлармен байланыста).

3. Аурулар тудырған зиянды өндірістік фактор,.

4. Егер улануболса – қайда орын алғанын, неден уланғанын көрсету.

Онкологиялық ауру кезінде толтырылады.

1. Ісік анықталған жағдай.

2. Ісік процесінің сатысы:

3. Диагнозы.

4. Диагнозды растау әдісі.

Реципенттің ағзасын (ағзаның бөліктерін) трансплантациялау кезінде толтырылады.

1. Күні: ағзаны (ағзаның бөлігін) трансплантациялауды орындау

2. Ауруханадан шығару күні.

Кез келген жағдайларда, сондай-ақ диагнозды өзгерту кезінде инфекциялық ауруды, паразиттік ауруды, тамақтан улануды, кәсіптік ауруды және (немесе) улануды, дене жарақаты болған жағдайда, онкологиялық ауруды немесе оған күдіктенуді анықтаған медицина қызметкері толтырады.

Пациент анықталған сәттен бастап белгіленген мерзімнен кешіктірілмей пациент анықталған орны бойынша уәкілетті органға жіберіледі.

Үй жануарларының немесе жабайы жануарлардың шағуы, тырнауы және сілекейінің жұғуы жағдайларында құтырма ауруына күдік ретінде хабарлама толтырылады.

№ 034/е "Хабарлама" нысанындағы қысқарған сөздердің тізімі:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	МҰ	Медициналық ұйым
3	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

"Медициналық қызметтердің есеп нысаны" № 035/е нысаны

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі;
2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
3. Уақыты мен күні;
4. Диагноз;
5. Қызметтің атауы;
6. Өткізген қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), идентификаторы (бар болған жағдайда)

<p>Мас күйде болу немесе болмауымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтамаға тексеру талоны</p> <p>Берілді</p> <p>Жеке сәйкестендіру нөмірі</p> <p>Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)</p> <p>Туған күні</p> <p>Жынысы</p> <p>Жұмыс орны</p> <p>Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы</p> <p>Диагноз</p> <p>Қорытынды диагнозы</p> <p>Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға)</p> <p>Жұмыстан босатылды кк/аа/жж, бастап кк/аа/жж дейін</p> <p>Дәрігердің лауазымы мен тегі</p> <p>Дәрігердің идентификаторы</p> <p>Жұмысқа кірісуі (күні мен айы)</p> <p>(емдеу ұйымының идентификаторы)</p>	<p>"Мас күйде болу немесе болмауымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан немесе есірткелік жігі уыттанған уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама" № 036/е нысаны № _____</p> <p>Берілді</p> <p>Жеке сәйкестендіру нөмірі</p> <p>Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)</p> <p>Туған күні</p> <p>Жынысы</p> <p>Жұмыс орны</p> <p>Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы</p> <p>Диагноз</p> <p>Қорытынды диагнозы</p> <p>Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға)</p> <p>Режимі</p> <p>МӘС-ға жолданады: күні мен уақыты</p> <p>Стационарда болды _____ 20 __ жылдан бастап _____ 20 __ жылға дейін</p> <p>Дәрігердің идентификаторы</p> <p>МӘС-да куәландырылды: күні мен уақыты</p> <p>МСК-ның ұйғарымы</p> <p>Уақытша басқа жұмысқа ауыстырылуы кк/аа/жж бастап кк/аа/жж дейін</p> <p>(МСК идентификаторы)</p> <p>Бас дәрігердің идентификаторы</p> <p>Төрағаның идентификаторы</p>
	<p>"Анықтама № _____ студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі</p>

<p>Анықтаманың бақылау талоны № _____ Берілген күні Жеке сәйкестендіру нөмірі Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) Оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы Ауру диагнозы Босатылды бастап кк/аа/жж кк/аа/жж аралығында Босатылуы ұзартылды: бастап кк/аа/жжкк/аа/жж аралығында Анықтаманы берген дәрігердің тегі, идентификаторы</p>	<p>балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы" № 037/е нысаны (керегінің астын сызыңыз) Берілген күні Студентке, оқушыға, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балаға (керегінің астын сызыңыз) Оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы Жеке сәйкестендіру нөмірі Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) Туған күні (жылы, айы, 1 жасқа дейінгі балалар үшін - күні) Ауру диагнозы (келмеуінің басқа себептері) Жұқпалы аурумен ауырған пациенттермен жанасуы (жоқ, иә, қандай пациенттермен) керекті астын сызыңыз, жазыңыз сабақтан, мектепке дейінгі балалар ұйымына барудан босатылды кк/аа/жж бастап кк/аа/жж аралығында Медициналық ұйымның идентификаторы Емхана дәрігерінің идентификаторы</p>	
<p>Анықтаманың бақылау талоны № _____ Берілді Жеке сәйкестендіру нөмірі Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) Туған күні Қызмет, жұмыс орны Ауру диагнозы (босату басқа себептері) Босатылды бастап кк/аа/жж кк/аа/жж аралығында Босатылуы ұзартылды: бастап кк/аа/жж кк/аа/жж аралығында Анықтаманы берген дәрігердің тегі, идентификаторы</p>	<p>"Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы № _____ анықтама" № 038/е нысаны Босату себептері: 1. инвазиялық әдіс өткізу, 2. ортопедиялық протезді стационарлық жағдайда өткізу, 3. санаторийлық-курорттық ұйымдарда емді аяқтау, 4. ұлды (қызды) асырап алу, 5. сырқаттанған туысқа күтім жасау бойынша, 6. карантиндық, 7. ауысымның соңына дейін еңбекке жарамсыздық белгілері болған кезде (кәсіпорындардың және ұйымдардың медициналық пунктерінің медицина қызметкерлері береді) (керегінің астын сызыңыз) Берілген күні Жеке сәйкестендіру нөмірі Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) Туған күні Пациенттің мекенжайы: Қызмет, жұмыс орны Кәсібі, лауазымы Ауру диагнозы (босату басқа себептері) Жұқпалы аурумен ауырған пациенттермен жанасуы (жоқ, иә, қандай пациенттермен) астын сызыңыз, жазыңыз</p>	<p>"Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы № _____ анықтама" № 038/е нысаны</p>

Ескерту: Бақылау талондары берілген анықтамаларды есепке алу үшін қажет.	Жұмыстан босатылуы				Д Қ
	қай күннен бастап	қай күн аралығында	дәрігердің лауазымы мен тегі	дәрігердің қолы	
	Жұмысқа кірісуі кк/аа/жж бастап Ұйымның идентификаторы				

"Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы" № 039/е нысаны № _____

20__жылғы "___" _____

Сот-психиатриялық сараптамаға жататын адам

_____ аты, тегі, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні _____

бап бойынша айыпталушының _____

_____ немесе

мәселені шешуге қатысты куә, жәбірленуші, жауапкер адамның, адамның әрекетке қабілеттілігін анықтау

(керекті астын сызыңыз) _____

Бастапқы, қайталанған, қосымша сараптама; соңғы екі жағдайда сараптама, сарапшылардың қорытындылары қашан, кім жүргізгендігі көрсетіледі _____

Сарапшылардың алдына қойылған мәселелер:

1. _____

2. _____

3. _____

Сот-психиатриялық куәландыруды мынадай құрамдағы сот-психиатриялық комиссия жүргізеді:

Төраға _____

Комиссия мүшелері _____

Баяндамашы дәрігер _____

Қазақстан Республикасының Қылмыстық кодексінің 352-бабы бойынша сарапшылар жалған қорытынды бергендігі немесе одан бас тартқандығы үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылатыны туралы ескертілді. Сараптама кезінде шешілетін мәселелер мен "Қорытындының" басқа да бөлімдері келесі _____ беттерде жазылады.

"Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы" № 040/е нысаны № _____

Сыналушы _____

Туған күні: _____ бабы бойынша сотталған _____

Мерзімі _____

Жазалану мерзімінің басталуы _____

Сотталған адамды психиатриялық куәландыруды құрамы мынадай сот-психиатриялық комиссиясы стационарлық, амбулаториялық (керекті астын сызыңыз) жағдайда өткізді:

Төраға _____

Комиссия мүшелері _____

Баяндаушы дәрігер _____

Қаулы негізінде _____ 20__ жылғы _____ күні _____

Төменде көрсетілген сарапшының құқығы мен міндеті _____

ҚК _____

қорытынды шығарудан бас тартуы немесе біле тұра жалған қорытынды шығарғаны үшін жүктелетін жауапкершілік туралы. _____ ҚК _____ бабы бойынша сарапшыларға ескертілді "Қорытындының" қалған бөлімдері келесі _____ беттерде жазылады.

Бұрынғы өмірі туралы деректер (құқық бұзу кезеңін қоса), сырқатының дамуы, егер ондай болса; физикалық, неврологиялық, психикалық жағдайлары және зертханалық зерттеулер деректерін жазу; диагнозы мен сарапшылық ұйғарым қорытынды бөлімде негізделеді және көрсетіледі.

"Медициналық туу туралы куәлік № ____ (тіркелетін ұйымдарда ұсынуға беріледі)" № 041/е нысаны

Беру күні 20__ жылғы " ____ " _____

1 ЖСН

2 Анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (жеке басын куәландыратын құжаттарға сәйкес, олар болмаған кезде – деректер анасының сөздері бойынша толтырылады)

3 Мекенжайы (анасының тұрақты тұру орны)

4 Анасының туған күні

5 Анасының ұлты

6 Анасының отбасылық жағдайы

7 Анасының білімі

8 Босану күні мен уақыты

9 Босану орны

10 Баланың жынысы

10-1. Сәби дүниеге келді: бір ұрықтан туғанда - 1, егіздердің біріншісі - 2, егіздердің екіншісі - 3, басқа бірнеше рет босану - 4

10-2. Сәби дүниеге келді: уақытында туған - 1, шала туған - 2, мерзімі өтіп туған - 3

Р/с №	Түскен күні	Аты, тегі, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	ЖСН	Жынысы	Туған күні (жылы, айы, күні)	Сараптам а жүргізу туралы қаулыны кім, қашан, қай тілде шығарды	Сот-психиатриялық сараптам аға (ҚР ҚК баптары (ҚР АҚ)	ҚР ҚК баптары (ҚР АҚ)	Бұл іс бойынша бірінші, қайталанған, қосымша сараптам а	Комиссия күні	Т.А. Ә. (бар болған жағдайда): Төраға, мүшелері баяндамашы						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12						
Актінің №	Диагнозы	Қорытынды (қай тілде)	Ұсынған медициналық шаралар	Сот-психиатриялық сараптам аға жататын адам қайда жіберілді	Стационардан шыққан күні	Сараптам а жүргізудің жалпы мерзімі (АСПСК, ССПСК)	Істер мен қорытындыларды беру күні	Істер мен қорытындыларды алушының аты, тегі, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	13	14	15	16	17	18	19	20	21

"Медициналық қызметтерді көрсету ақауларын есепке алу картасы (мқәе)" № 044/е нысаны

1. Картаның тіркеу нөмірі	КТН	
---------------------------	-----	--

2. Карта:

– бірінші рет

– екінші рет

3. Тегі _____ аты _____

әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

4. ЖСН _____

5. Ұлты _____

6. Туған күні / _____ / _____ / _____ /

кк/аа/ жжжж

7. Жасы _____

толық жасы

8. Тұрғылықты жері _____

_____ елі,
облысы, әкімшілік ауданы елді мекен, көше, үй, пәтер

9. Медициналық қызметтерді көрсетуде ақаулар жіберген медициналық ұйымдар _____

10. Жолдаған ұйымның диагнозы АХЖ-10 коды

11. Қорытынды диагноз АХЖ-10 коды

а) негізгі:	
б) қосарласқан:	
с) асқынулар:	

Медициналық көмек сапасын сараптамалық бағалау

I. МҚАЕ амбулаториялық көмек көрсету деңгейінде (керекті астын сызыңыз)

0 – белгісіз;

1 – бақыланбаған;

2 – ақаулар табылмады;

3 – динамикалық бақылаудың жоқтығы;

4 – зерттеп-қарау кемшіліктері:

4.1 – зерттеп-қаралмаған,

4.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау толық емес,

4.3 – бейінді мамандардың консультациялық көмегінің жеткіліксіздігі;

5 – шағымдар мен анамнездердің сипаттамасы:

5.1 – толық,

5.2 – толық емес,

5.3 – диагнозға сәйкес келмейді,

5.4 – анамнез көрсетілмеген,

5.5 – анамнез толық ашылмаған;

6 – пациент жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау;

7 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін толық есепке алмау немесе асыра бағалау;

8 – адекваттік емес терапия:

8.1 – емдеу жүргізілмеген,

8.2 – толық көлемде жүргізілмеген,

8.3 – көрсетілімдерсіз тағайындау;

9 – емдеуге жатқызудың болмауы:

9.1 – ұсынылған,

9.2 – ұсынылмаған;

10 – кешіктіріп емдеуге жатқызу;

11 – созылмалы нысанды ауруы бар пациенттарды диспансерлеудің сапасы мен жүйелілігі:

11.1 – стандарттар сақталған,

11.2 – стандарттар сақталмаған,

11.3 – диспансерлеу жасалмаған;

12 – емдеу нәтижесі:

12.1 – өлім жағдайы алдын-алуға болатын,

12.2 – нәтижесі "нашарлау" сараптамалық бағалау,

12.3 – нәтижесі "өзгеріссіз" сараптамалық бағалау,

12.4 – амбулаториялық-емханалық деңгейде емдеудің тиімсіздігі салдарынан стационарға емдеуге жатқызу;

13 – ұсынымның болуы:

13.1 – жоқ,

13.2 – толық емес,

13.3 – толық.

II. МҚАЕ стационар деңгейінде (керекті астын сызыңыз)

0 – стационарға емдеуге жатқызуға дейін тасымалдаудың бұзылуы;

1 – ақаулар анықталмаған;

2 – ауруханаға жатқызу ақаулары:

2.1 – емдеуге жатқызудан негізделмеген бас тарту,

2.2 – көрсетілген медициналық қызметтердің сапасына шағымдар,

2.3 – ТМККК-ге кіретін медициналық көмекті көрсету кезінде пациенттан дәрі-дәрмектер мен қаржы қаражатын тарту,

2.4 – өлім жағдайы алдын-алуға болатын,

2.5 – емдеу нәтижесінде туындаған асқыну жағдайлары,

2.6 – аурудың "нашарлау" нәтижесі болған жағдайлар сараптамалық бағалау,

2.7 – аурудың "өзгеріссіз" нәтижесі болған жағдайлар сараптамалық бағалау,

2.8 – жолданған және клиникалық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары,

2.9 – клиникалық және морфологиялық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары;

3 – алдыңғы емдеуге жатқызу кезінде стационардан мерзімінен бұрын шығару;

4 – шағым мен анамнездер сипаттамасы:

4.1 – толық емес,

4.2 – диагнозға сәйкес келмейді,

4.3 – анамнез көрсетілмеген,

4.4 – анамнез толық ашылмаған;

5 – диагностиканың жеткіліксіздігі:

- 5.1 – толық емес,
 - 5.2 – уақтылы емес,
 - 5.3 – жағдайдын ауырлығын дұрыс бағаламау,
 - 5.4 – динамикалық бақылаудың жоқтығы;
 - 6 – диагноздағы қателіктер:
 - 6.1 – толық диагноз барлық диагноздаркөрсетілген: негізгі, қосарласқан, асқынулар,
 - 6.2 – диагнозы толық емес,
 - 6.3 – диагнозы белгіленбеген;
 - 7 – стационарда пациенттің қысқа мерзімде болуы 3 тәуліктен аз;
 - 8 – зерттеп-қарау кемшіліктері:
 - 8.1 – анамнездік және клиникалық деректерді дұрыс есепке алмау,
 - 8.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау,
 - 8.3 - жоғары білікті мамандардың консультациялық көмегінің жетіспеушілігі
 - 8.4 - консультанттар қорытындысын дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау,
 - 8.5 - айғақтарсыз зерттеп-қарауды тағайындау,
 - 8.6 - дәрігерлер консилиумы айғақтар бойынша:
 - 8.6.1 - толық және уақтылы жасалған,
 - 8.6.2 – жасалмаған;
 - 9 – адекваттік емес терапия:
 - 9.1 - толық көлемде жүргізілмеген,
 - 9.2 - көрсетілімдерсіз тағайындау;
 - 10 - бейінді мамандардың қатысуынсыз көмек көрсетілген (көрсетілімдер бойынша)
- ;
- 11 - шұғыл араласуды жүргізудегі кемшіліктер:
 - 11.1 - кешіктірілген шұғыл араласулар,
 - 11.2 - шұғыл араласудың барабар емес көлемі мен әдісі,
 - 11.3 - операция кезіндегі техникалық ақаулар,
 - 11.4 - тиісті көрсетілімдерсіз операциялар,
 - 11.5 – дұрыс емес анестезия,
 - 11.6 – ықтимал асқынулар профилактикасының болмауы,
 - 11.7 - трансфузиялық заттардың болмауы;
 - 12 - шағым мен анамнездердің сипаттамасы:
 - 12.1 – толық,
 - 12.2 – толық емес,
 - 12.3 - диагнозына сәйкес емес,
 - 12.4 - анамнезі көрсетілмеген,
 - 12.5 - анамнезі толық ашылмаған;
 - 13 - емдеу нәтижелері:

- 13.1 - өлімнің алдын алуға болатын,
- 13.2 - нәтижесі "нашарлау" сараптамалық бағалау,
- 13.3 - нәтижесі "өзгеріссіз" сараптамалық бағалау;
- 14 - ұсынымдардың болуы:
- 14.1 – жоқ,
- 14.2 – толық емес,
- 14.3 – толық.

III. Патологологиялы-анатомиялық зерттеулердің және/немесе сот-медицинасы сараптамаларының нәтижелері

1. Патологологиялық-анатомиялық ашу немесе сот-медициналық сараптама нәтижесі									Операциялық және биопсиялық материалдарды зерттеу
Патологиялық-анатомиялық немесе сот-медициналық диагноз/АХЖ-10 коды	Клиникалық және патологоанатомиялық, сот-медициналық диагноздардың ұқсастығы	Клиникалық және патологоанатомиялық (сот-медициналық) диагноздардың айырмашылықтары			Ятрогения			Клиникалық диагноз	Гистологиялық қорытынды
		I санат	II санат	III санат	I санат	II санат	III санат		
а. негізгі									
в. қосарласқан									
с. асқыну									

IV. Пациенттің тәртіп бұзушылығы (керекті астын сызыңыз):

- 0 - ескертулер жоқ;
- 1 - дәрігердің бақылауы тұрақты емес;
- 2 - дәрігерлердің ұсынымын орындау:
- 2.1 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындау,
- 2.2 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындамау,
- 2.3 - дәрігерлердің ұсынымын орындамау;
- 3 - криминалдық араласу;
- 4 - ұсынылған амбулаториялық емделуден бас тарту;
- 5 - емдеуге жатқызудан бас тарту;
- 6 - медициналық көмекке жүгінуді кешіктіру;
- 7 - стационардан өз еркімен кету.

V. МҚАЕ алдын алуға болатын факторлар (керекті астын сызыңыз)

- 1 - пациентты уақтылы емдеуге жатқызу;
- 2 - әлеуметтік саламаттылық;
- 3 - патологиялық жағдайды ерте диагностикалау;

4 - зерттеудің қосымша әдістері УДЗ, рентгенодиагностика және т.б. зерттеулер;

5 - клиникалық және зертханалық деректерді, консультанттар қорытындыларын дұрыс түсіндіру;

6 - уақтылы адекваттік емдеу оның ішінде оперативтік;

7 - мамандардың біліктілігі.

VI. Қосымша мәлімет (керекті астын сызыңыз)

0 - деректер жоқ;

1 - ятрогендік себептер:

1.1 – бар, 1.2 – жоқ _____

VII. Өлімінің алдын алу (керекті астын сызыңыз)

1 – алдын алуға болатын;

2 – шартты алдын алуға болатын;

3 – алдын алу мүмкін емес.

Картаны толтыру күні "___" _____ 20 ___ жыл

Оператордың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

Қартаның енгізілген күні "___" _____ 20 ___ жыл

АХЖ-10 коды – аурудың халықаралық жіктемесінің X қайта қаралымы бойынша коды

ТМККК – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі

УДЗ – ультрадыбыстық зерттеу

"Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік" № 045/е нысаны

Берілген күні 20 ___ жыл "___" _____ № _____

(алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктінің орнына сериялары _____ № _____)

1. Қайтыс болғанның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (жеке басты куәландыратын құжаттарға сәйкес)

2. ЖСН _____

3. Жынысы: ер-1, әйел-2 (сызу қажет)

4. Туған уақыты: _____ күні _____ айы _____ жылы

5. Қайтыс болған уақыты: _____ күні _____ айы _____ жылы

1 жасқа дейінгі балалар үшін: айы-күні жеткен, айы-күні жетпеген

туған кездегі салмағы: грамм, бойы см, өмір сүрген айы және күні, анасының баласы, анасының жасы

Тірі туу өлшемдері (тынысы, жүректің соғуы, кіндікбау тамырының соғуы, бұлшықеттердің еркін қимылы)

6. Қайтыс болған адамның тұрақты мекенжайы

7. Қайтыс болған жері

ну және улану кезіндегі сыртқы себептер								
2) Өлімге себепші болатын, бірақ аурумен немесе патологиялық жағдаймен байланысты емес оған әкелетін басқа да маңызды жағдайлар								

18. Ана өлімі болған жағдайда:

18.1 жүктілік кезінде қайтыс болды (жүктіліктің мерзімі мен оқшаулануына қарамастан);

18.2 босану (аборт) кезінде

18.3 босанғаннан (аборт) кейінгі 42 күннің ішінде

18.4 жүктілік аяқталғаннан, босанғаннан кейінгі 43-365 күннің ішінде

19. Қосымша деректер

20. Куәлікті берген денсаулық сақтау ұйымының атауы, оның мекенжайы

21. Куәлік берген медицина қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), сәйкестендіргіш, лауазымы

Медициналық ұйымының сәйкестендіргіші

Куәлік берген медицина қызметкерінің немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғаның идентификаторы

Ескертпе:

Медициналық өлім туралы анықтаманы тек ақпараттық жүйеде жасаңыз және басып шығарыңыз. Қайтыс болған 1 жастағы бала үшін анасының қатысымен толтырылады

"Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік" № 046/е нысаны № _____ (алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктінің орнына № _____)

Берілген күні

1 - өлі туған	2 - туғаннан соң 1-аптадан кейін қайтыс болды
	<p>1. Қайтыс болған (өлі туған) баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2. Жынысы: 1 - ер, 2 - әйел, анықталмаған – 3 (сызу қажет)</p> <p>3. Туған (өлі туған) күні мен уақыты:</p> <p>_____ мин, _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы</p> <p>4. Қайтыс болған күні:</p> <p>_____ мин, _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы</p> <p>5. Қайтыс болған (өлі туған) жері:</p> <p>а) _____</p> <p>республикасы,</p>

_____ облысы/респ. маңызы бар қала

_____ ауданы/облыст. маңызы бар қала/ респ.

маңызы бар қаланың ауданы _____

_____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала ауданы/

аудандық маңызы бар қала әкімшілігі _____

_____ елді мекені _____ (1-қала, 2-ауыл) _____

_____ көшесі, үйі _____, пәтері _____

б) өлім (өлі туу):

1 - стационарда (жазу қажет) _____

_____ 2 – үйде- 2, 3 - басқа жерде болды (жазу қажет):

_____ б. Анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

_____ 7. Анасының туған күні:

_____ күні, _____ айы, _____ жылы

_____ 8. Ұлты _____

_____ 9. Отбасы жағдайы: некеге тұрмаған - 1, некеге тұрған - 2, жесір - 3, ажырасқан - 4, белгісіз – 5 Некеде тұрғандар үшін/:

_____ некені кию күні (күні, айы, жылы _____)

_____ Жұбайының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

_____ (мәліметтер неке туралы куәліктегі жазба негізінде, анасының

сөзі негізінде толтырылды – керекті астын сызыңыз)

_____ 10. Қайтыс болған (өлі туған) баланың анасының тұрақты

_____ мекенжайы: _____

_____ Республикасы

_____ облысы/респ.маңызы бар қала

	_____ ауданы/облысы маңызы бар қала / респ. маңызы бар қаланың ауданы _____ _____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала ауданы/ аудандық маңызы бар қала әкімшілігі _____ елді мекені _____ (1-қала, 2-ауыл) _____ көшесі, үй _____, пәтері _____
Шифрдың орны/	11. Анасының білімі: жоқ - 1, бастапқы - 2, басты орта - 3,
1	жалпы орта - 4, кәсіптік орта - 5, аяқталмаған жоғары -6,
2	жоғары - 7, белгісіз - 8
3	12.1. Анасының жұмыс орны (жұмыс істемесе, кімнің қамқорлығында екенін көрсету қажет) _____
4	_____
5	12.2. Лауазымы немесе орындалатын жұмыс _____
6	_____
7	13. Жүктіліктің саны бойынша нешіншісі _____
8	14. Босану саны бойынша нешіншісі _____
9	15. Оған дейінгі жүктіліктер: тірі баланы туумен 1, өлі баланы туумен _____ 2, өз еркімен болған түсікпен 3, абортпен _____ 4 (қанша екендігін көрсету қажет)
10	16. Соңғы етеккірдің күні _____
11	Нақты жүктіліктің мерзімі _____ апта 17. Босандырған: дәрігер-1, акушер-2, фельдшер-3, басқа адам (сызу қажет)
12.1	18. Акушер-дәрігерге (акушерге) келген кездегі жүктіліктің
12.2	мерзімі/ 12 апта және одан ерте-1, 13-21 апта-2, 22- 27 апта-3,
13	28 апта және одан асқан мерзім - 4, мүлдем келген жоқ - 5
14	19. Қайда тіркеуде тұрды: ФАП, ФП, ДА, АУА, ОАА, ӘҚ,
15	"Неке және отбасы" консультациясында, қалалық перзентханада, облыстық перзентханада, ПО, жеке клиникада
16	20. Нақты жүктілік басталғанға дейін аурулар мен асқынулар:

17	болмаған-1, болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет:
18	негізгі ауруды бірінші көрсету қажет)
19	—
20	21. Нақты жүктілік барысында аурулар мен асқынулар:
21	болмаған-1, болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет:
22	негізгі ауруды бірінші көрсету қажет)
23	—
24	22. Босану асқынулары: болмаған-1, болған-2 (қандай
25	екендігін көрсету қажет: негізгі асқынуды бірінші көрсету қажет)
26	—
27	23. Босануға жәрдемдесу мақсатында қолданылған операциялар мен операциялық құралдар: болмаған-1,
28	болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет)
29	—
30	24. Бала (ұрық) 1-бір ұрықты, 2-егіздердің бірін, 3-егіздердің екіншісін, 4-өзге де көп ұрықты туу кезінде туды/
31	25. Баланың" (ұрықтың) туған кезіндегі салмағы _____ жыл/
32	гр. 26. Баланың (ұрықтың) туған кезіндегі бойы _____ см
33	27. Бала (ұрық) 1 - күні жетіп, 2 - күні жетпей, 3 - күнінен асып туды 27-1. Тірі туу өлшемдері: тынысы-1, жүректің соғуы -2, кіндікбау тамырының соғуы-3, бұлшықеттердің еркін қимылы-4/ Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры – 4. 28. Бала (ұрық) 1-өлі, 2-мацерацияланып, 3-тұншығып туды

29. Баланың (ұрықтың) өлуі: 1-босанғанға дейін, 2-босану кезінде,

3-босанғаннан кейін, 4-белгісіз жағдайда болды

30. Баланың (ұрықтың) өлуі, өлі тууы мынадай себептерден болды:

1 - аурудан, 2 - жазатайым оқиғадан, 3 - өлтіруден болды,

4 - анықталған жоқ

31 Перинаталдық өлімнің себебі/

а) баланың (ұрықтың) өлуіне себеп болған негізгі ауруы немесе патологиялық жағдайы (тек бір ғана ауруы көрсетіледі)

АХЖ-10 коды

б) баланың (ұрықтың) өзге де ауруы немесе патологиялық жағдайы

в) баланың (ұрықтың) өлуіне себеп болған анасының алғашқы аурулары мен патологиялық жағдайы

г) баланың (ұрықтың) өлуіне әсер еткен анасының өзге де аурулары мен жағдайы

д) өлімге себеп болған өзге де жағдайлар

32. Өлімнің (өлі туудың) себебін:

а) 1 - өлімді куәландырған дәрігер, 2 - босандырған дәрігер,

3 - баланы емдеген педиатр-дәрігер, 4 - патологоанатом,

5 - сот-медицина сарапшысы, 6 - акушер, 7 - фельдшер/

б) 1 - мәйітті тексеру, 2 - медициналық құжаттамалардағы

жазбалардың, 3 - бұрынғы байқаулардың, 4 - ашудың

негізінде анықтады

33. а) Куәлік беруші медицина ұйымының атауы:

б) Куәлік беруші медицина қызметкерінің т.а,ә, (бар болған жағдайда) қызметі және қолы

Мөр _____ қолы	Денсаулық сақт _____ Тег
34. Анасының куәлігінің/төлқұжатының № _____ —	
35. Анасының қолы _____ күні _____ —	
Тіркеу органында толтырылады	
36. Куәлік тіркеу органында толтыру дұрыстығына жауапты дәрігермен тексерілді	
_____ жыл/г. " ____ " _____	қолы _____

-----Кесу сызығы-----

Перинаталдық өлім туралы медициналық куәліктің түбіртегі № 046/е нысанына (алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктіні орнына сериялар № __) Берілген күні 20 ____ жыл " ____ " _____

Медицина ұйымдарының атауы

Бала 1-өлі туған, 2 - туғаннан соң 1-аптадан кейін өлді (сызу қажет)

1. Анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

2. Анасының туған күні: _____ күні, _____ айы, _____ жылы

3. Ұлты _____

4. Анасының отбасы жағдайы: некеге тұрмаған - 1, некеге тұрған - 2, жесір - 3, ажырасқан - 4, белгісіз – 5

5. Жұбайының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

6. Қайтыс болған (өлі туған) баланың анасының тұрақты мекенжайы: _____
_____ Республикасы

_____ облысы/респ. маңызы бар қала _____ ауданы
/облыст. маңызы бар қала/ респ. маңызы бар қаланың ауданы _____
_____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала ауданы/ аудандық
маңызы бар қала әкімшілігі _____ елді мекені _____ (1-қала,
2-ауыл) _____ көшесі, үйі № _____, пәтері № _____

7. Анасының жұмыс орны (жұмыс істемесе, кімнің қамқорлығында екенін көрсету қажет)/ _____

Қызметі немесе орындалатын жұмысы _____

8. Анасының білімі: жоқ - 1, бастапқы - 2, басты орта - 3, жалпы орта - 4, кәсіптік орта - 5, аяқталмаған жоғары-6, жоғары - 7, белгісіз – 8

9. Қайтыс болған баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

10. Жынысы: 1 - ер, 2 - әйел, 3 - анықталған жоқ

11. Туған, өлі туған күні мен уақыты: _____ мин, _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы

12. Қайтыс болған күні мен уақыты: _____ мин _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы

13. Қайтыс болған (өлі туған) жері:

а) _____ республикасы, _____ облысы/респ. маңызы бар қала _____ ауданы/облыст. маңызы бар қала/респ. маңызы бар қаланың ауданы _____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала ауданы/ аудандық маңызы бар қала әкімшілігі _____ елді мекені _____ (1-қала, 2-ауыл)

б) өлім (өлі туу): 1 – стационарда _____ 2 -үйде _____, 3 - басқа жерде _____ болды (жазу қажет)

14. Ана туған баланың саны бойынша нешіншісі (тірідей туатын кезектілігі _____

15. Босану саны бойынша нешіншісі _____, жүктілігі _____

16. Нақты жүктіліктің мерзімі _____ толық апта

17. Оған дейінгі жүктіліктер аяқталды: тірі баланы туумен _____ 1, өлі баланы туумен _____ 2, өз еркімен болған түсікпен _____ 3, медициналық абортпен _____ 4, оның ішінде мед көрсетімдер бойынша-5

18. Оған дейінгі жүктіліктердің соңғысы аяқталды: тірі баланы туумен _____ 1, өлі баланы туумен _____ 2, өз еркімен болған түсікпен _____ 3, медициналық абортпен _____ 5, оның ішінде мед. көрсетімдер бойынша - 6 (сызу қажет)

19. Дәрігердің (фельдшердің, акушердің) келу саны

20. Босандырған: дәрігер-1, акушер-2, фельдшер-3, басқа адам (сызу қажет)

21. Босану асқынулары:

Босану кезіндегі гипертермия	01
Плацентаның алда жатуы	02
Плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі	03
Босануды жігерлендірудің сәтсіз	04
Қарқынды босану	05
Ұрықтың алда жатуы немесе дұрыс жатпау салдарынан босанудың қиындай түсуі	06
Босанудан болған гипертензия	07
Босану кезінде қан кету	08

Ұрықтың күйзелісімен (дистреспен) асқындалған босану және босандыру	09
Кіндіктің патологиялық жағдайымен асқындалған босану және босандыру	10
Басқалар (көрсету қажет)	11
Болмаған	00

22. Босануға жәрдемдесу мақсатында қолданылған операциялар мен операциялық құралдар: болмаған-1, болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет)

23. Бала (ұрық) 1-бір ұрықты, 2- бірінші егіздерді, 3- екінші егіздерді, 4-өзге де көп ұрықты туу кезінде туды

24. Бала (ұрық) 1 - күні жетіп, 2 - күні жетпей, 3 - күннен асып туды

25. Бала (ұрық) 1-өлі, 2-мацерацияланып, 3-тұншығып туды

26. Баланың (ұрықтың) туған кезіндегі салмағы _____ г

27. Баланың (ұрықтың) туған кезіндегі бойы _____ см.

28. Тірі туу өлшемдері: тынысы-1, жүректің соғуы-2, кіндікбау тамырының соғуы-3, бұлшықеттердің еркін қимылы-4

29. Баланың (ұрықтың) өлуі: 1-босанғанға дейін, 2-босану кезінде, 3-босанғаннан кейін,

4-белгісіз жағдайда болды

30. Баланың (ұрықтың) өлуі, өлі тууы мынадай себептерден болды: 1 - аурудан, 2 - жазатайым оқиғадан, 3 - өлтіруден болды, 4 - анықталған жоқ

31. Апгар шкаласы бойынша баға: 1 минуттан кейін _____ балл/баллов, 5 минуттан кейін _____ балл

32. Нақты жүктілік қаупінің медициналық факторлары	35. Акушерлік емшаралар		
	Амниоцентез	01	
	Ұрықтың мониторингі	02	
	Ұрықты ықпалдандыру	03	
	Ультрасонография	04	
	Анемия	01	
	Басқалар (көрсету қажет)	0	
	Қанайналым жүйесінің аурулары	02	
	Тыныс органдарының аурулары	03	
	Ананың жұқпалы және паразиттік аурулармен ауруы	36. Жаңа туған кезеңдегі асқынулар:	
	Кардиоваскулярлік гипертензия	Анемия	01
	Бүйрек гиертензиясы	Фаталдық алкогольдік синдром	02
	Жүктіліктен болған гипертензия	06 Тоңып кептелу синдромы	03
Қантты диабет	07 30 минутқа дейін кеудені желдету	04	
Бүйрек аурулары	08 30 минуттан астам кеудені желдету	05	
Гидрамнион (судың көп болуы)/	09 Басқалар (көрсету қажет)	06	
	10 Асқынулары жоқ	00	

Олигогидрамнион	11	
Эклампсия	37	Туа біткен ауытқулар (даму кемістіктер, деформациялар және хромосомдық бұзушылықтар)
Жүктіліктің ерте кезінде қан кету	13	
Несеп-жыныс жолдарының жұқпасы	14	Анэнцефалия 01
Жүктілік кезінде аз тамақтану	15	Жұлын-мил жарығы 02
Генитальдік герпес	16	Энцефалоцеле 03
Плацентаның кемістігі	17	Гидроцефалия 04
Rh-сенсбилизациясы	18	Жырық тандай 05
Ірі ұрық	19	Жаппай қоянжырық 06
Ұрықтың гипотрофиясы	20	Өңештің атрезиясы 07
Басқалар (көрсету қажет)	21	Анустың атрезиясы 08
Болмаған	00	Эписпадия 09
		Қол-аяғы кемістіктерінің жойылуы 10
33. Жүктілік кезінде тәуекелдің басқа факторлары:		Омфалоцеле 11
Темекі шегу	01	Даун синдромы 12
Алкогольды пайдалану	02	Басқалар (көрсету қажет) 13
		Болмаған 00
34. Босанудың асқынуы:		
Босану кезіндегі гипертермия	38	Әлеуметтік факторлар Анасы байқауға алынды:
Пацентаның алда жатуы	01	Жүктіліктің бірінші жартысында 01
Плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі	02	Жүктіліктің екінші жартысында 02
Қарқынды босану	04	
Ұрықтың алда жатуы немесе дұрыс жатпау салдарынан босанудың қиындай түсуі	05	Кеш келу себептері: Медициналық қызметтер үшін ақы төлеу 02.1
Босану кезінде қан кету	06	Жұмыстың жоқтығы 02.2
Ұрықтың күйзелісімен (дистреспен) асқынған босану және босандыру	07	-мекенжайға тіркелудің 02.3
	07	-білмеу себебінен 02.4
Кіндік патологиясының жағдайы мен асқынған босану және босандыру	08	-басқа себептермен 02.5
Басқалар (көрсету қажет)	09	Дәрігердің байқалуында болмаған 03
Болмаған	00	Босандыру әдістері:
		Табиғи босандыру 01
		Операциялық босандыру (кесар тілігі, вакуум-экстракциялар, акушерлік қысқыштар салу) 02

40. Перинаталдық өлімнің себебі:

а) баланың (ұрықтың) өлуіне қайтыс болуына болған негізгі ауруы немесе жағдайы (тек бір ғана ауруы көрсетіледі) _____	АХЖ-10 коды/	(аурудың) күні/									
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>	

б) баланың (ұрықтың) өзге де ауруы немесе жағдайлары _____ _____ _____	<table border="1"> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> </tr> </table>							
в) баланың (ұрықтың) қайтыс болуына себеп болған анасының алғашқы ауруы немесе жағдайы (бала жолдасы) _____ _____ _____	<table border="1"> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> </tr> </table>							
г) баланың (ұрықтың) өлуіне әсер еткен анасының өзге де аурулары немесе жағдайы (бала жолдасы) _____ _____	<table border="1"> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> </tr> </table>							

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда): _____

Туу туралы актінің жазбасы: 20 ____ жылғы _____ № _____

Қайтыс болу туралы актінің жазбасы: 20 ____ жылғы _____ № _____

тіркеу органдарының атауы _____

20 ____ ж _____ Тіркеу органының қызметкерінің қолы _____

"Оңалту картасы" № 047/е нысаны

1 бөлім

Жалпы бөлім

1. ЖСН

2. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

3. Туған күні

4. Жынысы

ер

Әйел

5. Жасы

6. Ұлты

7. Тұрғын



қала



ауыл

8. Тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Кәсібі Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Мүгедектік тобы

12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Пациент жіберілді

15. Емдеуге жатқызу түрі Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған емдеуге жатқызу

коды

Қабылдау бөлімшесі дәрігерінің жазбасы

Ағымдағы емдеуге жатқызу туралы ақпарат:

16. Осы ауруы салдарынан осы жылда жатқызылуы

17. Жолдаған ұйымның диагнозы (шкалалары бойынша оңалту потенциалын көрсету қажет)

Денсаулығым туралы ақпаратты мыналарға хабарлауға рұқсат етемін:

туысының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Кім болады	Телефон
---------------------------------------	------------	---------

Емдеуге жатқызу кезінде қабылдау бөліміндегі дәрігердің бастапқы қарап-тексеруі:

1. Қарау күні мен уақыты

2. Ауру анамнезі

3. Өмір анамнезі

4. Шағымы

5. Аллергиялық сыртартпа

6. инфекциялық аурулармен ауыруы

Туберкулез

иә

жоқ
Тері-қан

иә

жоқ
Гепатит

иә

жоқ басқа
Вирусты гепатит

иә

жоқ
ҚЫЗЫЛША, ҚЫЗАМЫҚ

иә

жоқ
Желшешек

иә

жоқ
эпидемиялық паротит

иә

жоқ
Соңғы 35 күнде инфекциялық пациенттермен қатынаста болмаған
7. Аса қауіпті инфекциялардың және ЖРВИ бергілері

иә

жоқ
Егер иә болса, пациент изоляторға орналастырылды ма

иә

жоқ
8. Тасымалдау түрлері

Тексеруді өткізген: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

Объективтік статустың ақпараты (қабылдау бөлімі)

1. Қарау күні мен уақыты

2. Объективтік статусы (1 қосымша парағы)

3. Түскен кезіндегі зертханалық-аспаптық зерттеулердің деректері

Алдын-ала диагноз қою (қабылдау бөлімі)

4. Алдын ала қойылған диагноз

5. Түскен кездегі диагнозы

6. Халықаралық шкалалар бойынша қозғалу белсенділігін бағалауды көрсетіңіз

7. Оңалту бағдарының шкаласын анықтау

8. Пациентті іріктеу (қабылдау бөлімі)

Қабылдау бөлімінде пациентті қысқаша қарау

1. Басымдығын бағалау (триаж-жүйесі орнына)

2. Ауруханаға жатқызудың негізділігіне сай пациенттің жалпы жағдайын өлшемдерге сәйкес бағалау:

Инфекциялық патология немесе жоғары инфекциялық қауіпті белгілеу	Тері жабынында бөртпе	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Дене қызуы көтерілуі	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Мұрыннан ағу	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	жөтел	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Тамақ ауруы	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Құсу	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Іш өту	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Метеоризм	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Уретралді катетер	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Сүңгімен тамақтандыру	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Калостома	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Жауыр жара	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Трахеостома	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
Дисфагия болуы	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә	

Соңғы 6 ай ішінде (жолға толтыру)	Сіреспе	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Жарақаттанушылық	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Ота	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
	Басқа:	<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
Сіреспеге қарсы дәрі-дәрмек		<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
Мінез-құлығы, әлсіз көз контакті, стереотипия		<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
Аллергиялық сыртартпа (егер жауап иә болса, неге екенін көрсету керек, жанама әсері)		<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә
		<input type="checkbox"/> жоқ	<input type="checkbox"/> иә

3. Емханаға жатқызу, немесе жатқызбау, немесе басқа емханаға ауыстыру туралы шешімді негіздеу

4. "Центильді коридор" бойынша бастапқы оңалту болжамы мен әлеуетін бағалау
Ауруханаға жатқызу:

көрсетілген

көрсетілмеген

Қабылдау бөлімінің дәрігерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) және ID

Пациенттің бастапқы мейіргердің қарап-тексеруі (бейінді бөлімшеге түскеннен кейін алғашқы 24 сағатта толтырылады):

1. Жалпы ақпарат (жатқызылу түрі, араласатын тілі, ұйымдастырушылығы)

2. Пациенттің нұсқаулығы (өзінің дәрі-дәрмегі, ұйқы режимі, экономикалық бағалау, тамақтану режимі)

3. Пациентты қарау (функционалды скрининг, Нортон шкаласы бойынша терісін бағалау, Морзе шкаласы бойынша құлау қаупін бағалау (медициналық қызметкерлердің қалауы бойынша))

4. Пациентқа сауалнама (отбасындағы зорлық-зомбылықты бағалау, пациентты/отбасын оқыту қажеттілігі, мәдени әртүрлілікті)

Пациенттің біріншілікті мейірбикелік қарауын өткізді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

2 бөлім

Емдеуші дәрігердің алғашқы тексеріп-қарауы

1. Қарау күні мен уақыты
2. Шағымдар
3. Объективтік статусы (1-қосымша парағы)
4. Ауру анамнезі
5. Өмір анамнезі
6. Тектілік
7. Дәрі-дәрмектерді қабылдауы наименование, когда и причины приема.
8. Алдын-ала қойылған диагнозды негіздеу
9. Медициналық оңалту жоспары
10. Тексеруді өткізген: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

Оңалту картасына
1-қосымша парақ

Пациенттің объективті статусы

1. Күні мен уақыты
2. Бойы (емханаға түскен кезде және МҰ қажеттілігіне байланысты);
3. Салмағы (емханаға түскен кезде және МҰ қажеттілігіне байланысты);
4. ЖЖЖ
5. ЧСС,
6. АҚ;
7. Температура;
8. Ішілген сұйықтық көлемі (МҰ қажеттілігіне байланысты);
9. Несеп пен нәжістің болуы/болмауы (МҰ қажеттілігіне байланысты);
10. Топтық бағалау парағы;
11. Оңалту әлеуетін бағалау парағы:
 - А. Анатомиялық шектеу (қимылдық, сенсорлық);
 - Ә. Танымдық және сөйлеу бұзушылықтары (сөйлеу бұзылуы, когнитивтік бұзылу деңгейі, коммуникация);
 - Б. Әлеуметтік бейімдеу бойынша көрсеткіштер шкаласы (тәуелділік шкаласы/ дәрежесі).
11. Халықаралық шкалалар бойында қимыл-қозғалысын бағалау:
 - Gross Motor Function Measure (GMFM) (медициналық қызметкерлердің қалауы бойынша);
 - Өзін-өзі қамқорлық пен бейімделу дағдыларын бағалау (түрлендірілген Бартел шкаласы) (медициналық қызметкерлердің қалауы бойынша);
 - FIM функционалдық тәуелсіздік шкаласы (қозғалтқыш функциясы) (медициналық қызметкерлердің қалауы бойынша)
 - Когнитивті функциялары.

Күнделік

1. Күні мен уақыты
2. Пациенттің объективті статусы;
3. Шағымдары;
4. ЕДШ;
5. Физиотерапия;
6. Еңбек терапиясы
7. Тексеруді өткізген: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

Оңалту картасына
3- қосымша парақ

Хабардар етілген пациенттің ерікті түрдегі келісімі

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 134-бабының 3-тармағына сәйкес (медициналық көмек пациенттің ауызша немесе жазбаша түрдегі келісімін алғаннан кейін көрсетілуі керек)

ЖСН

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (толық)

Туған күні

МҰ бола отыра (МҰ атауы)

Медициналық араласудың келесі түрлерін өткізуге ерікті түрде келісімімді беремін:

1) Маған қан және оның компоненттерін құюдың мүмкін асқынулары (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

2) Туберкулезді емдеудегі құқықтары мен міндеттері туралы, туберкулезбен ауыратын пациенттің мінез-құлқы бойынша ұсынымдарды сақтау туралы, жағымсыз реакциялардың пайда болуы, жалтарған және/немесе бөлінген жағдайда мәжбүрлеп оқшаулау шараларын қолдану туралы (режимді бұзу) түсіндірілді.

3) Мен денсаулығым туралы, емделудің алдыңғы эпизодтары, қатар жүретін аурулар, алдыңғы операциялар, жарақаттар, аллергиялық реакциялар туралы және емдеудің дұрыс тактикасын таңдау үшін қажетті барлық ақпарат бердім.

4) Менде кез-келген сұрақтар қою мүмкіндігі болды, және мен қол жетімді түрде барлық қол жетімді сұрақтарға толық жауап алдым.

Қолы _____ толтырылған уақыты мен күні

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (толық)

Дәрігердің: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Уақыты мен күні

Ескертпе:

Инвазиялық араласулар кезінде пациенттің ерікті түрдегі жазбаша келісімі қайта шақырылуы мүмкін, егер пациенттің өміріне төніп тұрған қауіп болса немесе медициналық қызметкерлер инвазиялық араласуларды бастап кетсе және оны доғару мүмкіндігі болмаса.

Оңалту картасына
4-қосымша парақ

Дәрігерлік тағайындаулар парағы

1. Күні мен уақыты
2. Тәртіп
3. Ем-дәм
4. Дәрілік заттардың, көрсетілетін қызметтердің атауы
5. Тағайындау күні мен қабылдауды доғару күні
6. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), идентификаторы

Оңалту картасына
5- қосымша парақ

Диагностардың негіздемесі

1. Күні мен уақыты
2. Объективті статус
3. Шағымдары
4. Қолжетімді зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру
5. Диагноз
6. Дәрігерлік тағайындаулар парағы
7. Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

Оңалту картасына
6- қосымша парақ

Мамандардың консультациясы

1. Күні мен уақыты
2. Консультация түрі
3. Шағымдар: _____

4. Өмір анамнезі: _____

—

5. Ауру анамнезі: _____

6. Объективті деректер: _____

7. Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру

8. Диагноз

9. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау

10. Дәрігердің дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

Бар болған жағдайда:

11. Консилиум жазбалары ауруы бойынша келісілген позициялардан зерттеу және емдеу ұстанымынан, ұсыныстардан тұрады. Консилиум мүшесінің ерекше позициясы болған жағдайда, оның пікірі тіркеледі.

Шығару эпикризі

1. Клиникалық диагнозы код наименование

Қойылған күні

2. Емдеудің басқа түрлері

3. Еңбекке жарамсыздық парағын беру туралы белгі

№ бастап дейін

4. Немен аяқталды

Ауыстырылды (МҰ регистрінен)

5. Еңбекке қабілеттілігі

6. Шыққан күні мен уақыты

7. Төсек-күндер өткізілді

8. Сараптамаға түскендер үшін – қорытынды

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды

Аутопсия жүргізілді:



иә



жоқ

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды:

Патоморфологиялық диагноз негізгі код наименование

негізгі ауруының асқынуы код наименование

қосалқы код наименование

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

№ 047/е "Оңалту картасы" нысанының қысқартылымдары:

1	АҚ	Артериялық қысым
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
4	МҰ	Медициналық ұйым
5	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
6	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
7	ЖСЖ	Жүрек соғысының жиілігі
8	ЕДШ	Емдік дене шынықтыру

"Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы" № 048/е нысаны № _____

Жүкті әйелдің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
Туған күні мен жылы
ЖСН
Есепке алыну күні
Мамандығы
Білімі
Тұрғылықты мекенжайы
Телефоны
Жүкті әйелдің қан тобы
Жүкті әйелдің резус-тиістілігі
Анықтығын күні
Күйеуінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
Күйеуінің ЖСН
Мамандығы
Білімі
Тұрғылықты мекенжайы
Телефоны

Күйеуінің қан тобы және резус-тиістілігі (көрсетілімдер бойынша)

Флюорографиялық тексеру нәтижесі

Егер Сіз бұл құжатты тауып алсаңыз, көрсетілген мекенжай бойынша қайтаруыңызды өтінеміз

Сіздің дәрігеріңіз

Телефоны

Акушер

Участок

Кабинет

Телефоны

Сізге дер кезінде дәрігерге бару және осы ұсыныстарды орындау қажет

Қабылдау:

Қабылдау уақыты

Дүйсенбі	
Сәрсенбі	
Сейсенбі	
Бейсенбі	
Жұма	
Сенбі	

Жолдама бойынша қаралды

Өзі қаралды (қажеттіні сызыңыз)

Құрметті _____ !

Құттықтаймыз!

Сіз – ана болсаңыз! Осындай ең қуанышты сәтте – жүктілік пен сәбиді дүниеге әкелу кезінде Сізге қолдау көрсетуге дайынбыз!

Алмасу картасы – жүктілік кезінен босанғанға дейін, босану кезінде және босанғаннан кейін денсаулық жағдайы туралы ақпарат көзі болып табылатын әйелдің жеке медициналық картасы.

Нұсқаулық:

- Алмасу картасының барлық мазмұнын мұқият оқып, қарап шығыңыз
- Өзіңізбен бірге бұл картаны үнемі алып жүріңіз, Сіз қалаған медициналық мекемеге жүгінге аласыз.

- Ақпаратты көрсетілген беттерде өз бетіңізбен толтырыңыз.

Сұрақтар туындаған жағдайда медицина қызметкеріне хабарласыңыз

Анамнез

Әкесі (баланың):

Әкесінің денсаулығы туралы ақпарат

Тектілік

Анасы (баланың):

Тектілік

Ауырған аурулар
Гепатит
Туберкулез
Венерологиялық аурулар
Созылмалы аурулар (бар болса диспансерлік есепте тұра ма, базистік терапияны алады ма)
Жасалған операциялар
Гемотрансфузиялар
Аллергоанамнез
Өкпені рентгенологиялық зерттеу нәтижесі (соңғы тексеру нәтижесі)

Етеккір функциясы

Менархе жастан бастап
Етеккір ұзақтығы
Циклдың ұзақтығы , молқалыптысырек (астын сызу)
Жыныстық қатынасы жастан бастап
Неке: тіркелген;тіркелмеген;тұрмыста емес (астын сызу)
Ескертпе: дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек
Гинекологиялық анамнез
Контрацепция
Гинекологиялық операциялар

Акушерлік анамнез:

Қанша жүктілік болды , оның ішінде: босанулар өздігінен түсік жатырдан тыс жүктілік мединалық аборт

Бұрынғы жүктілік, босану, босанғаннан кейінгі кезең ағымының ерекшеліктері

Паритет	Жылы, күні	Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды				Бала тірі, өлі туды, салмағы	Босанудың , бо-сануда н кейінгі мерзімнің ерекшеліктері	Баланың жынысы
		Абортпен жасанды (хирургиялық , дәрі-дәрмекпен)		босанумен өздігінен, оның ішінде өлі ұрық жүктілігі				
		Мерзіміне н бұрын	Мерзімінде					

Соңғы етеккірі 20 (жылдан) бастап 20 (жылға) дейін
Жүктілік кенеттен немесе индукцияланған (овуляция стимуляциясы, инсеминация, ЭКҰ) (астын сызу)
Іштегі баланың бірінші қозғалуы 20 (жылы)
Босанудың болжамды мерзімі 20 (жылы)

Жүкті әйелді бірінші рет қарау

Шағымдары
Объективті деректер
Жалпы жағдайы
Бойы см. Салмағы кг.

ДМИ (дене массасының индексі)
Тері жамылғылары
Аяқтағы варикозды кеңейтілген көктамырлардың болуы
Ісінулер
Сүт бездерінің зерттеу
Тыныс алу ағзаларының жағдайы
Жүрек-қан тамырлары жүйесі
Артериялық қысым
Іші (жұмсақ, аурусыз)
Бауыр, көкбауыр
Қалшылдау симптомы
Басқа ағзалары
Несеп шығару Нәжіс
Акушериялық мәртебе
Жамбас өлшемдері көрсетілімдер бойынша (бойы 150 см қысқа емес және 170 см. жоғары, жамбас жарақаттары, жамбастың және ақ-қолдың туа біткен жарақаттары):
D. Sp. _____ D. cr. _____ D. troch _____ c. ext _____
C. diag _____ C. vera _____
Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі _____ см.
Іш шеңбері (көрсетілімдер бойынша) _____ см.
Ұрықтың орналасуы, позициясы, түрі
Төмен орналасқан бөлігі
Іштегі баланың жүрек қағысы
Жүктілік мерзімі:
Етеккір бойынша
УДЗ бойынша (ерте 13 аптаға 6 күнге дейін)

Гинекологиялық зерттеу:

Сыртқы жыныс ағзалары
Айналарда
Қынап
Жатыр мойыны
Жатыр денесі
Қосалқылар
Ерекшеліктері
Диагнозы:
Ұсынымдар
Дәрігердің қолы күні

Жүктілік кезінде асқынулардың туындау қаупін бағалау

№	Қауіп факторлары	иә	жоқ
1.	Жасы 18 жасқа дейін		
2.	Жасы 35 жастан асқан		
3.	ДМИ 18 төмен		

4.	ДМИ 30 жоғары		
5.	Алдыңғы босанғаннан кейін 2 жылдан кем интервал		
6.	Түсік немесе жасанды түсік тастағаннан кейін 6 айдан кем интервал		
7.	Босанудың жоғары паритеті (4 және одан көп)		
8.	Нақты уақыттағы ЭГП		
9.	Көп ұрықты жүктілік (осы)		
10.	Теріс резус факторы		
11.	ҚРТ кейінгі жүктілік (осы)		
12.	Репродуктивті жүйе органдарында операциялар (ЖАЭ, миомэктомия, жатырдағы тыртық)		
13.	Сыртартпасында ерте босану (ИЦЖ, цервикальды серкляж және басқалар) немесе 3 және одан да көп өздігінен түсік тастау		
14.	Анамнезінде преэклампсия/эклампсия		
15.	Анамнезінде өлі туған (ұрықтың антенатальды немесе интранатальды өлімі)		
Әйел сұрақтардың біріне иә деп жауап берсе	Ықтимал тәуекел	Иә немесе жоқ	
1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 14	Преэклампсия/эклампсия		
1-4	Мерзімінен бұрын босану		
1, 2, 5, 8-11, 15	Ұрықтың антенатальды өлімі		
1-5, 11	ҰҚДК		
1-8, 12	Қан кету		

Қауіп факторларын қайта бағалау (қауіп әрбір бару кезінде анықталады)

№	Қабылдау күні	Қауіп факторы	Ескертпе (босандыру болжанады (МҰ атауы), болжамды босандыру деңгейі)
1	2	3	4

Гравидограмма

Лимфоциттер									
Моноциттер									

2. Несептің жалпы талдауы

Күні									
Үлес салмағы									
Жалпак эпителиялары									
Лейкоциттер									
Эритроциттер									
Цилиндрлер									
Қант									
Нәруыз									
Бактериялар									
Тұздар									

3. Басқа зерттеулер

Күні				
Несептің бактериялық себіндісі				
Қантқа қан тапсыру (көрсеткіштер бойынша)				
Факторлар болған кезде глюкозаға төзімділікке пероральды тест				
Қынап ішіндегі бактериялық себінді (көрсеткіштер бойынша)				
Нечипоренко бойынша несеп талдауы (көрсеткіштер бойынша)				

4. Инфекцияларға тексеру

Зерттеу/күні			
RW			

АИТВ				
Микроскопияға жағынды көрсеткіштер бойынша)	(
Онкоцитологияға жағынды көрсеткіштер бойынша)	(

5. Пренаталдық скрининг

Өткізу кезеңі	Өткізу күні	Жүктілік мерзімі	Тексерілу қорытындылары	Ескертпелер
1 триместр (10-14 апта)				
2 триместр (16-20 апта)				

6. Ультрадыбыстық скрининг

Өткізу кезеңі	Өткізу күні	ХА маркерлері (қолда бар болғанда)	Қорытынды	Ұсыныстар
1 триместр (10-14 апта)		ТВП -ДНК -		
2 триместр (20-22 апта)				
3 триместр (32- 34 апта)				

Консультациялар

Терапевттің бірінші тексеріп-қарауы
Шағымдары
Сырқатнама: туды және қалыпты дамыды (иә, егер жоқ – туу кезінде және балалық шақта қандай ауытқулар)
Тұқым қуалаушылық ауыр емес (егер ия болса, қандай аурулар, туыстық дәрежесі)
Бұрын ауырған аурулары: жалпы
Балалар инфекциялары
Гепатиттер
Туберкулез
Венерологиялық аурулар
Басқа инфекциялар
Ауырған ушыққан сырқат
Созылмалы аурулар (жүрек-тамыр, тыныс, нерв жүйесінің аурулары, қимыл-қозғалыс аурулары)
Диспансерлік есеп (егер болса, диагнозы, тексерілген орыны, маман, соңғы қабылдау күні, қандай препараттар қабылдады)
Емдеуге жатқызу (егер сыртартпада болса, қандай диагнозбен, мерзімі, медициналық ұйымның атауы, шұғыл немесе жоспарлы)
Жасалған операциялар, асқынулар
Алған жарақаттары және олардың салдары

Гемотрансфузиялар
Аллергоанамнез

Жалпы жағдайы

Дене құрылысының ерекшеліктері:
Нормостеник (астеник, гиперстеник)
Тері жамылғылары
Дене қызуы
Ауыз қуысының жағдайы
Аңқаның, бадамшаның жағдайы
Қалқанша без аймағын тексеру
Лимфа түйіндері
Ісіктері (жоқ, бар, оқшауланған)
Сүт бездерінің жағдайы
Тыныс алу ағзаларының жағдайы
Жүрек-қан тамырлары жүйесі
Пульс
Артериялық қысым: оң қолында _____ сол қолында _____
Іші (жұмсақ, ауырмайды)
Бауыр, көкбауыр
Солқылдау симптомы
Басқа ағзалары
Несеп шығару _____ Нәжіс _____
Диагнозы
Ұсыныстар
Дәрігердің қолы _____ күні _____
Терапевттің қайтадан тексеріп-қарауы
Мамандардың консультациялары
Мамандығы
Диагнозы
Ұсыныстары
Мамандардың консультациялары
Мамандығы
Диагнозы
Ұсыныстары

Босануға дайындау

Ана мектебі				
Күні	Жүктілік мерзімі	Оқудың тақырыбы	Серігінің қатысуы	Дәрігердің қолы

Босануға дайындау

Күні							
Жүктілік мерзімі							

- гинеколог иялық тексеру	x							x
- аяқтарды тексеру (веналарды ң варикозды кеңеюі)	x	x	x	x	x	x	x	
- сыртқы акушерлік тексеру					x	x	x	
- дабыл белгілері (бас ауруы, көрудің бұзылуы, тыныс алудың қиындауы)			x	x	x	x	x	
Талдаулар	12 дейін	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	Босанған ан кейін 42 күнге дейін
- ЖҚТ	x			x				x
- қан тобы, Rh	x							
- Rh (-) антиденел ерге қан			x					
- RW	x			x				
- АИТВ	x			x				
- қан қанты	ха							
- ЖНТ	x			x				
- несеп талдауы (нәруызды анықтау)		x	x	x	x	x	x	
- симптомс ы з бактериур ияға скрининг (зәр себу)	x							
- шағым пайда болған								

кезде қынаптың тазалық дәрежесін е жағынды (көрсетілім д е р бойынша)								
- УДЗ	x	x		x				
- PAPP	x							
- АФП/ АХГ егер PAPP өткізілмесе 16 аптадан баста 20 аптаға дейін		x						
Генетикалық зерттеу								
- генетикалық консультациясы	x							
- 12 аптаға дейін хорион биопсиясы	x							
- амниоцентез (көрсеткіш т е р бойынша)								
Консультация беру, тағайындаулар және ұсыныстар	12 дейін	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	Босанғаннан кейін 42 күнге дейін
- фолий қышқылы	x							
- темір (көрсеткіш т е р бойынша)	x							
- йод (көрсеткіш т е р бойынша)	x							

	(апта, күн)	Жалпы дағдайы	Артериялық қысым		Несеп баксебуі			соғысы (жжж/мин)	қозғалуы	жағдайы	
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

3 келу		Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні								3 келу	
Күні	Гестац и я аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдайы	Артериялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебуі	Анемия	Ісінулер	Ұрықтың жүрек соғысы (жжж/мин)	Ұрықтың қозғалуы	Ұрықтың жағдайы	Аурулары
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

4 келу		Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні								4 келу	
Күні	Гестац и я аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдайы	Артериялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебуі	Анемия	Ісінулер	Ұрықтың жүрек соғысы (жжж/мин)	Ұрықтың қозғалуы	Ұрықтың жағдайы	Аурулары
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Босану күні
Диагнозы
Босану ершеліктері
Нәресте: жынысы, салмағы грамм, бойы см.
Перзентханадан шықты, ауруханаға ауыстырылды, перзентханада шетінеді (астын сызыңыз)
Диагнозы
Босану кезіндегі жедел көмектер
Ауырсынуды басу: жок/иә, қандай
Босанғаннан кейінгі кезең ағымы
Босанғанан кейін (күні шықты)
Шығу күні
Диагнозы және стационардың атауы (ауысқан жағдайда)
Туған кездегі баланың жағдайы
Перзентханада
Шыққан кезінде
Ерекше ескертулер
20 жыл
Жүктілігіне байланысты демалыс 20 жылдан бастап 20 жылға дейін
Еңбекке жарамсыздық парағы №
Босануы 20 жылы(мерзімінде, бұрын, кейін) (күнге)
Босанды
Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс күн 20 жылдан бастап 20 жылға дейін
Листок нетрудоспособности №

Босанған әйелді бақылау

Күні	Шағымдары	Зерттеу деректері	Кеңестер, тағайындаулар
		1) флюорография	

Дәрігердің қолы

Бөлім меңгерушісінің қолы

"Медициналық араласу жүргізу кезіндегі авариялық жағдайларды тіркеу журналы"

№ 049/е нысаны

Басталды " __ " _____ жыл

Аяқталды " __ " _____ жыл

Жарақат алған адамның хабар	Жарақат алған адам	Авариялық жағдай нәтижесінде жарақат алған адам жөнінде мағлұмат Данные о пострадавшем в результате аварийной ситуации	Апаттық жағдай жөнінде мағлұмат Данные об аварийной ситуации	ЖИТС ОО хабарламаны жіберушінің аты-тегі немесе жарақат алған адамның өзі келіп қаралуы

№	лама берген күні, уақыты	жөнінде мағлұмат қабылдаған қызметкер	Тегі, аты-жөні, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	ЖСН	Туған күні	Мекен-жайы, тел (үй, ұялы)	Жұмыс орны, лауазымы	Апаттық жағдай болған күні, уақыты	Апаттық жағдайдың сипаты, жүргізілген шаралар	
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10
Болжамды жұқтыру көзі деректері және оны АИТВ тестілеуден өткізу (апат жағдайынан алдында немесе кейін дереу)		Зардап шегушінің (тестілеу хаттамасының нөмірі мен күнін көрсете отырып) АИТВ-ға тестілеу нәтижелері					В және С тексерілгендігі жөнінде, В Г В егілгендігі		Байланыста	Ескерту
		Апат жағдайында	1 айдан кейін		3 айдан кейін			н кейінгі алдыналу көрсеткіші		
11		12		13		14		15	16	17

Медициналық манипуляциялар жүргізу кезінде авариялық жағдайларды тіркеу журналына қосымша парақ

Ықтимал инфекция жұқтырған материалмен кәсіби байланыс туралы есептеме бланкісі

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ЖСН		Жұмыс мекенжайы: Үй мекенжайы:	
Туған жылы:	Жынысы:	Лауазымы: Еңбек өтілі:	
Байланыс күні/уақыты:	Байланыс қайда болды:		
Байланыс сипаты (мысалы, инемен шаншу, жаралану, шашырау)			
Орындалған қимылдың толық сипаттамасын көрсеткенде, байланыс қашан және қалай болды.			
Байланыс туралы толық мәліметтер, биологиялық сұйықтық түрі және мөлшері немесе материалы, байланыстың қарқындылығы және зақымданудың тереңдігі.			
Пациенттің биологиялық сұйықтармен байланыс болғаны туралы мәлімет: Материал қамтылған: ВВГ СВГ ЖИТС: Егер пациент ЖИТС жұқтырған болса:		Байланысқа ұшыраған, медицина қызметкері туралы мәлімет: Инфекциялық аурулар: ВВГ СВГ ЖИТС: Қосалқы аурулар:	

Ауру сатысы: Вирустық жүктеме: АРТ туралы мәлімет: АРТ кедергілігі: Поведено до тестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:		В гепатитіне қарсы вакцина: Поствакциналды иммунитет: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:	
Тексеру нәтижесі: ВВГ СВГ ЖИТС: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді: Жолдама:		Тексеру нәтижесі: ВВГ СВГ ЖИТС: Тестілеуден алдыңғы консультация өткізілді: Жолдама:	
		Байлансыта болғаннан кейін алдын алу шарасы ұсынылды: Ақпараттық келісім алынды: Препараттар:	
Байланыстан кейінгі тексерілу:	Лейкоциттер формуласын есептеумен қанның жалпы талдауы		
1-ші апта			
2-ші апта			
3-ші апта			
4-ші апта			
АИТВ-ға қарсы денелерді тестілеу қорытындысы: 1 ай 3 ай			
Қолы/Мөр		Күні:	
Химиялық алдын алу шарасы, басталу мерзімі (күні, уақыты)	Терапия схемасы	Химиялық алдын алу шарасы, аяқталу мерзімі (күні, уақыты)	Бейілділік
		Мөрі МҰ МҰ әкімшілігі өкілдерінің қолы Толтырған күні " ____ " _____ 20__ жыл Медициналық манипуляциялар жүргізу кезінде авариялық жағдайларды тіркеу журналына қосымша парақ	

АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алуды шарасын өткізуге ақпаратты келісім бланкі

Мен АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алу шарасына арналған препараттарды: _____ ұсынымдарға негізделген _____ және осы препаратты қабылдауға белгіленген режимін қатаң ұстану қажеттігі туралы хабарландырылдым.

Мен химиялық алдын алу шараларының тиімділігі кемінде 100% құрайтыны туралы хабарландырылдым.

Мен препараттардың жанама әсер беретіні туралы, соның ішінде бас ауруы, әлсіздік, жүрек айну, құсу, іш өтуді тудыруы мүмкін екені туралы хабарландырылдым.

Мені 28 күнге препараттар қорымен _____ жабдықтайтыны туралы, маған жақын уақытта емдеуші дәрігеріме тексерілуге және емделуге бару керектігі туралы хабарландырылдым.

Күні _____

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Қолы _____

№ 049/е "Апаттық жағдайларды тіркеу журналы" нысанының қысқартылымдары:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	АРТ	Антиретровирустық терапия
3	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
4	ВГВ	В гепатиті вирусы
5	СГВ	В гепатиті вирусы
6	БКАК	Байланыстан кейінгі алдын алу көрсеткіші
7	МҰ	Медициналық ұйым
8	ЖИТС	Жүре пайда болған иммун тапшылығы синдромы
9	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

"Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы" № 050/е нысаны

1. Картаның тіркеу нөмірі _____ ТМН

2. Тегі* _____ аты _____

әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

3. ЖИН _____

4. Жынысы:

ер,

әйел,



анықталған жоқ**

5. ҰЛТЫ ***

6 . Жағдайы т у у кезіндегі:	<input type="checkbox"/>	тірі туғандағы,	<input type="checkbox"/>	ө л і туғандағы,	<input type="checkbox"/>	босануға дейінгі жағдайын дағы	<input type="checkbox"/>	Босану кезіндегі
---------------------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------	---	--------------------------	---------------------

7. Туған күні _____ күні _____ ай _____ жыл _____ уақыты (сағат, минут) _____

7.1 Туған жері:

<input type="checkbox"/>	стационарда ****,	<input type="checkbox"/>	басқа жерде ,	<input type="checkbox"/>	үйде
8. Ауыстырылды:	<input type="checkbox"/>	жаңа туғандар патологияс ы және балалар стационары ның шала туғандарды күтіп-бағу бөлімшесіне ,	<input type="checkbox"/>	өңірлендірудің 3-деңгейі перзентхананың жаңа туғандар патологиясы және балалар стационарының шала туғандарды күтіп-бағу бөлімшесіне,	
	<input type="checkbox"/>	басқа стационарға.			

9. Ауыстыру күні: _____ күні _____ ай _____ жыл _____ уақыты (сағат, минут) _____

10 . Шығарылд ы:	<input type="checkbox"/>	тұрғылықты жері бойынша учаскеге.
------------------------	--------------------------	-----------------------------------

11. Шығарылған күні (қайтыс болған) _____ күні _____ ай _____ жыл _____ уақыты (сағат, минут).

12. Тұрғын:	<input type="checkbox"/>	қала,	<input type="checkbox"/>	ауыл.
-------------	--------------------------	-------	--------------------------	-------

13. Тұрғылықты жері*****: облыс/республикалық маңызы бар қала _____ аудан/облыстық маңызы бар қала _____, елді мекен _____, үй мекенжайы _____

14. Тіркелген ұйым _____

15. Туған кезіндегі баланың массасы (салмағы) (өлі туған) _____

16. Туған кезіндегі баланың бойы (ұрықтың) _____

17. Анасының туған күні: _____ күні _____ ай _____ жыл

18. Анасының отбасы жағдайы:		<input type="checkbox"/>	некеде,	<input type="checkbox"/>	некеге тұрған жоқ,	<input type="checkbox"/>	жесір,
<input type="checkbox"/>	айырылыс қан,	<input type="checkbox"/>	анықталмаған.				

19. Жүктілік мерзімінде бала туды _____ толық аптасы.

19.1. Босанудың саны _____.

20. Анасында нешінші туған бала _____.

20.1. Нешінші жүктілік _____.

21. Қайтыс болған жері: облыс/ республикалық маңызы бар қала _____

_____, аудан/облыстық маңызы бар қала _____

_____, елді мекен _____,

медициналық ұйым _____

22. Қайтыс болған уақыты (өлі туған):		<input type="checkbox"/>	стационарда,	<input type="checkbox"/>	үйде,	<input type="checkbox"/>	балалар үйінде,	
<input type="checkbox"/>	перзентханада,	<input type="checkbox"/>	басқа жерде.					
23. Перзентхана бөлімшесінде қайтыс болған жағдай:		<input type="checkbox"/>	перзентхана бөлімшесінде бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы;					
стационарда:	<input type="checkbox"/>	стационарда бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы.						
24. Баланың қайтыс болу себептері (өлі туған):		<input type="checkbox"/>	аурудан,	<input type="checkbox"/>	жазатайым оқиғадан,	<input type="checkbox"/>	өлтіріп алудан,	
<input type="checkbox"/>	белгіленген жоқ.							

24.1. Баланың стационарда және перзентханада қайтыс болу (өлі туған) жағдайында МҰ перинаталды көмектің өңірлендіру деңгейі: 1, 2, 3, 4.

25. 10-АХЖ бойынша өлім себептері қайтыс болған және өлі туған баланың *****:

	Клиникалық диагнозы	Патологоанатомиялық диагнозы	10- АХЖ коды
a)			
b)			
c)			
Анасының денсаулығының жай-күйі			
d)			

e)						
26. Өлімнің алдын алу*** ****:		жоқ		иә		шартты алдын алу
	Медициналық ұйымның атауы			Өлімнің алдын алу		
				Иә	Шартты алдын алу	
a)						
b)						
c)						

27. Стационарда және перзентханада бала қайтыс болған кезде (өлі туу) МҰ перинаталдық көмегін өңірлендіру деңгейін көрсету керек: 1, 2, 3, 4. _____

28. Қайтыс болу туралы дәрігерлік куәлік берген медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда): _____

Картаны толтыру күні " _____ " _____ 20 _____ жылы.

Оператордың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____
_____ картаны енгізу күні " _____ " _____ 20 _____

жылы.

Ескерту:

* - өлі туғандарға анасының тегі жазылады, анасын белгілеу мүмкіншілігі болмаған жағдайда белгісіз деп көрсетіледі;

** - перинаталдық өлім жағдайы үшін;

*** - перинаталдық өлім кезінде баланың ұлты, анасының ұлты бойынша жазылады, басқа жағдайда ата-анасының ауызша берген жауабы бойынша;

**** - перзентханада туған жағдайда өңірлендіру деңгейі 1, 2, 3, 4 (республиканская клиника);

***** - перинаталды өлім-жітімі кезінде баланың тұрғылықты жері, анасының тұрғылықты жері бойынша жазылды. Таяу және қиыр шет елдердің тұрғындары үшін, елдің атауы ғана көрсетіледі;

***** - а) өлім-жітім себептері болып табылатын (бір ауруды көрсету), баланың (ұрықтың) негізгі ауруы және жай-күйі,

b) баланың (ұрықтың) басқа ауруы немесе жай-күйі,

c) баланың өлім-жітімінің себептеріне негізделетін (ұрықтың), анасының негізгі ауруы немесе жай-күйі (одан кейінгі жай-күйі),

d) ананың басқа аурулары (одан кейінгі жай-күйі),

e) басқа қосымша жай-күйі;

***** - өлім-жітімнің алдын алуын ҚР ДСӘДМ сарапшылары анықтайды. Егер де өлім-жітімнің алдын алу немесе шартты алдын алу жағдайы болған жағдайда,

медициналық ұйым көрсетіледі, оның деңгейінде өлім-жітімінің алдын ала алынған болса. Бірнеше ұйым көрсетіледі.

№ 050/е "Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы" нысанының қысқартылымдары:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	АХЖ-10	Аурулардың халықаралық жіктемесі 10 қаралым
3	МТН	Медициналық нөмірді тіркеу
4	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

"Ана өлім-жітімін есепке алу картасы" № 051/е нысаны

1. Картаның тіркеу нөмірі _____																			
МТН:																			
2. Карт а:	<input type="checkbox"/>	Бірінші рет,						<input type="checkbox"/>	Екінші рет										

3. Тегі _____ аты _____ әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

4. Ұлты _____

5. Туған күні _____ айы _____ жылы

6. Жасы толық жасы _____

7. ЖСН _____

8. Қайтыс болған күні _____ айы _____ жылы;	9. Тұрғыны:	<input type="text"/>	Қала	<input type="text"/>	Ауыл
---	-------------	----------------------	------	----------------------	------

10. Тұрғылықты жері: облыс/республикалық маңызы бар қала _____, аудан/облыстық маңызы бар қала _____ елді мекен _____, үйінің мекенжайы _____.

11. Тіркеу ұйымы _____

12. Қайтыс болған жері: облыс/ республикалық маңызы бар қала _____ аудан/облыстық маңызы бар қала _____ елді мекен _____.

13. Жүктілігі бойынша тіркеуге алынған күні (мерзімі _____ толық апта) _____.

14. Жүктілігі бойынша тіркеуде тұрған ұйым _____

15. Босандыру күні, аборт _____ күні _____ айы _____ жылы.

16. Босандыру орны, аборт, соның ішінде өңірлендіру деңгейін ескере отырып:

<input type="checkbox"/>	стационарда, (1,2,3,4***),	<input type="checkbox"/>	үйде,	<input type="checkbox"/>	басқа жерде.
--------------------------	----------------------------	--------------------------	-------	--------------------------	--------------

17. Жүктілік мерзімі _____ толық апта.

18. Өлім:	<input type="checkbox"/>	Жүктілік,	<input type="checkbox"/>	Босану/аборт кезінде,	<input type="checkbox"/>	Босанған нан/ аборттан кейін.
-----------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	--

19. Босанғаннан кейінгі кезеңде қайтыс болған жағдайда өмір сүрген күндерінің саны:	<input type="checkbox"/>	босанғаннан кейін 42 күн ішінде
---	--------------------------	------------------------------------

аборт,	<input type="checkbox"/>	босанғаннан кейін 43 күннен 365 күнге дейін.
--------	--------------------------	--

20. Жүктілігінің саны _____.

21. Босануының саны _____.

22. Өлім:	<input type="checkbox"/>	стационарда,	<input type="checkbox"/>	үйде	<input type="checkbox"/>	асқа жерде.
-----------	--------------------------	--------------	--------------------------	------	--------------------------	-------------

23. Өлім:	<input type="checkbox"/>	аборт,	<input type="checkbox"/>	жатырдан тыс жүктілік,
-----------	--------------------------	--------	--------------------------	------------------------

<input type="checkbox"/>	жүктілікке байланысты аурулар,	<input type="checkbox"/>	жүктілікке байланысты емес аурулар.
--------------------------	--------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

23.1. Босандыру ұйымдарында қайтыс болған кезде өңірлендіру деңгейі көрсетілсін: 1, 2, 3, 4***).

24.

	Клиникалық диагноз	10-АХЖ коды
a)		
b)		
c)		

25.

	Қайтыс болу себебі 10-АХЖ бойынша патологиялық-анатомиялық диагноз	10-АХЖ коды
a)		
b)		
c)		

d)						
26. Өлімнің алдын алу* *:	<input type="checkbox"/>	жоқ	<input type="checkbox"/>	бар	<input type="checkbox"/>	Шартты түрде алдын алу
	Медициналық ұйымның атауы			Өлімнің алдын алу		
(да)	Шартты түрде алдын алу					
a)						
b)						
c)						

27. Өлім туралы дәрігерлік куәлікті берген денсаулық және әлеуметтік даму ұйымының атауы:

28. Өлім туралы дәрігерлік куәлікті берген медициналық қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда):

Картаны толтыру күні " ____ " _____ 20__ жыл.

Оператордың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

_____ картаны бастау күні " ____ " _____ 20__

жыл.

Ескерту:

a) тікелей өлімге әкелген ауру немесе жағдай, анамнез бойынша, босану алдында көмек алды ма, артериялық гипертензия, анемия, болды ма, нәрестенің орналасуы дұрыс болды ма, кесар операциясы болды ма, АИТВ-мәртебесі қандай;

b) тікелей себептің пайда болуына әкелген патологиялық жағдай;

c) өлімнің негізгі себебі;

d) өлімге әкелген, бірақ аурумен немесе патологиялық жағдаймен байланысы жоқ басқа маңызды жағдайлар, қайтыс болған әйел басқа мекемеге жіберілді ме, ия болса, басқа медициналық мекемеге жету үшін кеткен уақыты қанша, қайтыс болған әйел өлімнің алдында медициналық көмек немесе акушерлік/хирургиялық әрекет алды ма, ия болған жағдайда, процедураны немесе әрекетті көрсету керек.

** - өлімнің алдын алуды ҚР ДСӘДМ сарапшылары айқындайды. Егер өлімнің алдын алынса немесе шарты түрде алдын алынса өлімнің алды алынған медициналық ұйым көрсетіледі. Бірнеше ұйым көрсетіледі.

*** - 4- республикалық клиникаларды, ғылыми орталықтарды, ҒЗИ санмен белгілеу.

№ 051/е "Ана өлім-жітімін есепке алу картасы" нысанының қысқартулары:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	АХЖ-10	Аурулардың халықаралық жіктелісінің 10-шы қаралымы

3	МТН	Медициналық тіркеу нөмірі
4	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
3-қосымша

Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары "Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы" № 052/е нысаны № _____

Ескерту. Нысан жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 14.11.2024 № 95 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Жалпы бөлім:

Төлқұжат деректері

1. ЖСН
2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)
3. Туған күні/айы/жылы
4. Жынысы
ер
әйел
5. Жасы
6. Ұлты
7. Тұрғыны



қала



ауыл

8. Азаматтығы
9. Тұрғылықты мекенжайы
10. Жұмыс орны/оқу орны/балалар мекемесінің орны
- Лауазымы Білімі
11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №
12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Келу себебі

Минималды медициналық деректер:

1. Қан тобы резус-фактор
 2. Аллергиялық реакциялар. Код атауы
 3. Пациенттің физиологиялық жай-күйі (жүктілік)
 4. Жаңа туған нәрестелерді тұқым қуалайтын ауруларға скрининг (фенилкетонурия, туа біткен гипотиреоз, аудиологиялық скрининг) жүргізу күні мен нәтижесі
 5. Зиянды әдеттер мен денсаулығы үшін тәуекелдер (бар болса)
 6. Профилактикалық шаралар, оның ішінде профилактикалық екпелер
 7. Аурулар тарихы мен бұзылыстары
 8. Денсаулығына байланысты ағымдағы проблемалар тізімі
 9. Динамикалық байқау
 10. Мүгедектік тобы
 11. Қазіргі уақытта қабылдайтын дәрілік препараттар тізімі
 12. Антропометриялық деректері
 13. Құлау қаупін бағалау
 14. Ауырсынуды бағалау
 15. Байланыс менеджменті (қарым-қатынас тілі, тұрғын-тұрмыстық жағдайлары)
 16. Пациенттің нұсқамалығы
- Дәрігердің идентификаторы, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)
- Мейіргердің идентификаторы, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)
- МСАК ұйымдарда отбасы мен жеке жұмыс жоспары

Ұйым:	Учаске № _____	Отбасымен жұмыс істейтін әлеуметтік қызметкерлердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____	
	___ бала және отбасы туралы ақпаратты жіберген орта медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____		
Жоспарды іске асыру бойынша басталу күні:	Жоспарды іске асыру бойынша аяқталу күні:	Отбасының тұрғылықты мекенжайы:	
Баланың жеке деректері (балалар):			
Баланың есімі	Баланың тегі	Туған күні (немесе күтілетін туған күні)	Жынысы (√)
			Ә <input type="checkbox"/> Е <input type="checkbox"/>
			Ә <input type="checkbox"/> Е <input type="checkbox"/>
			Ә <input type="checkbox"/> Е <input type="checkbox"/>

Отбасын дамытуды жоспарлау процесіне тартылған балаларды қоса алғанда, (ата-аналар/қамқоршылар, туыстар, басқа да отбасы мүшелері) отбасы мүшелері:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Балаға кім болып келеді	Байланыс деректері:

1		
2		
3		

Отбасын дамытуды жоспарлау процесіне тартылған мемлекеттік органдардың, ҮЕҰ, жергілікті әлеуметтік қызметтердің өкілдері:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Ұйым	Байланыс деректері:
1 Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	МҰ тіркелімінен	
2		
3		

*"Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы" (бұдан әрі – медициналық карта) № 052/е нысанына емделіп шығу жағдайы туралы деректерді енгізу амбулаториялық емдеу аяқталған күні жүзеге асырылады. Енгізілген деректер расталғаннан кейін, гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу жағдайларын қоспағанда, түзетуге жатпайды.

Пациент динамикалық байқауда болмаған, үйде, зорлық-зомбылық өлім белгілерінсіз қайтыс болған жағдайда, медициналық карта патологиялық-анатомиялық бюросы (бұдан әрі-ПАБ)/облыстың орталық патологиялық-анатомиялық бюросы/(бұдан әрі - ОПАБ)/ патологиялық-анатомиялық бөлімшеге (бұдан әрі-ПАБ) қайтыс болу фактісі анықталған күннен кейінгі күні таңертеңгі сағат 10-нан кешіктірілмей беріледі. ОПАБ/ ПАБ/ ПАБ-ге қайтыс болған адамның медициналық картасын беру фактісінен кейін пациенттің көзі тірісінде жүргізілген гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу, сондай-ақ патологиялық-анатомиялық ашып-қарау жүргізілгеннен кейін патологиялық-анатомиялық диагнозды енгізу жағдайларын қоспағанда, деректерді жүргізу, қалыптастыру және түзету жүзеге асырылмайды.

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
1-қосымша парақ

Жаңа туған нәрестенің (сәбидің) үйдегі патронажы * Педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес жаңа туған нәрестенің 1-айында 7 күнде 1 рет, айдан соң айына 1 рет

Жаңа туған нәрестені қарап-тексеру міндеттері:

1. Туғаннан кейін қалыпты бейімделуге көз жеткізу
2. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру
3. Бойы мен дамуын бағалау
4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру

Қарап-тексеру күні

Жасы:

Температурасы

Туғандағы:

Дене салмағы: кг

Бойы см

ДСИ

Басының айналымы

см

Анасының шағымдары:

Қауіптің себебін бағалаңыз

Анамнез

Ауыр анамнез:

Иә

Жоқ

Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлекстің болуы);

Рефлекстерді тексеріңіз (симметрияға): іздеу; ему; ұстау; Моро; автоматтандырылған жүру;

Бетін қарап-тескеру: (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы)

Тері: (қалыпта, қызғылт немесе қарқынды қызғылт)

Ауыз қуысының шырышы _____ конъюнктивалар _____

Бұлшық ет тонусы _____ (қалыпта аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "рефлексорлық қалып")

Көрінетін туа біткен ақаулары

Сүйек жүйесі _____

— Бас пішіні _____ жігі _____

— Үлкен еңбегі _____

кіші еңбегі _____

Буынды бағалаңыз: _____ қозғалысы,

көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру

Тыныс алу ағзалары: _____

Тыныс алу жиілігі (ТЖ) _____ (қалыпта 30-60/мин)

ЖЖЖ азғалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____ (қалыпта 100/мин); Жүрек ырғағы _____; Жүрек шуылы _____; Жамбас пульсын пальпациялау _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы)

Асқорыту ағзалары: іш _____ бауыр _____ көкбауыр _____

Жыныстық ағзалар (жарықтар, қос жыныстық белгілері) _____
Кіндік _____ (кіндік қалдығы

туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді)

Несеп шығару _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте);

Нәжіс _____ (қалыпта алтын түсті-сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар)

Тамақтандырумен байланысты проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз:

• Тамақтандыруда қиындық бар ма?

Иә

Жоқ

• Бала емшек сүтімен тамақтанады ма?

Иә

Жоқ

• Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? _____

• Түнде емшек сүтімен тамақтандырасыз ба?

Иә

Жоқ

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме?

Иә

Жоқ

- Егер иә болса, жиілігі қанша? тәулігіне _____ рет және немен

Тамақтандыру кезінде қолданасыз:

Егер жаңа туған нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса):

Емшек сүтімен тамақтандыруды бағалаңыз:

Жаңа туған нәресте соңғы сағатта емшек сүтімен тамақтанды ма?

Егер жаңа туған нәрестені соңғы сағатта тамақтандырмаса, анасынан оны кеудесіне салуды сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.

- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз:

- Иегі емшекке тиеді ме?

Иә

Жоқ

- Аузы кең ашылған

Иә

Жоқ

- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған

Иә

Жоқ

- Ареоланың үлкен бөлігі ауыздың астынан емес, үстінен көрінеді

Иә

Жоқ

• Жаңа туған нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему қимылдарын жасайды)

• Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз

Иә

Жоқ

Даму мақсатында күтімді бағалаңыз

• Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?

• Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?

Даму проблемалары

Нәрестенің екпе статусын тексеріңіз:

Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз:

1-0 В гепатиті



БЦЖ _____

Келесі екпеге келу күні

КҮТУ БАҒАСЫ: баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы

Үй-жайдың гигиенасы (сумен жинау жиілігі, бөлмеде темекі шегу, жарық, жылы, t-25 оС төмен емес үй-жай)

Баланың гигиенасы

Күту проблемалары

Ана денсаулығын бағалау:

1. Сүт бездерін қарап-тексеру:

Проблемалар

2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек)

:

1. қатты үрей және алаңдау	8. шаршағыштық және энергия жеткіліксіздігі
2. терең мұңды	9. назар аударуға қабілетсіздігі
3. жиі жылау	10. ұйқының бұзылуы
4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы	11. тәбеттің болмауы
5. айыптылық кінәнің болуы	12. секске қызығушылықтың жоғалуы
6. байбалам ұстамасы	13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну
7. есеңгіреу және ашуланшақтық	14. балаға сүйкімсіздік

Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер:

1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау

2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру

3. бала назарда болу үшін жағдай жасау

4. баланы жиі ұстау

5. бала туралы ойлау

6. далаға жиі шығу және қимылдау

7. жақсы тамақтану

8. өзіне күтім жасау

9. күнделік жүргізу

10. егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет

Қорытынды:

Ұсыныстар:

- Емшек сүтімен тамақтандырудың басымдылығы және практикасы	- Психоәлеуметтік дамуды ынталандыру
- Тек емшек сүтімен тамақтандыруды қамтамасыз ету	- Жаңа туған нәрестеге күтім, серуендеу режимі.
- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда)	

<ul style="list-style-type: none"> - Ананың тиімді тамақтануы - Ананың жеке гигиенасы - Үй-жайға және жаңа туған нәрестені күту заттарына қойылған талаптар - Қауіпсіз орта (жаңа туған нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды профилактикалау үшін ата-аналардың мінез-құлқы) - Жаңа туған нәресте күтімі, серуендеу режимі. Гигиеналық ванналар - Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) - Ананы дәрігердің жұмыс кестесі мен медициналық ұйымның (МҰ) координаттары туралы хабардар ету - Әкесін бала күтіміне қатыстыру (мысалы: шомылу, киім ауыстыру кезінде). - Басқа ұсыныстар - Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері, тамақтандыру және ішу режимі). 	<ul style="list-style-type: none"> - Қауіпсіз орта (жаңа туған нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар) жарақат пен оқыс жағдайды профилактикалау үшін ата-аналар - Микронутриент жетіспеушілігін профилактикалау (темір, А дәрумені, йод, мырыш) -Тамақтандыратын ананың оңтайлы тамақтануы мен ұйқы/демалу режимі Қауіпсіз орта (жаңа туған нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар) және жарақат пен оқыс жағдайды профилактикалау үшін ата-аналар мінез-құлқы - Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету: емшек сүтін іше немесе еме алмайды, әрбір тамақтанғаннан немесе ішкеннен кейін құсу, сіреспе, летаргиялық немесе ес-түссіз
--	--

Идентфикатор/ дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Идентфикатор/ орта медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
2-қосымша парақ

Дәрігер мен орта медицина қызметкері қабылдау кезінде баланың дамуын бағалау * бір жасқа дейін ай сайын 1 рет, бір жастан асқан соң бекітілген Педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес жүргізіледі

Қарап-тексеру күні

Жасы: _____

Дене қызуы _____

Дене салмағы _____ г.

Бойы _____ см.

ДСИ _____

Басының айналымы _____ см

Сызбаны қолдана отырып, физикалық дамуды бағалаңыз:

Анасының шағымдары:

Баланы қарап-тексеру:

Терісі: Кіндік _____

Ауыз қуысының шырышы _____ Аңқа _____

Конъюктивалары _____

Үлкен еңбек _____

Тыныс алу ағзалары:

Тыныс алу жиілігі _____

Жүрек-тамыр жүйесі (ЖТЖ) ағзалары: жүрек соғысының жиілігі (ЖЖЖ) _____
_____; Жүрек соғуының ырғағы _____; Жүрек шуылдары _____
_;

Асқорыту ағзалары: іш _____ бауыр _____ көкбауыр _____

Несеп шығару _____;

Нәжіс _____

Диагноз:

Тамақтандырумен байланысты проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз
тамақтандыру проблемалары

• Сізде тамақтандыруда қиындық бар ма?

Иә

Жоқ

• Бала емшек сүтімен тамақтанады ма?

Иә

Жоқ

• Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? _____

• Түнде емшек сүтімен тамақтандырасыз ба?

Иә

Жоқ

• Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме?



Иә



Жоқ

• Егер иә болса, жиілігі қанша? тәулігіне _____ рет және тамақтандыруда не қолданасыз:

Егер сәби 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшек сүтімен тамақтандыруға байланысты қиындықтар; егер ол емшек сүтімен тәулігіне 8-ден кем тамақтанса; басқа тамақ немесе сұйықтық түрлерін ішсе; немесе өзінің жасынан салмағы төмен болса)

Егер сәби 6 айдан асса:

1. Қосымша тағаммен тамақтандыру үшін тамақпен негізгі тамақтану күніне неше рет? _____

2. Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді? _____

3. Әлденудің құндылығы: Қоректі _____ Қорексіз _____

4. Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді? _____ мл.

5. Тамақтың қоюлығы қандай? Қою _____ Сұйық _____

6. Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:

7. Ет/балық/ішек-бауыр Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____

8. Бұршақ тұқымдастар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____

9. Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер Иә _____ Жоқ _____ қанша күн _____

10. Балаңызға шәй бересіз бе? Иә _____ Жоқ _____

11. Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____

—

Егілуін тексеріңіз:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз



Гепатит В 1- 0



БЦЖ



АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2

ОПВ-1

АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3

ОПВ-2

АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Қызылша + қызамық + паротит

АКДС ревакцинациясы



НІВ ревакцинациясы

Келесі екпеге бару мерзімі

Мешелдің профилактикасы: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция), өзіндік Д витаминімен профилактикалақ (көрсетілім бойынша)

Мөлшері _____ ұзақтығы

Психомоторлық даму:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Даму мақсатында күтімді бағалау

Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?

Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?

Қалмаған

_____ эпикриздік мерзімге қалып қойған

Даму үшін күтім көрсету проблемалары

Күтімді бағалау:

1. Пациент балаға күтім көрсету қағидасын және медицина қызметкеріне қашан бару керектігін біледі

2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды

3. Ана қауіп себептерін біледі ме?

Күтім көрсету проблемалары

Балаға қатыгез мінез көрсету себептері:

Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық



иә



жоқ

Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер

- Ықтимал керендік немесе көру проблемалары
- Бала байланысқа бармайды
- Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау
 - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса)
 - Тәбеттің нашарлауы

Проблемалар

Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін бейінді маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед)

Ананың тамақтануын және денсаулығын бағалау:

Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС)

Проблемалар

Қорытынды:

Ұсыныстар:

- Тек емшек сүтімен тамақтандыру практикасы
- Ананың тиімді тамақтануы
- Жасына сәйкес психоэмоционалдық және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика
 - Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау
 - Бала сырқаттанған жағдайда мінез-құлық және күтім қағидалары (қауіпті белгілер және көмекке жүгіну қажет болған кезде тамақтандыру және ішу режимі)
 - Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы , екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)
 - Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды профилактикалауды үйрету
 - Баланың даму мақстында әкесін бала күтіміне белсенді қатыстыру
 - Ай сайын дәрігерде қарап-тексеру
 - Көрсетілімдер бойынша бейінді мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу
 - Басқа

Идентфикатор/ дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Идентфикатор/ орта медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
3-қосымша парак

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты

2. Консультация түрі

3. Шағымдар: _____

—

—

4. Өмір анамнезі: _____

—

—

5. Ауру анамнезі: _____

—

6. Объективті деректер: _____

—

—

7. Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру

8. Диагноз атауының коды

9. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау

10. Дәрігердің идентификаторы, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Бар болған жағдайда:

11. Консилиумдар жазбасы диагноз бойынша келісілген позициядан, зерттеп-қараудан және емдеу ұсынымдарынан тұрады. Консилиумға қатысушылардың бірінің ерекше позициясы болған жағдайда, оның пікірі де тіркеледі).

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
4-қосымша парақ

Операция/рәсім/ аферез хаттамасы

1. Күні мен уақыты

2. Операция/рәсім/ аферезге көрсетілімдер

3. Клиникалық диагноз

4. Анестезиялық құрал

5. Операция/рәсім/ аферез хаттамасы, кем дегенде:

- 5.1 Операция/рәсім/ аферез басталған және аяқталған уақыты
- 5.2 Операция/рәсім/ аферез ағымы, орындау техникасын қоса алғанда
- 5.3 Операция/рәсім/ аферез кезінде консультанттардың қатысуы, ұсынымдары
- 5.4 Қосымша зертханалық зерттеулер және басқа зерттеудің әдістерін қолдану
- 5.5 Операцияның аяқталуы, Операция кезіндегі асқынулар (егер болмаса "Операция /рәсім/ аферез кезінде асқынулар болған жоқ" деп көрсету қажет)
- 5.6 Қан кетулер мөлшері
мл.
- 5.7 Операция/рәсім/ аферез коды мен атауы
- 5.8 Операция/рәсім/ аферезден кейінгі диагнозы
- 5.9 Ұсынымдар
- 5.10 Операция жасаған дәрігердің, асистенттер, анестезиолог пен ОМҚ идентификаторы және Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
5-қосымша парақ

Пациентты динамикалық (диспансерлік) байқау

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты
2. Пациент динамикалық (диспансерлік) байқауға жататын диагноз атауының коды;
3. Диагноз бойынша байқау жоспарының қолданылу кезеңі:
Басталу күні
Аяқталу күні
4. Байқау жоспары:
Қызмет (тарификатордан):
Жоспарланған өткізу күні
Орындау күні:
5. Ұсынымдар:

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
6-қосымша парақ

Профилактикалық іс-шаралар парағы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты;
2. Қызмет* (тарификатордың ішінен);
3. Маманның қарап-тескеруі, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), идентификаторы;
4. Жүргізілеген диагностикалық зерттеулер;
5. Жүргізілген аспаптық зерттеулер;
6. Вакцинация:
Вакцина қолданған, аурудың аты (АХЖ 10)

Өндіруші ел (Елдер анықтамалығы)

Партия нөмірі

Серия нөмірі

Вакцина препаратының, анатоксинның аты және басқалары.

Қолдану тәсілі:

Дозасы

өлшем бірлігі

Екпе күні мен уақыты

Жанама реакция немесе жағымсыз құбылыс

Жанама/ жағымсыз реакцияның классификаторы

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
7-қосымша парақ

Диагностикалық зерттеулер/қызметтер хаттамасы

1. Өткізу күні мен уақыты
2. Тарификатордан қызметтің атауы
3. Өткізілген зерттеуді сипаттау деректері
4. Қорытындысы
5. Медициналық қызметкердің идентификаторы және Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
8-қосымша парақ

"Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақатын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша амбулаторлық жағдайда медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына жүгінген (түскен) кездегі медициналық қарап-тексеру картасы"

Жүгіну күні мен уақыты

Төлқұжат деректері

1. ЖСН
 2. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
 3. Туған күні: күні айы жылы
 4. Жынысы ер әйел
 5. Жасы
 6. Ұлты
 7. Ауыл тұрғыны қала
 8. Азаматтығы тұрғылықты мекенжайы
 9. Жұмыс және (немесе) оқу және (немесе) балалар мекемесінің орны
- Лауазымы Білімі
10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Өтеу түрі

12. Әлеуметтік мәртебесі

13. Жүгіну себебі: дене жарақаты және/немесе психологиялық әсер ету (астын сызу)

14. Шағымдар

15. Анамнез

Мәліметтерді:

Уақыты мен күнін көрсете отырып физиологиялық және (немесе) психологиялық зорлық-зомбылық қолдану жағдайлары туралы;

қару және (немесе) қару ретінде құралдарды қолдану туралы көрсету.

16. Дене жарақаттарының сипаттамасы:

Тырналып кеткен жердің сипаттамасы:

1. Нақты анатомиялық локализация орны

2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты

3. Бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға;

4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);

5. Түбінің немесе жабынды қыртысының жай-күйі- ылғалды, жабырақ деңгейге қатысты қоршаған тері; деңгейінде қоршаған тері; жоғары деңгейін, қоршаған тері, болмай қалған аймақтары бойынша учаскесі, гиперпигментация гипопигментации ;

6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну, гиперемияланған, қан, топырақ

Көгерудің сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;

2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты, 3.бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;

4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);

5. Көгерудің түсі-қызыл-қызғылт , көкшіл-күлгін, қоңыр, жасыл, сары ;

6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері :ісіну, гиперемияланған, қан жағылған, қыртыс.

Жараның сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;

2. Шеттерінің үңіреюі және жақындауы кезінде жараның пішіні мен өлшемдері: сызықты, шпindelь тәрізді;

3. Мата ақауының сипаты мен ерекшеліктері: "минус-мата" ақауының болуы;

4. Шеттердің ерекшеліктері: шөгу, көгеру, бөліну, ластану, бөгде қосындылар;

5. Қабырғалардың бедері: бір тегіс, тегіс, тік орналасқан бір қабырға қисайған, ал екіншісі қазылған;

6. Шеттерінің шөгуі;

7. Шеттерінің ерекшеліктері: интерстициалды дәнекер-тоқылған секіргіштердің болуы, бұлшықеттің зақымдануы, сүйек;

8. Жараның аймағындағы шаштың зақымдану ерекшеліктері; жараның бастапқы және ортаңғы үштен бір бөлігінде көлденең немесе қиғаш қиылысады, шаштың соңғы бөлігінде выв бұралған шамдармен.

9. Кесу, кесу, шеміршек, сүйек жазықтығындағы микрорельефтің ерекшеліктері: тегіс, тегіс емес, серратталған;

Сынықтың (ашық) сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Пішіні сызықты, тұрақты емес, көп қырлы
3. Өлшемдері ХХХ см,

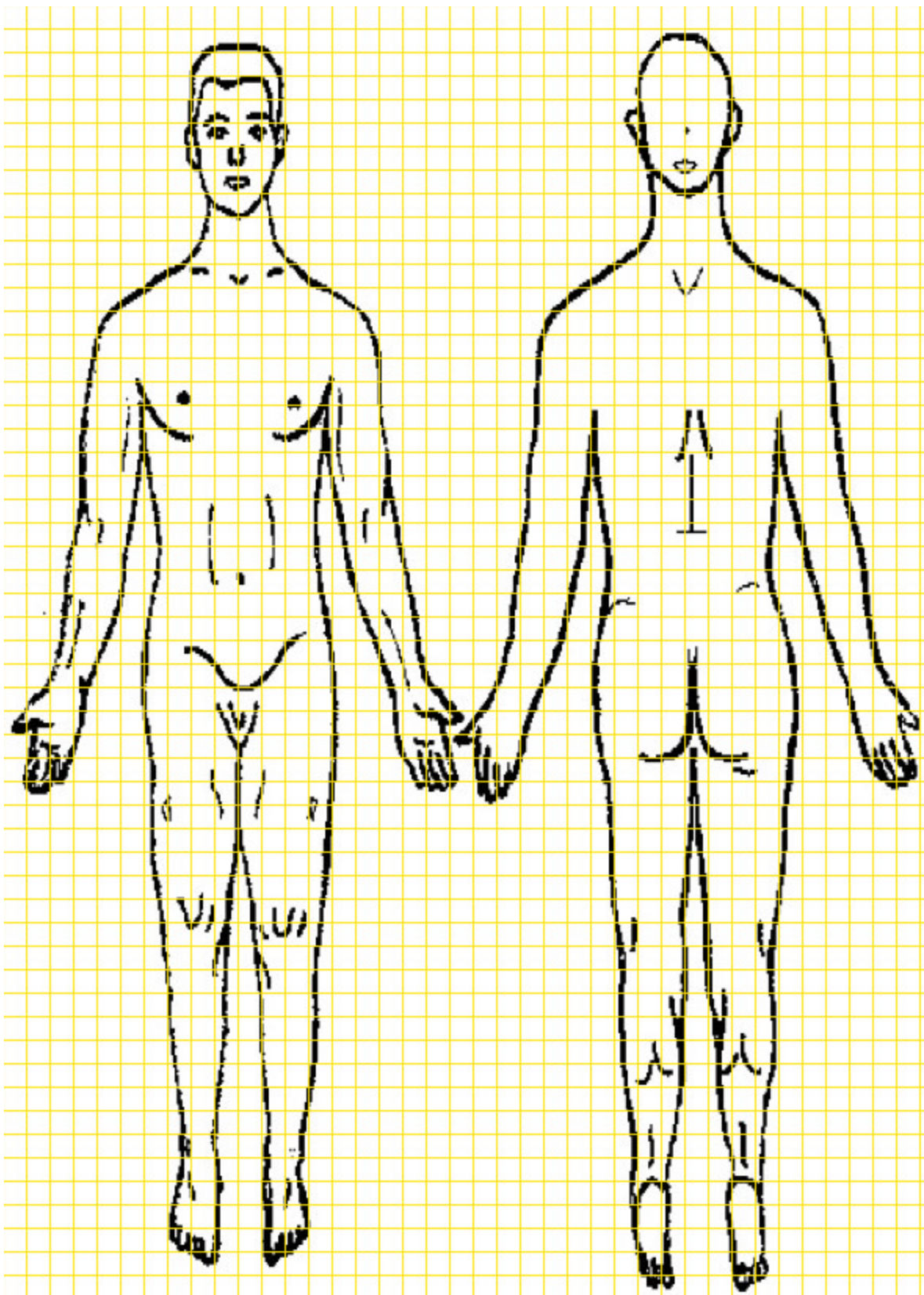
4. Сыну сызықтарының бағыты тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;;

5. Бос сынықтардың, ақаулардың, сүйек сынықтарының және жаншылған сынықтардың өлшемдері, бағдарлануы.

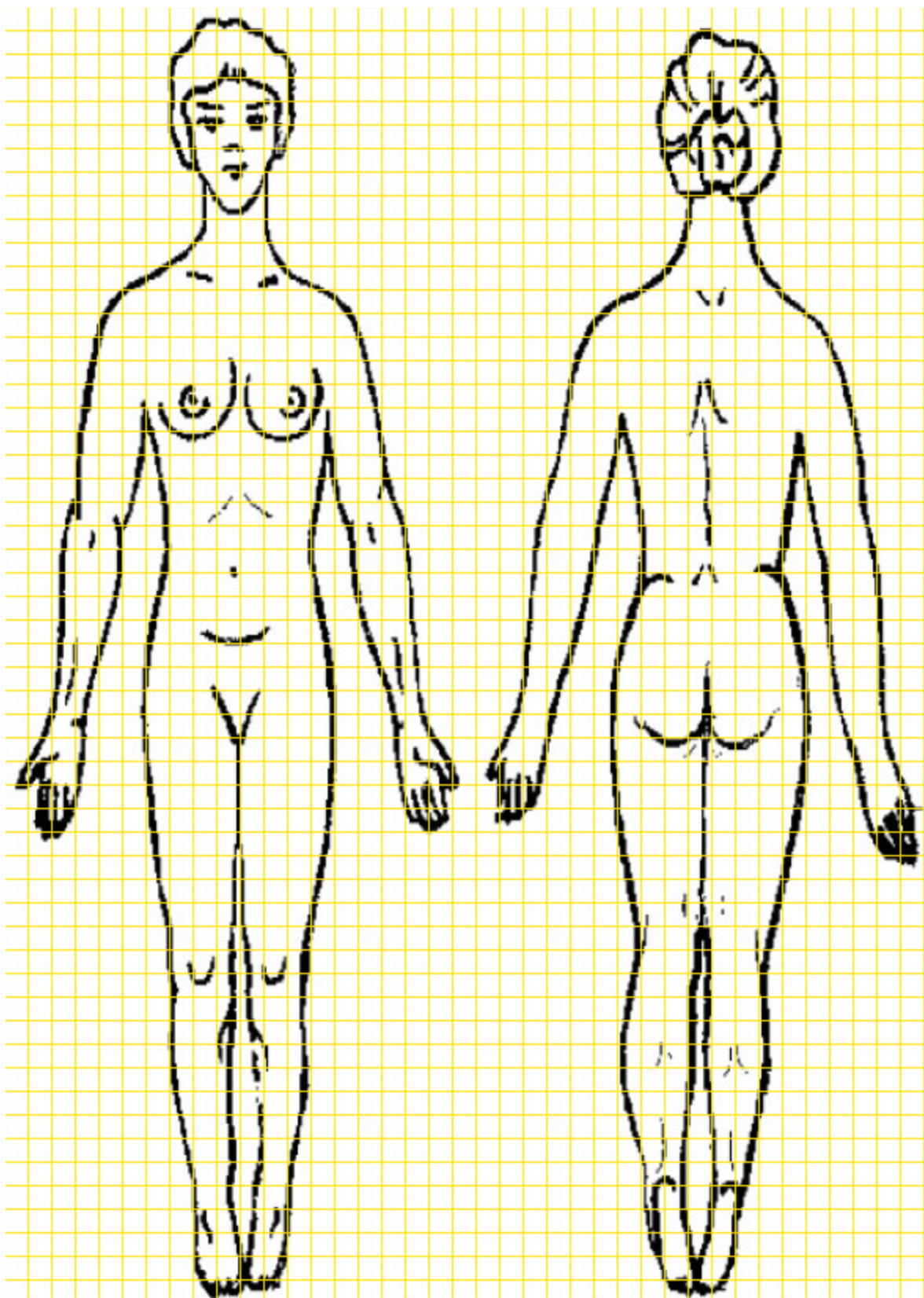
6. Омыртқаның зақымдануының ерекшеліктері: омыртқаны қоршаған тіндердегі қан кетулердің локализациясы және қасиеттері; денелердің сынуы, омыртқалардың доғалары мен процестері, олардың жылжу сипаты; байламды аппараттың, омыртқааралық дискілердің, үстіңгі және астыңғы қан кетулердің, жұлынның зақымдануы

Анатомиялық оқшалану схемасы

Еркек схемасы



Әйел схемасы



17. Психикалық жай-күйді зерттеп-қарау

1. Сана

1.1 сана айқын, бұзылмаған;

1.2 сана бұзылған, адасқан:

уақытқа байланысты,
орынға байланысты,
жеке тұлғада;

1.3 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

2. Мінез-құлқы

2.1 адекватты;

2.2 пассивті, мәңгірген;

2.3 мелшиген;

2.4 қозған;

2.5 қорқақ;

2.6 жылауық;

2.7 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

3. Көңіл-күй мен эмоциялар

3.1 көңіл-күйдің қалыпты жағдайы;

3.2 көңіл-күйдің төмендеуі (пассивтілік, көңілсіздік, пессимизм);

3.3 ашулану және (немесе) ызаланған;

3.4 көңіл-күйдің жоғарылауы (жарқын жүзділік, сергектік, оптимист) ;

3.5 қорқыныш, үрей;

3.6 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

4. Ойлау, есте сақтау, сөйлеу (керегінің астын сызу);

4.1 ерекшеліктері жоқ;

4.2 баяу ойлау, сөйлеу;

4.3 жедел ойлау, сөйлеу;

4.4 толық (егжей-тегжейлі) ойлау, сөйлеу;

4.5 байланыссыз ойлау;

4.6 сандырақ идеялар;

4.7 өлім, өзін-өзі өлтіру туралы ойлар;

4.8 жадының бұзылуы;

4.9 назардың бұзылуы;

4.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

5. Соматовегетативтік бұзылулар (пациенттің шағымдары бойынша анықталады)

5.1 жылдам немесе жиіленген жүрек соғысы, жүрек аймағындағы ыңғайсыздық сезімі;

5.2 қатты терлеу, ыстықтау немесе қалтырау, ауыздағы құрғақтық ;

5.3 қол /аяқта денедегі дірілдеу;

5.4 бұлшықет кернеуі, босансуға қабілетсіздік;

5.5 тамақтың тұншығуы немесе бітелуі, тыныс алудың қиындауы;

5.6 кеудедегі жайсыздық немесе ауырсыну сезімі, "кеудедегі ауырлық";

5.7 бас айналу, бас ауруы;

- 5.8 әлсіздік, шаршау сезімі;
- 5.9 ұйып қалу және (немесе) шаншу сезімі,
- 5.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

6. Жоғарыда көрсетілген тармақтарда көрсетілмеген медицина қызметкерінің анықтаған белгілері

- 6.1 Ұйқының бұзылуы,
- 6.2 Тәбеттің бұзылуы,
- 6.3 Психологиялық жарақаттың болуы;
- 6.4 Қызығушылықты жоғалту;
- 6.5 Құпия, сенімсіздік;
- 6.6 Алкогольді тұтыну туралы хабарламалар;
- 6.7 Үмітсіздік сезімі;
- 6.8 Елестеулер (пациент көреді, көрінбейтін сұхбаттасушымен сөйлеседі) ;
- 6.9 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса) ;

Амбулаторлық пациенттің
медициналық картасына
9-қосымша парақ

Сурдологиялық пациентты қарап-тексеру картасы

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

Жасы _____

ЖСН _____

Мекенжайы _____

Аудиологиялық скрининг аясында жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Ауруы бойынша жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Алғашқы анықталған ауру ИӘ/ЖОҚ

Бұрыннан белгілі ауруы _____

Шағымдары _____

Ауру анамнезі _____

Зерттеп-қарау тәсілі:

ДИАГНОЗЫ (арасынан таңдап алу):

Сыртқы құлақ дамуының туа біткен ақауы (құлақ қалқанының ауытқуы, сыртқы есту жолының атрезиясы)	Бір жақты		AD		AS	
	Екі жақты		AD		AS	
Ішкі құлақ дамуының туа біткен ақауы (ішкі құлақ	Бір жақты		AD		AS	

иірімiнiң, есту нервiсiнiң ауытқуы)		Екi жақты		AD		AS		
Есту (аудиторлық) нейропатиясы спектрiнiң аурулары		Бiр жақты		AD		AS		
		Екi жақты		AD		AS		
Сенсоневралды есту мүкiстiгi	1-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
	2-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
	3-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
	4-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
	Керендiк	бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
	Кондуктивтiк есту мүкiстiгi	1-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
			екi жақты		AD		AS	
2-дәрежелi		бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
3-дәрежелi		бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
4-дәрежелi		бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
Керендiк		бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
Аралас есту мүкiстiгi		1-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS	
			екi жақты		AD		AS	
	2-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
	3-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
	4-дәрежелi	бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		
	Керендiк	бiр жақты		AD		AS		
		екi жақты		AD		AS		

Керегiн белгiлеу

Есту аппараты (бар\жоқ)	А у а өткiзгiштiк		AD		AS	
	С үй ек өткiзгiштiк		AD		AS	
	Орта құлақ		AD		AS	
	С үй ек өткiзгiштiк		AD		AS	

Имплантталатын жүйе (бар/жоқ)		Кохлеарлық имплантация	AD	AS
Білім беру мекемесі/ жұмыс орны	Мектепке дейінгі мекеме	жалпы білім беру	Иә	Жоқ
		түзету	Иә	Жоқ
	Мектеп мекемесі	жалпы білім беру	Иә	Жоқ
		түзету	Иә	Жоқ
	Жоғары / орта оқу орны		Иә	Жоқ
	Жұмыс орны			
Ұйымдастырылмаған		Иә	Жоқ	

"Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы" № 052/е нысанының қысқарған сөздер тізімі:

1	АКДС	Жасушасыз көкжөтел компоненттерінен тұратын адсорбцияланған көкжөтел-дифтериялық сіреспе вакцинасы
2	АДС	адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині
3	АДС-М	антиген азайтылған адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині
4	АД	адсорбцияланған дифтерия анатоксині
5	АС	сіреспе анатоксині
6	БЦЖ	Туберкулезге қарсы вакцина
7	К	көкжөтел вакцинасы
8	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
9	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
10	МҰ	Медициналық ұйым
11	МСАК	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
12	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
13	ҮЕҰ	Үкіметтік емес ұйымдар
14	ДМИ	Дене массасының индексі
15	ЖҚЖ	Жүрек-қан тамыр жүйесі

"Амбулаториялық, стационарлық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірме № ___ " № 052-1/е нысаны "Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного № ___" форма № 052-1/у

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес организации куда направляется выписка) _____

1. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество больного (при его наличии)) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) _____

5. Күндері: түсуі (Даты: поступления) _____

Шығуы (выбытия) _____

6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) _____

Қорытынды диагноз: (Заключительный диагноз:) _____

Қосалқы аурулар: (Сопутствующие заболевания:) _____

7. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем, жолданғандағы, шыққандағы жағдайы (Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке) _____

Түскен кездегі шағымдар: (Жалобы при поступлении:) _____

Ауру анамнезі: (Анамнез заболевания:) _____

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни:) _____

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез:) _____

Объективті деректер: (Объективные данные:) _____

Мамандардың консультациясы: (Консультации специалистов:) _____

Зертханалық-диагностикалық зерттеулер: (Лабораторно-диагностические исследования:) _____

Өткізілген емдеу: (Проведенное лечение:) _____

Шығару кезіндегі жағдай: (Состояние при выписке:) _____

Емдеу нәтижесі: (Исход лечения:) _____

Емдеу және еңбек ұсыныстары: (Лечебные и трудовые рекомендации:)

Қаржыландыру көзі: (Источник финансирования:) _____

Емдеу құны: (Стоимость лечения:) _____

Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)): _____

колы (подпись) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии):) _____

колы (подпись) _____

*"Амбулаториялық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірме" (бұдан әрі – үзінді көшірме) № 052/е нысанына емделіп шығу жағдайы туралы деректерді енгізу күні амбулаториялық емдеу аяқталғаннан кейін жүзеге асырылады. Үзінді көшірмеге енгізілген деректер расталғаннан кейін, гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу жағдайларын қоспағанда, түзетуге жатпайды.

"Талон" № 053/е нысаны

Жеке сәйкестендіру нөмірі
Тегі аты әкесінің аты (бар болған жағдайда)
Туылған күні
Жынысы



ер



әйел
Тұрғылықты мекенжайы
Амбулаториялық картасының №
Кабинеті
Келу керек
Дәрігер тегі аты әкесінің аты (бар болған жағдайда)
Лауазымы
Қаралу себебі

"Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы" №054/е нысаны

Жүгіну күні
1. Жеке сәйкестендіру нөмірі
2. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)
3. Туған күні: күні, айы, жылы
4. Жынысы



ер



әйел
5. Жасы
6. Ұлты
7. Тұрғын



қала



ауыл

8. Тұрғылықты мекенжайы облыс, аудан, қала, көше, үй, пәтер

9. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Антропометриялық өлшемдері

12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Қаралу себебі:

1) профилактикалық қарап-тексеру ;

2) ауру ;

3) жарақат .

15. Жарақаттың түрі:

1) Тұрмыстық ;

2) Көшеде ;

3) ЖКО ;

4) Мектепте ;

5) Спорттық .

16. Қатыгезпен қарау синдромы: оның ішінде:

1) қараусыз қалу немесе бас тарту ;

2) физикалық қатыгездік ;

3) сексуалдық қатыгездік ;

4) психологиялық қатыгездік ;

5) басқа да қатыгездік синдромдары ;

6) анықталмаған қатыгездік синдромы .

17. Кіммен жолданды

18. Қабылдаулар/консультациялар

Тарификатор бойынша қызметтер, саны, идентификаторы және маманның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), орындау күні.

19. Емшаралар мен манипуляциялар, зертхана, диагностикалық зерттеулер

Тарификатор бойынша қызметтер, саны, идентификаторы және маманның тегі, аты, әкесінің (бар болған жағдайда), орындау күні.

20. Қорытынды диагноз

21. Диспансерлеу

22. Туберкулезді анықтауға арналған зерттеулер жүргізілді

23. Қабылдау кезінде және үйінде дәрігердің жасаған операциялары, манипуляциялары

24. Жүгіну нәтижесі

25. Олардың ішінде жолданғандар

26. Емханалық жүгіну жағдайы (бұдан әрі – ЕЖЖ)

27. ЕЖЖ аяқталған күн

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

"Профилактикалық қарап-тексеру (скринингтің) картасы" №055/е нысаны

Күні

1. ЖСН

2. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

3. Туған күні

4. Жынысы

е

ә

5. Тұрғылықты мекенжайы

6. Тұрғын

қала

ауыл

7. Тіркелген МҰ (МҰ тіркелімінен)

8. Мүгедектік тобы

Мүгедектік қойылған күні

Мүгедектік қандай уақытқа қойылды

Мүгедектік диагнозы

Баланы профилактикалық медициналық қарап-тексеру (скрининг) кезінде толтырылады: Дәрігерге дейінгі кезең

Бойы Салмағы

Бас шеңберінің өлшемі (3 жасқа дейінгі балалар) см

Кеуде шеңберінің өлшемі см

Дене белсенділігі, күнделікті физикалық жүктеме (3 жастан асқан балалар)

иә

жоқ

Артериалық қысым (7 жастан асқан балалар) 1) систолическое /диастолическое

2) систолическое /диастолическое орташа систолическое /диастолическое

Көздің көргіштігін анықтау

Плантограмманы анықтау (5 жасқа дейінгі балалар және одан үлкендер)

Құлақтың естігіштігін анықтау:

Тыныш бөлмеде мейірбике мен баланың арасы 5 метр қашықтықтан кем емес, сыбырлау арқылы әр құлағын тексеру *при выявлении отклонений

Педиатриялық кезең

1. Бастың тірісін зерттеп қарау

2. Көрінетін шырышты қабықшаларды тексеру: көз конъюнктивасы, ауыз қуысы, фармакс.

Тістердің, дірілге, қатты тағзымның биіктігіне, палатиндік бездердің мөлшері мен түріне, дауыс функциясына (дауыстық резонанс) көңіл аударылады.

3. Қалқанша безін пальпациясы және жалпы қарау.

4. Перефириялық лимфа түйінінің пальпациясы: жақастылық, шап, қолтық асты

5. Қан айналым жүйесін тексеру (қарау, жүрек аускультациясы), жиілікті, толуын, пульс ритмін тексеру. Аускультация дыбыстың үні мен тазалығын бағалайды. Жүректегі шу анықталғанда, зерттеу әртүрлі позицияларда (тұру, жату) және есептелген жаттығулармен функционалдық сынақтар жүргізіледі

6. Тыныс алу жүйесін тексеру (өкпе аускультациясы).

7. Ас қорыту жүйесін тексеру (құрсақ қуысының, көкбауырдың, оң жақ және сол жақ қабырға маңайдағы облыстардың, бауырдың, эпигастрий аймағының, ұйқы безінің, оң және сол жақ маңайдағы аймақтардың, ұма аймағының пальпациясы).

8. 3-4 айлық нәрестелерге көрсетілімдер бойынша, жамбас буындарының дисплазиясын және туа біткен жамбас буынының шуғуын ерте анықтау мақсатында жамбас буындарын ультрадыбыстық зерттеу тағайындалады.

9. Зәр шығару мүшесін тексеру. 10 жастан асқан қыздарды тексеру кезінде гинекологиялық анамнезге, шағымдарына, менструалды циклдың бұзылуларына ерекше көңіл аударылады

10. Невропсихикалық дамуды бағалау:

7-8 жаста: психомоторлық сала мен мінез-құлқы, интеллектуалды дамуы, эмоционалды және өсімдік саласы;

9-10 жаста: дерексіз логикалық операциялардың, логикалық шешімдердің қалыптасуын бағалайды;

10-17 жаста: эмоционалды вегетативтік сферасы, сомато-вегетативтік көріністері, вегетативтік-диенцефалиялық көріністер.

11. Пубертограмм әдісімен жыныстық жетілуін бағалау:

12. Қасақылық белгілерін анықтау

Арнайы тексеру кезеңі

1. хирург-ортопед

2. уролог (зәр шығару жүйесінің патологиясы)

3. отоларинголог

4. невролог

5. стоматолог

6. офтальмолог

7. эндокринолог

Скринингтік тексерудің нәтижесі:

Денсаулық тобы

* 2, 3, 4, 5 топқа қатысты балалар динамикалық бақылауға алығуы және БМСК мамандарында немесе тиісті бейіндегі мамандарда сауықтырылуы тиіс.

Соңғы кезең

(анықталған патологиясы бар тұлғаларды қосымша тексеру және динамикалық тіркеу, статистикалық құжаттаманы рәсімдеу және аяқтау)

Скринингтік тексеру аяқталған соң, денсаулықты кешенді бағалау жүргізіледі, эпикриз және денсаулық тобын көрсетуге, физикалық және невропсихикалық даму бойынша қорытынды жазылады. Қорытындыда әрі қарай тексерілу, қаралу, санитарлы-гигиеналық ережелерді сақтау, күн тәртібі, физикалық тәрбие мен шынықтыру, алдын алу екепелерін қабылдау, шекаралық жағдайлардың аурулардың алдын алу, дене шынықтыру тобы (негізгі немесе арнайы топ) бойынша ұсыныстар беріледі.

Ересектердің медициналық тексеруі (скринингі) кезінде толтырылады:

Дайындық кезеңі

Бойы см Салмағы кг Кетле индексі

Белдің өлшемі: ерлер әйелдер

Кеуде шеңбері см

Артериалық қысым (екі реттік өлшеу), орташа систолическое /диастолическое мм.
сын. бағ

ЭКГ Холестерин көрсеткіші Глюкоза Сұрау (ОМҚ өткізеді):

1. Темекі шегу, күніне 1 болсын

иә

жоқ

2. Алкогольды ішімдіктерді қолдану, аптасын 2 реттен кем емес

иә

жоқ 35-65 жастағы ерлер 18-34 жастағы ерлер

3. Ата-аналарыңызда жүрек аурулары бар ма (гипертония, ЖИА)

иә

жоқ

4. Төс қуысында тыныштықта немесе жүктеме (психологиялық-эмоциялық, физикалық) кезінде жағымсыз сезімдер, оны тоқтатқан кезде немесе доғарғаннан кейін 10 минут ішінде басылатын немесе жүректің шалыс соғуы бар ма

иә

жоқ

5. Бас ауруы

иә

жоқ

6. Артериялық қысымның көтерілуіне шағымыңыз бар ма

иә

жоқ

7. Көз көрудің нашарлауына шағымыңыз бар ма

иә

жоқ

8. Көз алдында бүркеніш болуына шағымыңыз бар ма

иә

жоқ

9. Ата-аналарыңызда глаукома болды ма

иә

жоқ

10. 4 диоптриядан асатын алыстан нашар көрушілік бар ма

иә

жоқ

11. Соңғы жыл ішінде нәжісте патологиялық қоспалар байқадыңыз ба

иә

жоқ

12. Тек қана әйел адамдар үшін: түйіскен қан кетулер болады ма

иә

жоқ

Қан айналым жүйесі мен қант диабеті ауруларын тексеру нәтижесі

иә

жоқ

жас

Скринингтен өтетін адамның қан айналым жүйесі ауруларының даму мүмкіндігін SCORE шкаласы бойынша анықтау, ұсынымдар

Глаукоманы анықтауды тексеру нәтижесі: жас, көз ішілік қысым

Ісік пен ісік алды ауруын анықтауды тексеру нәтижесі:

Әйел адамның жағндысын цитологиялық зерттеу: жас

Акушердің тексеруі

Айнамен

Жағынды алу

Кольпоскопия (көрсетілім бойынша):

Жатыр мойнының биопсиясының нәтижесі (көрсетілім бойынша):

Маммография, екінші оқу Скрининг бойынша маммографиялық тексерілді:

Гемокульт-тест жас: Скрининг бойынша гемокульт-тест өткізілді:

Колоноскопия (көрсетілім бойынша):

Эзофагоскопия жас:

Гастродуоденоскопия жас:

ПЕА (ерлер жас):

Простата денсаулығының индексі

Қуық асты безінің биопсия нәтижесі:

Келулер:

Скринингтік тексерудің нәтижесі:

Дені сау

иә

жоқ

Мінез-құлықтық қауіп-қатер факторлары анықталды

Биологиялық қауіп-қатер факторлары анықталды

АХЖ 10 бойынша қорытынды диагноз

Динамикалық қарау тобы

БМСК дәрігеріне жолданды (учаскелік, жалпы тәжірибе дәрігері)

иә



жоқ

Скринингтік тексерудің аяқталған күні

Скринингтік тексеруді өткізген маманның Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Берілген мәліметтердің дұрыс екенін растаймын/Подтверждаю, что вся представленная информация достоверна.

"Профилактикалық қарап-тексеру (скринингтің) картасы" № 055/е нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МҰ	Медициналық ұйым
4	ОМҚ	Орта медицина қызметкері
5	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

"Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазуды есепке алу нысаны" № 056/е нысаны

1. Шақыру уақыты мен күні
 2. Пациенттің жеке сәйкестендіру нөмірі
 3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
 4. Туған күні
 5. Тұрғылықты мекенжайы
 6. Учаскенің №
 7. Шақыру себебі
 8. Бірінші/қайта шақыру;
 9. Шақыруды орындау күні мен уақыты;
 10. Шақыруға кім барды (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы)
 11. Диагноз
 12. Көрсетілген көмек
- Ескертпе:
- 1-8 жолдар – дәрігерді үйге шақырулар санын, 1-12 жолдар – дәрігерлердің үйде көмек көрсету жазбаларын қалыптастырады.

А й күнде рі	Барлы ғы	Оның ішінде басқа қалалықтар	Барлы ғы	металдан	штамп	олард ың ішінде құйыл ғандар	пластмассада	винир	керам ика		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
							прямые	непрямые	м/к	цир	цел.к е р

кестенің жалғасы

олардың ішінде				олардың ішінде						
Барлығы	металло керамикадан	коронкалар	керамика	Барлығы	құйылған тістер			құйылған тістер	тістер	керамика
11	12	13	14	15	16			17	18	19
					метал	м/к	ц/к			

кестенің жалғасы

Шлифтік тістер	Шешілетін протездер					Протез алған адамдар		
							Барлығы	олардың ішінде
	Жартылай	Толық	Жартылай		Толық	төлем ақысыз		
	пластмассадан	пластмассадан	на аттачмен	кламмера				
20	21	22	23	24	25		26	27

"Стоматологиялық пациенттің медициналық картасы (санацияны қоса алғанда)" № 058/е нысаны

1. ЖСН
2. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)
3. Туған күні
4. Жынысы

е

ә

5. Жасы
6. Ұлты
7. Тұрғыны



қала



ауыл

8. Тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Кәсібі Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Диагноз

12. Шағымы

13. Бұрын ауырған және қосалқы сырқаттары

14. Осы сырқаттың дамуы

15. Объективті зерттеу деректері, сыртқы қарау

Ауыз қуысын қарау, тістердің жағдайы

Жақ

Қайсы жағы

Тіс

Жағдайы O/R.C/P/Pt/JMPA/K/I/B

16. Тістем

17. Ауыз қуысының, қызыл иектің жылбысқы қабықтарының, альвеолалық өскіндер мен таңдай жағдайлары

18. Рентгендік зертханалық зерттеулер деректері

19. Күнделікті жазбалары (күні, мәтіні, даигнозы, дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) мен идентификаторы)

20. Талдау жоспары, емдеу (дәрілік заттың, қызметтің атауы)

21. Ем нәтижесі (эпикриз)

22. Ұсынымдар

Емдеуші дәрігер

Бөлімше меңгерушісі

Стоматологиялық пациенттің
медициналық картасының
қосымша парағы

Стоматологиялық қабылдауда баланың зерттеу жоспары

I. Сыртқы пішінді сыйпаттау:				
1. Бойын ұстау				

2. Бет				
3. Зиянды әдеттер:				
II. Атқаратын қызметінің байқауы:				
1. Дем алу				
2. Шайнау				
3. Жұтыну				
4. Сөйлеу				
5. Еріндердің айқасуы				
III . Стоматологиялық мәртебе:				
1. Аймақтық лимфа түйіндерді				
2. Ауыз маңы				
3. Ауыз қуысының алды				
4. Үстінгі ерін жүгеншесі				
5. Тіл жүгеншесі				
6. Ауыз қуысының шырышты қабығы				
7. Қызыл иек маңы				
8. Тіл				
9. Тіс қатарының түрі				
10. Жақ				
11. Жақтардың тістеуі				
12. Тістердің орналасуының ауытқуы				
13. Тістердің шығуы				
14. Тістін түсі				
15. Тістердің пішіні				
16. Кариоздық емес бұзылулар				
IV . Деминерализация ошағы				
18. Кариестің ершу				
<input type="checkbox"/>				
КП				
<input type="checkbox"/>				
КПУ.				

19. Ауыз қуысының гигиеналық жағайы – ГЖ				
20. Стоматикалық топ				
2 1 . Стоматологиялық диспансерлік топ				

"Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы" № 059/е нысаны

20__ жылы _____ қаралу күні

1. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

2. ЖСН _____

3. Туған күні _____

4. Мекенжайы, телефон _____

5. Жұмысы мен жұмыс орны, телефон № _____

6. Тістеу, тырнау, сілекей жағылу күні (астын сызыңыз және жазыңыз)

7. Тістелгені туралы қай емдеу ұйымына қаралды және қашан

8. Жарақат сипаттамасы және оның орналасуы _____

9. Тістеген, тырнаған, сілекейін жаққан жануар туралы мәлімет

10. Тістеу, тырнау, сілекей жағылу қандай жағдайда болды

11. Жануардың құтырғанын ветдәрігер клиникалық, зертханалық жолмен анықтады (астын сызыңыз немесе жазыңыз) _____

13. Жануар сау, өлді, өлтірілді, белгісіз (астын сызыңыз немесе жазыңыз) _____

14. Қаралушының анамнезі:

а) жүйке жүйесінің сырқаттары _____

б) спирттік ішімдіктер ішуі, жиілігі _____

в) бұрын құтырмаға қарсы екпелер егілген бе, қашан, қанша _____

г) басқа мәліметтер _____

15. Екпенің арналуы _____

16. Белгіленген режим (ауруханаға жатқызылды, амбулаторлық емделу)

17. Құтырмаға қарсы гаммаглобулин егілді, күні, сериясы

18. Тері іші сынамасына серпіліс: қызару _____

Ісіну _____

Десенсибилизация: бір мәрте, екі мәрте
Тәуліктік мөлшері _____

Қайталап енгізілуі:

Күні _____ Дозасы _____ Сериясы _____

Күні _____ Дозасы _____ Сериясы _____

19. Екпе кезіндегі асқынулар _____

20. Екпе курсы толығымен аяқталды, жануар сау болып шығуына байланысты тоқтатылды, өздігінен тоқтатты (астын сызыңыз немесе жазыңыз)

21. Үзілген екпелерді жалғастыруға қандай шаралар қабылданды

22. Ескерту _____

Дәрігердің қолы _____

Екпе кезіндегі тәртіп ережелерімен таныстым

Р/с №	Екпе күні	Вакцинан ың дозасы	Вакцина сериясын ың№	Екпені жүргізген адамдард ың қолы	Р/с №	Екпе күні	Вакцинан ың дозасы	Вакцина сериясын ың№	Екпені жүргізген адамдард ың қолы

"Әскер жасына дейінгі емдеу картасы" № 060/е нысаны

1. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

2. ЖСН _____

3. Туған күні _____

4. Әскер жасына дейінгі мекенжайы _____

5. Жұмыс (оқу) орны _____

6. Кәсібі, лауазымы _____

7. Ауруының аты (әскери тіркеуге байланысты медициналық комиссиясының ұйғарымы) _____

8. Келу уақыты:

а) Келуі тағайындалды 20__ жылы _____ айы

Келуі туралы ескерту жіберілді _____

20__ жылғы _____ айы

Келді 20__ жылғы _____ айы

Кесу талоны № _____ Әскер жасына дейінгі емдеу картасының

№ _____ (әскер жасына дейінгі емделіп болған соң

толтырылып, аумақтық орган арқылы әскери комиссариатқа жіберіледі)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

2. ЖСН _____

3. Туған күні _____

4. Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың мекен-жайы _____

5. Жұмыс (оқу) орны _____

6. Кәсібі, лауазымы _____

7. Ауруының аты (әскери тіркеуге байланысты медициналық комиссиясының ұйғарымы) _____

б) Келуі тағайындалды 20__ жылғы _____ айы

Келуі туралы ескерту жіберілді _____

20__ жылғы _____ айы

Келді 20__ жылғы _____ айы

8. Дәрігердің бақылауында болды _____ күні

20__ жылғы _____ айы

Келді 20__ жылғы _____ айы

күні

9. Диагнозы (емдеу ұйымында анықталды)

10. Объективті зерттеулер деректері

11. Рентгенодиагностика деректері

12. Зертханалық тексерулер деректері

13. Басқа зерттеулер деректері

14. Қандай емдеу жүргізілді

15. Емдеу нәтижесі

16. Емдеу ұйымының есебінен шығарылардағы денсаулық жағдайы мен әскери қызметке жарамдылығы туралы алдын ала ұйғарым

17. Емдеу ұйымының есебінен шығарылды

Емдеу ұйымының мөрі " _____ " _____ 20__ жылғы

Емдеуші дәрігер _____ (ҚОЛЫ)

Бас дәрігер _____ (ҚОЛЫ)

18. Келу уақыты:

а) Келуі тағайындалды 20__ жылғы ____ айы

Келуі туралы ескерту жіберілді _____

б) Келуі тағайындалды ____ айы 20__ жылғы

Келуі туралы ескерту жіберіледі _____ айы 20__

жылғы

Келді _____ айы 20__ жылғы

19. Дәрігердің байқауында болды

_____ күні

Емделуі

20. Анамнез: алдыңғы бақылаулар деректері мен алғашқы қарау деректері

21. Рентгенодиагностика мен зертханалық зерттеу деректері

22. Диагноз

23. Емдеу ұйымының есебінен шығару кезіндегі денсаулық жағдайы мен әскери қызметке жарамдылығы жайлы алдын ала ұйғарым _____

Емдеуші дәрігер _____ қолы Бас дәрігер _____

ҚОЛЫ

Медициналық бақылау деректері

Келу күні	Өтпелі бақылаулар	Тағайындалымдар
-----------	-------------------	-----------------

"Әскерге шақырғанға дейінгілердің жеке тізімі _____ жылы туғандар, жолдануы тексерілуге, жүйелі түрде емдеуге, диспансерлік қадағалауға" № 061/енысаны

_____ ұйымның атауы

Облыс (өлке) _____ елді мекен _____ аудан _____

Р/с №	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	ЖСН	Туған күні	Мекенжайы (толық)	Жұмыс (оқу) орны	Аурудың атауы	Келу мерзімдері	
							келуі тағайындалды (күні)	келді (күні)
1	1	2	3	4	5	6	7	8

054/е н. артқы беті

	Тегі, аты, әкесінің							Келу мерзімдері	

P/c №	аты (бар болған жағдайда)	ЖСН	Туған күні	Мекенжайы (толық)	Жұмыс (оқу) орны	Аурудың атауы	келуі тағайындалды (күні)	келді (күні)
1	1	2	3	4	5	6	7	8

20 _____ жылғы " _____ " _____ Аудандық әскери комиссар _____

Ескерту: есеп нысанын жүйелін түрде емделуге келмегендер үшін де қолданылады, ол кезде "жолданушылар" сөзін "келмегендер" сөзімен, "аудандық әскери комиссар" сөздері "бас дәрігер" сөздерімен ауыстырылады.

"Пациентты/клиентті және көрсетілген әлеуметтік-психологиялық қызметті тіркеу журналы" № 062/е нысаны

P/c №	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	ЖСН	Күні	Мекен жайы	Пациенттің тұлғалық-әлеуметтік мәртебесі	Отбасы туралы ақпарат	Әлеуметтік диагнозы / Психологтің тұжырымы	Үйге барғанда анықталған проблемалар	Әлеуметтік қызметкердің психологтің бағалауы	Әлеуметтік қызметкердің психологтің бағалауы	Қызметтің атауы: Волонтерлерді дайындау (1) Тақырыптың/тренингтің атауы (2) Протездеу (3) Алынған көшу құралы (4) Балалар үйіне берілген (5)	Ескертпе
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

"Әлеуметтік қызметкер/психолог толтыратын пациенттің картасы" № 063/е нысаны

1. Тегі _____
Аты _____ Әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____
2. Туған күні күні, айы, жылы _____ / _____ / _____ ЖЫЛҒЫ.
3. Жынысы: 1- ер, 2- әйел
4. ЖСН _____
5. Мекенжайы _____

6. Бекітілген тұрғын: 1-иә, 2- жоқ; 6.1. Тұрғын: 1-қаланың, 2- ауылдың
7. Халық санаттары: 1-оқушы, 2-студент, 3-жұмыс істеуші, 4-жұмыссыз, 5-басқа
8. Жеңілдік алушылар санаты: 1- ОСМ, 2-ҰОСҚ; 3-интернационалист жауынгер; 4- бала кезінен мүгедек; 5- ауруы бойынша мүгедек, 6- басқа жеңілдік алушылар
9. Қаралу себебі: 1-кеңес, 2-ауруы, 3-Әлеуметтік мәселе, 4 психологиялық мәселе, 5 -тренингтарда қатысу, 6- басқа
10. Кім жолдады: 1- өзі келді, 2-медициналық ұйымдар, 3- мемлекеттік ұйымдар мен мекемелер, 4 - үкімет емес ұйымдар, 5 – басқалары (тізімге жазу _____)
11. Ақпарат қайнар көзі: 1- дәрігер, 2- мейірбике, 3-әке-шешелері, 4- достары, 5- әріптестері, 6-БАҚ, 7-сенім телефоны, 8-басқа
12. Сапарлар: 1-алғашқы, 2- қайта
13. Келуі:

Күні	Келу уақыты	Келу түрі (жеке кеңесу, топтарда кеңесу, үйге келу)
14. Әлеуметтік-психологиялық мәселені бағалау		

15. Әлеуметтік қызметтер түрі: 1-әлеуметтік-медициналық қызметтер 2-әлеуметтік-психологиялық қызметтер 3-әлеуметтік-педагогикалық қызметтер 4-әлеуметтік-экономикалық қызметтер 5-әлеуметтік-құқықтық қызметтер 6-әлеуметтік-тұрмыстық қызметтер 7-әлеуметтік-еңбек қызметтер 8) әлеуметтік-мәдени қызметтер; 9) жеке психологиялық кеңестер; 10) отбасылық психологиялық кеңестер; 11) топтарда кеңесу

16. Қаралу нәтижесі: 1-жағдайды шешу, 2-жағдайды жақсарту, 3-өзгеріссіз, 4- клиенттің бас тартуы, 5-басқа

17. Қаралу оқиғасы: 1-аяқталды, 2-аяқталмады

18. Әлеуметтік қызметкер/психолог:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

Қолы _____

19. Күні " ___ " _____ жылы

"Талон" № 064/е нысаны

Амбулаториялық картасының №

Участкенің №

ЖСН

Пациенттің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Туылған күні

Жынысы



ер



әйел

Азаматтығы

Тұрғылықты мекенжайы

Байланыс телефоны

Отбасылық жағдайы

Білімі

Жұмыс/оқу орны

Лауазымы

Әлеуметтік мәртебесі

18 жасқа дейінгі балалар үшін ата-аналардың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Үйге медициналық қызмет көрсету МСАК МҰ еркін таңдау кезінде

Тіркеушінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

№ 064/е "Талон" нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МҰ	Медициналық ұйым
4	МСАК	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
5	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

"Профилактикалық екпелер картасы" № 065/е нысаны

20__ жылғы "____" _____ есепке алынды

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы

1. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

2. ЖСН _____

3. Туған күні _____

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Екпеге дене серпілісі		Медициналық қайшылықтар
				Жалпы (Т*)	Егілген жерде	

№ 063/е н. 4 беті

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Екпеге дене серпілісі		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т*)	Егілген жерде	

Басқа инфекциялық ауруларға қарсы екпе _____

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
						Жалпы (Т*)	Егілген жерде
Егу							
Қайта егу							

Есептен шығарылған күні _____ Қолы _____

Себебі _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

"Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы" № 066/е нысаны

1. Күні мен уақыты
2. Карта №
3. Нәрестінің/анасының жеке сәйкестендіру нөмірі (бар болған жағдайда)
4. Нәрестінің/анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
5. Туған күні
6. Қандай аруға қарсы екпе
7. Өндірген ел
8. Партия нөмірі
9. Екпенің сериясы
10. Вакцинаның, препараттың, анатоксиннің және басқа аттары
11. Екпе тәсілі:
12. Мөлшері

- 13. Екпенің уақыты мен күні
- 14. Екпенің атауы
- 15. Жанама реакция немесе жағымсыз құбылыс

"Вакциналар қозғалысы журналы" № 067/е нысаны

20 _____ жылы _____ бойынша

P/c №	Вакцина егу күні	Вакцинаның атауы	Жаңа туған нәрестелердің егілуі			Жұмсалған вакциналар (дозамен)	Қалған вакцина (дозамен)
			№1 бөлімше	№2 бөлімше	барлығы перцентхана бойынша		
1	2	3	4	5	6	7	8

"Жолдама алуға анықтама" № 068/е нысаны

Бұл анықтама санаториялық-курорттық картаны алмастыра алмайды және пациентқа санаторийге орналасуға немесе амбулаторлық-курстық емделу құқығын бере алмайды.

Қай күнге дейін жарамды _____

_____ күні, айы, жылы

Жеке тұлғаға берілді _____

_____ тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

ЖСН _____

Туған күні _____

Мекенжайы:

_____ Қандай сырқаттан зардап _____

_____ диагнозын көрсетіңіз _____

_____ және оған ұсынылған ем:

Курорттық _____

ұсынылған курорттарды көрсетіңіз

а) санаторийге _____

— бейінін көрсетіңіз

б) амбулаторлық-курстық (керекті астын сызыңыз) _____

— _____
Жергілікті санаторийде (курорттан тыс)

— _____
санаторий бейінін көрсетіңіз

Жыл мезгілі (қыста, көктемде, жазда, күзде) астын сызыңыз

Анықтама тұрғылықты жері мен жұмыс орнында ғана күшінде. Жолдау қағазын алу үшін көрсетіледі. Жолдау қағазын алғаннан кейін санаторлық карта алу үшін анықтыма берген медицина ұйымына баруыңыз қажет.

М.О. Емдеуші дәрігер _____

М.О. Бөлімше менгерушісі _____

20 ___ жылғы " ___ " _____

"Санаторийлік - курорттық карта" № 069/е нысаны

№ _____ 20 ___ жылғы _____

Карта берген емдеу ұйымының мекенжайы:

Облыс (Область) _____

— Аудан _____

— Қала _____

— Көше _____

— Емдүші дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

— Пациенттің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

— _____

Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз), туған жылы _____

ЖСН _____

Үйінің мекенжайы мен телефоны

2. Оқу (жұмыс) орны _____

3. Лауазымы _____

Балалар блогі (0-17 жасты қоса алғанда)

Ата-анасының жұмыс орны мен телефоны

1. Анамнез: туғандағы салмағы, даму ерекшеліктері, қандай аурулармен ауырды (неше жасында)

2. Тұқым қуалаушылығы _____

3. Профилактикалық екпелері (уақытын көрсетіңіз)

4. Осы ауруының анамнезі: неше жасынан ауырады, ерекшеліктері мен ағымының сипаттамасы, асқыну жиіліктері, соңғы асқынуы, жүргізілген емдеу шаралары (оның ішінде қайталануға қарсы), санаториялық-курорттық емдеу жүргізілді ме, қанша рет, қайда және қашан. _____

Қосалқы сырқаттары _____

Мөр Емдеуші дәрігердің қолы _____

орны

Бөлімше менгерушісінің қолы _____

Санаторийлік іріктеу комиссияның қорытындысы

Негізгі диагнозы _____

Қосалқы сырқаттары

Ұсынылған санаторийлік-курорттық емделу

Мөр орны

Төраға _____

Комиссия мүшелері _____

Күні _____ күні, айы, жылы

Баланың тегі, аты _____

Санаторийде болды

бастап

дейін

Санаторий диагнозы:

Қосалқы сырқаттары

Жүргізілген ем (емдеу түрлері, процедуралар саны)

Емдеу тиімділігі (антропометрикалық, гематологиялық көрсеткіштер, функциялық сынамалар динамикасы, соматикалық статусының өзгеруі, емдеу нәтижелерінің жалпы бағасы)

Емханадан тыс емделуі туралы ұсыныстар

Инфекциялық аурулармен үйлесімі

Бастан өткерген интеркурентті аурулары, негізгі және қосалқы сырқаттарының асқынуы

Ординатордың қолы _____

Бас дәрігердің қолы _____

Күні _____

Бұл карта барлық бағандары айқын толтырылып, қойылған қолдар анық, мөрі басылған жағдайда ғана күшіне енеді. Карта 2 ай мерзімі ішінде күшінде

Нысанының міндетті қосалқы парағы Баланың мекенжайындағы аудандық емханаға қайтарылуы тиіс

Ерсесектердің блогі (18 жас және жасы үлкен)

1. Шағымы, қашаннан бері сырқат, анамнез деректері, бұның алдындағы емделуі, оның ішінде санаторийлік-курорттық _____

_____ б) қосалқы сырқаттары _____

_____ Қорытынды

_____ Курорттық емдеу _____

_____ ұсынылған курорттарды көрсетіңіз

_____ а) санаторийде _____

_____ бейінін көрсетіңіз _____

_____ б) амбулаториялық – курстық Жергілікті санаторийде емделу ұсынылады (курорттан тыс)

_____ санаторий бейінін көрсетіңіз

_____ Жыл мезгілі _____ М.О.

_____ Емдеуші дәрігер _____ М.П. Бөлімше меңгерушісі _____

_____ Санаторийлік немесе амбулаториялық-курстық емделуге жолдау қағазын көрсеткенде беріледі.

_____ Бұл картасыз жолдау қағазы күшіне енбейді.

_____ **"Балалар санаторийіне жолдама" № _____ № 070/е нысаны**

_____ Санаторийдің атауы мен медициналық бейіні

_____ Мерзімі 20 ____ жылғы _____ бастап 20 ____ жылғы _____ дейін

_____ Жолдама тегін, сатуға немесе басқа адамға беруге рұқсат етілмейді

_____ Баланың тегі _____

_____ Толық аты _____

Туған күні _____

күні, айы, жылы

ЖСН _____

Мекенжайы

Телефон _____

Жолдама берген ұйымның мекенжайы

Жолдама берген ұйымның мөрі

Жолдама берген адамның қолы, лауазымы, тегі

№077/е.н.2 беті

Санаторийге қабылданатын балалар жасы

Жастан _____ жасты

қоса

Көрсетілімдер (медициналық бейініне сәйкес)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Жалпы қарсы көрсетілімдер

1. Жіті кезеңдегі басқа аурулар _____

2. Арнайы емдеуді қажет ететін барлық созылмалы аурулар

3. Бастан өткерген инфекциялық ауруларының оқшаулау мерзімі біткенше

4. Бактерия тасымалдаушы

5. Көз бен терінің барлық инфекциялық аурулары, қатерлі анемия, лейкемия, қатерлі ісіктер, кахексия, ішкі ағзалар амилоидозы, өкпе және басқа ағзалар туберкулезінің белсенді формасы

6. Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары:

а) жергілікті мамандандырылған санаторийлер үшін-қан айналымының 1 дәрежеден жоғары жетіспеушілігі.

б) курорттардағы санаторлық емдеу үшін – қан айналымы жетіспеушілігінің барлық дәрежесі

7. Эпилепсия, психоневроз, психопатия, ақыл-есі кем, жекеше күтім мен емдеуді қажет ететін балалар

8. Осы курорт пен санаторийде емделуге қайшылық ететін қосалқы сырқаты бар балалар. Осы санаторий үшін жасы мен ауруы сәйкес келмейтін балалар санаторийге қабылданбайды

№077/е.н.3 беті

Жолдама төмендегідей құжаттар болғанда күшіне енеді:

1. Санаторийлік-курорттық картасы

2. Тұрғылықты жерінде инфекциялық аурулармен түйіспегені жайлы эпидемиологтың анықтамасы

3. Инфекциялық тері аурулары жоқтығы туралы дерматологтың анықтамасы

4. Күл және дизентерия бактерия тасымалдаушылығына зерттеулер деректері (эпидемиологиялық және медициналық көрсетімдері бойынша)

5. Мектеп оқушыларында мектебінен мінездеме және күнделігі болуы керек (оларды күздік-қыстық-көктемдік кезеңдерде жолдағанда)

6. Балалар мезгіліне сай киіммен және аяқ киіммен, сонымен қатар спорттық киім мен жеке бас гигиенасының заттарымен қамтамасыз етілуі тиіс

Ескертпе:

Балалардың ас қорыту ағзалары сырқатын емдеуге арналған санаторийлерде дизентерия бактериясын тасуымалдаушылыққа тексеру міндетті (В санаторий для детей с заболеваниями органов пищеварения обследование на дизентерийное бактерионосительство обязательно)

№077/е.н.4 беті

Санаторийдің мекенжайы

Қатынасу жолдары

**"Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы" № 071/е
нысаны**

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

ЖСН _____

Туған күні _____

Мекенжайы _____ үй телефоны № _____

Мектеп № мен оның мекенжайы _____

Телефон № _____ сынып _____ аудан _____

Емхана № мен оның мекенжайы

телефон № _____

Денсаулық жағдайы (егер диспансерлік бақылауда болса, диагнозын көрсетіңіз)

Бастан өткерген инфекциялық аурулары (қызылша, жәншау, көкжөтел, без шошуы, Боткин ауруы, жел шешек, дизентерия)

Жүргізілген екпелер (КДС) соңғы екпенің уақыты көрсетілуімен

Дене дамуы _____

Дене шынықтыру тобы _____

Ұсынылған режим _____

_____ анықтаманың берілген күні

Мектеп немесе балалар емханасы дәрігерінің қолы _____

№079/е.н. 2 беті

Сауықтыру лагерінің дәрігері толтырады

Сауықтыру лагерінде болған кезіндегі денсаулық жағдайы мен бастан өткерген аурулары

Инфекциялық аурулармен түйісуі

Сауықтыру лагерінде сауығуының тиімділігі:

Жалпы жағдайы

Түскен кездегі салмағы _____ кеткен кездегі _____

Динамометрия _____

Спирометрия _____

Күні _____

Сауықтыру лагері дәрігерінің қолы _____

Анықтама оқитын мектебіне қайтарылуы тиіс (Справка подлежит возвращению в школу по месту учебы)

"Медициналық анықтама (шетелге шығушыға)" № 072/е нысаны

Берілді: тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

_____ жаста, емханада медициналық тексеруден өткені туралы

_____ ұйымның атауы мен орналасқан орны

Тексеріп-қарау кезінде анықталды

АИТВ-мәртебесі

Денсаулық жағдайы бойынша жеке тұлға

_____ елді атауы мерзімге _____

_____ 20 _____ жылғы (года) " ____ " _____

Анықтаманың жарамдық мерзімі – 1 жыл

М.О. Комиссия мүшелері _____

Дәрігердің мөр орны

"Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама" № 073/е нысаны

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі аты әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туылған күні

Жынысы

ер

әйел

Тұрғылықты мекенжайы

Байланыс телефоны

Жұмыс/оқу орны

Лауазымы

Мамандардың медициналық зерттеп - қарау нәтижесі:

Терапевт/ЖПД қорытындысы: тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы

Офтальмолог қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсетілімдер қорытындысы

Оториноларинголог-дәрігердің қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы

Психиатрдың қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы

Ұйғарым

1. Троллейбустар мен трамвайларды басқаруға

2. Автомобильдерді максималды салмағын шектеусіздікпен және автобустарды жолаушылар сымдылығын шектеусіздікпен "А", "В", "С", "D", "BE", "CE", "DE", шағын категориялар А1, В1, С1, D1, С1Е и D1Е, сондай-ақ трамвайлар мен троллейбустар санаттары бойынша басқаруға

3. "В" санаты өз жеке автомобилін жалданып жұмыс істеу құқығынсыз басқаруға

4. Мотоциклді, мотороллерді ("А" санаты) басқаруға

5. Мотор арбаны басқаруға

6. Мопедті басқаруға

Медициналық анықтаманы беру күні

Анықтама қанша мерзімде күшінде

Фотосурет орыны

Медициналық комиссиясының мөрі

Комиссия төрағасы

тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

Хатшы

тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

"Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы" № 074/е нысаны

_____ Жүкті әйелдің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

ЖСН _____

Туған күні _____

Жұмыс орны мен лауазымы _____

Жүктілігі _____ апта _____

Ауыстыру негіздемесі _____

Ұсынылған жұмыс _____

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

қолы _____

Берілген күні _____

Ауыстырылды _____

Жетекшінің лауазымы _____

Қолы _____ Күні _____

"Медициналық анықтама (дәрігерлік кәсіби-консультативтік қорытынды)" № 075/е нысаны

МҰ атауы
ЖСН
Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)
Туылған күні
Жынысы



ер



әйел

Тұрғылықты мекенжайы

Тіркелген мекенжайы

Жұмыс/оқу орны/балалар мекемесі

Лауазымы

Соңғы медициналық зерттеп-қарау күні

Соңғы медициналық зерттеп-қару сәтінде айқындалған аурулар

Дәрігер тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Терапевт/ЖТД қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Нарколог дәрігердің зерттеп-қарауы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Жүргізу нәтижесі және күні

Психоактивті заттардың болуы үшін сұйық биологиялық ортаны зерттеу

Психиатр қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Психологиялық тест

Күні Нәтижесі

Флюорография нәтижесі

Күні Нәтижесі

Зертханалық зерттеулердің нәтижесі

Шарттарды көрсете отырып, кәсіби жарамдылық туралы медициналық қорытынды Анықтаманы толтырған

тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

Медициналық ұйымның басшысы

тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

№ 075/е "Медициналық анықтама (дәрігерлік кәсіби-консультативтік қорытынды)" нысанының қысқартылымдары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі

3	МҰ	Медициналық ұйым
4	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
5	ЭЦҚ	Электрндық цифрлық қолы

"Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алу үшін медициналық қарап-тексеру қорытындысы" № 076/е нысаны

20__ жылғы " __ " _____

Азаматқа берілді: _____

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

ЖСН _____

Облыс (қала) _____ аудан _____

Алдын-ала/периодтықараудың нәтижелері бойынша (керекті астын сызыңыз)

Мекеме аты
● Терапевт дәрігері _____

қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)
куәландыру күні 20__ жылғы " __ " _____

Қорытынды _____
қарсы көрсетілімдер бар/жоқ
Дәрігердің М.О.
● Невропатолог-дәрігері _____

қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)
куәландыру күні 20__ жылғы " __ " _____
Қорытынды _____

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ
Дәрігердің М.О.

• Офтальмолог-дәрігері _____

қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

куәландыру күні 20 ____ жылғы " ____ " _____

Қорытынды _____

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

• Психиатр дәрігері психологиялық тестлеумен: _____

Қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

куәландыру күні 20 ____ жылғы " ____ " _____

Қорытынды _____

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

• Психикаға белсенді әсер ететін заттардың болуына сұйық биологиялық ортаға талдау _____

мерзімі

қорытындысы _____

орындаушының қолы орындаушының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

• Нарколог дәрігері _____

қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

куәландыру күні 20 ____ жылғы/год " ____ " _____

Қорытынды _____

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

Медициналық тексеру қорытындысы (Заключение медицинского осмотра)

Дәрігер-терапевт: _____ қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мөрдiң орны _____

Медициналық ұйымның басшысы _____ қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Медициналық комиссиясының мөрі

Комиссия төрағасы _____

қолы

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Хатшы _____ қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

№ 076/е "Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алу үшін медициналық қарап-тексеру қорытындысы" нысанының қысқартулары:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	МО	Мөр орны
3	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

"Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы" № 077/е нысаны

Есепке алу күні

Жалпы бөлім:

1. ЖСН
2. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)
3. Туған күні
4. Қан тобы резус-фактор
5. Жүктіліктің анықталған күні
6. Жасы
7. Ұлты
8. Тұрғын



қала



ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы
 10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны
- Лауазымы Білімі

11. Медициналық сақтандыру компаниясының атауы, № страхового полиса

12. Жолдасы жайлы ақпарат:

12.1 ЖСН

12.2 Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

12.3 телефон

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Егер жүкті әйел қаласа, осы нысандағы ақпарат қағазға көшіріледі (айырбастау картасының аналогы).

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
1-қосымша парақ

Бастапқы қабылдау:

Қабылдау күні

Есепке алынғандағы шағымдары

Анамнез:

Қабылдау күні

1. Осы жүктіліктің асқынуы

2. Тектілік

3. Шалдыққан, ушыққан аурулары

4. Гепатит

жоқ

иә

5. Туберкулез

жоқ

иә

6. Онкологиялық аурулар

жоқ

иә

7. Венерологиялық аурулар

жоқ

иә

8. Созылмалы аурулар (бар болса диспансерлік есепте тұра ма, базистік терапияны алады ма)

жоқ

иә

9. Жасалған операциялар

10. Гемотрансфузия

жоқ

иә

11. Аллергоанамнез

жоқ



иә

12. Рентгенологиялық тексеру (ақырғы тексерістің нәтижесі

13. Зиянды әдеттер



жоқ



иә

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Акушерлік-гинекологиялық анамнез:

Қабылдау күні

1. Еттекір функциясы:

Менархе жаста, еттекірдің ұзақтығы циклдың ұзақтығы

2. Жыныстық қатынасы жастан

3. Неке

4. Әкесінің денсаулығы туралы деректер (дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек)

5. Гинекологиялық анамнез

6. Контрацепция

7. Соңғы етеккірі бастап дейін

8. Жүктілік

Алдыңғы жүктілік кезіндегі аяқталуы

1. Жүктілік

2. Босану

3. Жүктілік

4. Жүктілік немен аяқталды

5. Босанған болса, қандай мерзімде

6. Бала салмағы

7. Жүктіліктің, босанғаннан кейінгі кезеңнің ағымы

Объективті деректер:

Қабылдау күні

1. Жалпы жай-күйі (қанағаттандырылған)

2. Бойы

3. Салмағы
4. ДМИ (дене массасының индексі)
5. Тері қабаты
6. Ісік
7. Сүт бездерінің зерттеу
8. Тыныс алу ағзаларының жай-күйі
9. Жүрек-қан тамырлары жүйесі
10. АҚ: оң қолында
сол қолында ЖЖЖ
11. Іш (жұмсақ, ауырсынусыз)
12. Бауыр, көкбауыр
13. Солқылдау симптомы
14. Басқа ағзалары
15. Несеп шығуы
16. Нәжіс

Акушериялық мәртебе:

Қабылдау күні

1. Жамбас өлшемдері:

D. Sp.

D. cr.

D. troch

c. ext

C. diag

C. vera

2. Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі см.

3. Іш шеңбері см.

4. Ұрықтың орналасуы, позициясы, түрі

5. Төмен орналасқан бөлігі

6. Іштегі баланың жүрек қағысы

7. Жүктіліктің мерзімі:

Еттекір бойынша

УДЗ бойынша (ерте 16 аптаға дейін)

8. Гинекологиялық зерттеу:

Сыртқы жыныс ағзалары

Айналарда:

Қынап

Жатыр мойыны

Жатыр денесі

Қосалқылар

Ерекшеліктері

Кольпоскопия (көрсетілімдері бойынша)

9. Диагноз: (жүктілік мерзімі)

10. Болжамды босану мерзімі

11. Болжамды босану орны

12. Тәуекел факторлары

Жүктілікті жүргізудің жеке жоспары:

1. Келу

2. Зертханалық зерттеулер (тарификатор);

3. Аспаптық зерттеулер

4. Мамандардың консультациялары

5. Емдеу-профилактикалық іс-шаралар

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
2- қосымша парақ

Акушер-гинеколог дәрігердің қабылдауы (әрбір қабылдау кезінде толтырылады)

Күні

1. Шағымдар

2. Жалпы жағдайы (қанағаттандырылған)

3. АҚ

4. Тері

5. Ісіну

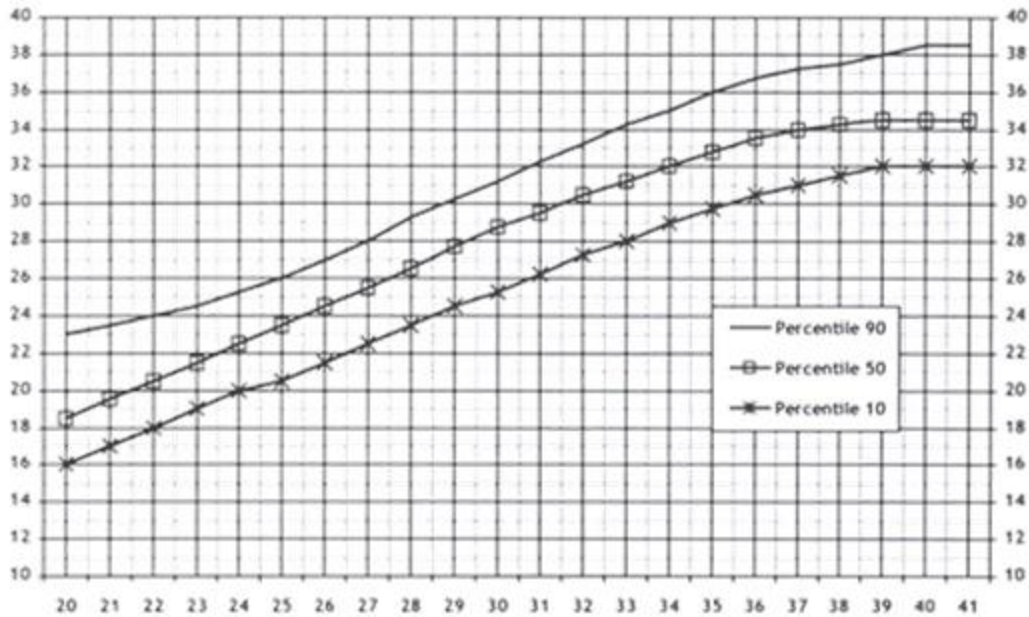
6. Пульс

7. Іші (жұмсақ, ауырсынусыз)

8. Жатыр (қалыпты тонус, гипертонус)

Гравидограмма

ВДМ
(СМ)



Акушерлік сыртқы зерттеулер:

1. жатыр түбі биіктігі: см.
2. Ұрықтың орналасуы
3. Іштегі баланың жүрек қағысы
4. ЖЖЖ мин – қағыс
5. Басқа ағзалары
6. Несептің шығуы
7. Нәжіс
8. Жүктілік апта
9. Тексерулер:
10. Ұсыныстар:

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
3-қосымша парақ

Зертханалық және диагностикалық қарап-тексеру нәтижелері

1. Күні мен уақыты
2. Зертханалық зерттеулер:
Жүктілік апта
RW 1
RW 2
АИТВ-1 (ақпараттандырылған келісім бойынша)

АИТВ-2 (ақпараттандырылған келісім бойынша)
Гепатит В маркерлері
Микроскопия сүртіндісі (көрсетілімдер бойынша)
Онкоцитологияға сүртінді (көрсетілімдер бойынша)
3. Пренаталдық скрининг
Биохимиялық скрининг
Өткізу мерзімі
Өткізу күні
Тексерудің нәтижелері
Ультрадыбыстық скрининг
Өткізу мерзімі
Өткізу күні
Тексерудің нәтижелері
Кардиотокографиялық зерттеу
Доплерометрия
Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
4-қосымша парак

Мамандардың консультациясы

1. Күні мен уақыты
 2. Кеңес түрі
 3. Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру
 4. Диагноз
 5. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау
 6. Дәрігердің идентификаторы
- Бар болған жағдайда:

7. Жазу консилиумдары ауруы бойынша келісілген зерттеу және емдеу ұстанымынан, ұсыныстардан тұрады. Консилиум мүшесінің ерекше позициясы болғанда, оның пікірі тіркеледі.

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
5-қосымша парак

Босануға дайындау

1. Күні
2. Жүктілік мерзімі
3. Сабақтардың тақырыбы
4. Серіктің келуі

5. Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
6-қосымша парақ

Патронаждық қаралуы

1. Күні
 2. Жүктілік мерзімі
 3. Шағымы
 4. Жалпы жағдайы (ісінуі)
 5. АҚ
 6. Іштегі баланың орналасуы
 7. Төмен орналасқан бөлігі
 8. Іштегі баланың жүрек қағысы
 9. Тұрмыстық жағдайлар
 10. Әлеуметтік саулық
 11. Әлеуметтік-құқықтық көмек (көрсетілімдер бойынша)
 12. Босануға психологиялық-профилактикалық дайындық
 13. Нәтижесі
 14. Ұсыныстар
- Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), идентификаторы

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
7-қосымша парақ

Босануға дейін/босанғаннан кейін уақытша еңбекке жарамсыздық парағын беру

1. Жүктілігіне байланысты демалыс бастап дейін
Еңбекке жарамсыздық парағы №
 2. Босануы
Босанды
 3. Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс күні бастап дейін
 4. Еңбекке жарамсыздық парағы №
- Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID
- Босанудан кейінгі эпикриз
1. Босану/аборт күні
 2. Осы жүктіліктің асқынуы

3. Экстрагениталдық аурулар код наименование
 4. Жүктіліктің аяқталуы
 5. Босану ерешеліктері
 6. Нәресте салмағы бойы
 7. Ауруханада болуы немен аяқталды:
- Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
 әйелдің жеке картасына
 7-қосымша парақ

Босанған әйелді бақылау (күнделік)

1. Күні
 2. Жалпы қарау-п-тексеру
 3. Шағымы
 4. Зертханалық қарап-тексеру нәтижесі
 5. Ұсынымдар, консультациялар
- Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

№ 077/е "Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы" нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
4	МҰ	Медициналық ұйым
5	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

"Рецепт №" № 078/е нысаны

Күні мен уақыты

Кімге арналған

Өтеу түрі

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні

Үйінің мекенжайы

Диагнозы

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

Rp.

Халықаралық патенттелмеген атауы

D.T.D.

D.S.

Рецепт дейін жарамды

Телефон

"Ауру бала күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы № _____ анықтама" № 079/е нысанының тексеру талоны Берілген күні Жұмыстан босатылған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) Жеке сәйкестендіру нөмірі Жұмыс орны Мекенжайы Баламен туыстығы Бала туралы мәліметтер тегі, аты, жасы Диагноз Мектепке дейінгі ұйым, мектеп Жұмыстан босатылды кк/аа/жж бастап кк/аа/жж дейін Анықтаманы берген адамның аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы	"Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы № _____ анықтама" № 079/е нысаны Берілген күні Азаматқа берілді оның ауру баланы күту үшін жұмыстан босатуға мұқтаж екендігі туралы Жұмыс орны Бала туралы мәліметтер тегі, аты, жасы Диагноз Мектепке дейінгі ұйым, мектеп Анықтаманы берген адамның аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%;">қай күннен бастап</td> <td style="width: 25%;">қай күн аралығында</td> <td style="width: 25%;">дәрігердің лауазымы мен тегі</td> <td style="width: 25%;">дәрігер</td> </tr> </table>	қай күннен бастап	қай күн аралығында	дәрігердің лауазымы мен тегі	дәрігер
қай күннен бастап	қай күн аралығында	дәрігердің лауазымы мен тегі	дәрігер		

№ 079/е.н. артқы беті

Жұмыстан босатылуы

қай күннен бастап	қай күн аралығында	дәрігердің лауазымы мен тегі	дәрігердің қолы	ДКК төрағасының қолы
				Жұмысқа кірісуі кк/аа/жж бастап
				Ұйымның идентификаторы

"Амбулаториялық келу кезінде есепке алу нысаны" № 080/е нысаны

1. Келу уақыты мен күні
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі
3. Тегі аты әкесінің аты (бар болған жағдайда)
4. Туған күні
5. Жынысы
6. Жасы
7. Ұлты
8. Тұрғын



қала



ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Келу себебі

11. Диагнозы

12. Көрсетілген көмек түрі

13. Медициналық қызметкердің тегі аты әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

"Туберкулезді күдік тудырған пациенттарды тіркеу журналы" № ТБ 081/е нысаны

P/c №	Қаралған күні	ТАӘ (бар болған жағдайда)	Жасы	Жынысы	Қ М * жіберілген күні		ҚМ дейін ДАГ қорытындылар		ҚМ кейін ДАГ қорытындылар		Хpert жолдау күні	Хpert қорытындысы
					ДАГ дейін	ДАГ кейін	1	2	1	2		

Кестенің жалғасы

ФГ/РГ** жіберілген күні		ФГ/РГ нәтижесі		Антибактериалды препараттарды тағайындаған күн, атауы		Диагнозы, ескертпе	Т Б диагнозын қою күні
ДАГ дейін	ДАГ кейін	ДАГ дейін	ДАГ кейін	Басталған күні	Аяқталған күні		

ҚМ* - Қақырық микроскопиясы ФГ/РГ** - флюорография, рентгенография Хpert – Хpert МТВ/Rif

"Диспансерлік контингентті бақылау картасы" № ТБ 082/е нысаны

Жеке коды _____ ЖСН _____ 1. Контингент түрі <input type="checkbox"/> күдікті белсенді ТБ <input type="checkbox"/> белсенді ТБ <input type="checkbox"/> белсенді емес ТБ <input type="checkbox"/> қатынаста болған: ТБ <input type="checkbox"/> ҚДТ <input type="checkbox"/> ТБ <input type="checkbox"/>	Сауықтырылуы: <input type="checkbox"/> шипажайлы топ/ <input type="checkbox"/> санаторийлік балабақша
--	---

КАДТ ТБ

МБТ (+)

МБТ (-)

нормергия

гиперергиялық әсері

БЦЖ жанама әсері

2. Жеке мәліметтері

Тегі Фамилия Аты Имя

Әкесінің аты (бар болған жағдайда) Отчество

Тіркеу №

Туған күні

Жынысы

е

ә

Жасы

Ұлты

Тұрғын

қала

ауыл

Тұрғылықты мекенжайы

Жұмыс орны

анаторийлік мектеп-интернат

ТБ санаторийі Басталған күні

Аяқталған күні Хирургиялық ем:

3. Зерттеу нәтижелері

Бактериологиялық зерттеу әдістері

МГ		МЖ		Сет	
Күні	Нәтижесі	Күні	Нәтижесі	Күні	Нәтижесі

Кестенің жалғасы

Сәулемен емдеу әдісі			Туберкулинодиагностикалық проба М	
Әдісі	Күні	Нәтижесі	Күні	Нәтижесі

5. Бұл бөлімге белсенді бактерия бөліп тұратын пациенттарды тіркейді (ошақтың эпидемиологиялық тобына жататындар)

Ошақтың тобы(1;2;3)	Есепке алынғаны	Есептен алынды	Алыну

4. Диспансерге жатқызылуы туралы мәлімет		**** 1-II топқа ауыстырылғаны 2-басқа мекемеге ауыстырылуы 3-		
Д тобы (0; IA; IB ; IG; II; IIIA; IIIB)	ДЕ алынған күні	Диагноз	ДЕ алынған күні	ДЕ алыну себебі*
<p>* 1 – I топқа ауыстырылды;</p> <p>2 - II топқа ауыстырылды;</p> <p>3 – III топқа ауыстырылды;</p> <p>4 – ТБ қайтыс болуы;</p> <p>5 – Басқа да себептерден қайтыс болуы;</p> <p>6 – ТБ деп анықталмаған;</p> <p>7 – Басқа мекемеге ауыстырылуы;</p> <p>8 - Диспансерлік бақылаудан үзілді "ТБ белсенді емес"-12 ай, "ТБ белсенді"-6 ай, "0 топ"-4 ай</p> <p>9 - Диспансерлік бақылаудан алынуы</p> <p>Химиопрофилактика: ия жоқ Н (Изониазид) Н и Е (Изониазид и Этамбутол)</p> <p>Ия қойылған жағдайда</p> <p>Басталған күні</p> <p>Ия қойылған жағдайда</p> <p>Басталған күні</p> <p>Ия қойылған жағдайда</p> <p>Басталған күні</p> <p>Ем қабылдау мерзімі: 60 күн 90 күн 180 күн</p>				

"Қазақстан Республикасы Президентігіне үміткердің тіркелуіне кедергі келтіретін ауруларының жоқтығы туралы Қазақстан Республикасы Президентігіне үміткерлердің анықтамасы" № 083/е нысаны

" _____ " _____ 20 _____ жыл

Жеке тұлғаға берілді

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні

Жынысы

Үйінің мекенжайы,

телефоны

Жұмыс орны

Психиатр дәрігер қорытындысы:

(ТАӘ (бар болған жағдайда)) психиатр дәрігер қолы, мөр

Мөр орны (ұйым)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 4-қосымша

Басқа түрлердің медициналық ұйымдарының медициналық есеп құжаттамасы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20 _____ жылғы " _____ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 060-2/е нысанды
медициналық құжаттама

АИТВ жұқтырғандарды тіркеу журналы

№	Т.А.Ә (болған жағдайда).	Мекен-жайы	Туған жылы	Азаматтығы	Жынысы	Жұмыс орны
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Анықталған орны	ИБ №	ИБ күні	Коды	Жұқпа көзі (Т.А.Ә (болған жағдайда), күні, ИБ №)	Жұғу жолы	Ескерту (қайтыс болды, "Д" есептен шыққан)
8	9	10	11	12	13	14

Журналды электронды түрде де, қағаз түрінде де жүргізуге болады.

Жедел медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы

ЖСН	Жын ысы	Қызмет көрсету уақыты	Күні	Айы	Жылы
Тегі	Шақ ыру себеб і				
Аты	Қайта № шығу бригадасының құрамы шақы ру	дәрігер (фельдшер I)			
Әкесі нің аты (болған н жағда йда)	Нәти же	фельдшер II (медбике)			
Жасы Жыл	1 -				
ы айы күні	диагн оз	Жүргізуші (водитель)Парамедик			
Үйіні ң меке нжай ы	Асқы ну, қосы мша	Жедел медициналық жәрдем бригадасына актив	№	Уақыты	
Жұм ы с орны	Басқа аурул ары	Учаскелік дәрігерге актив	тел.	қабылдады	
Қара лу, көме к көрс ту, аурух анаға жату дан бас тарту	Жара қат түрі		тел.	қабылдады	
Мен науқа с	Алко гольи	Шақыру бойынша қосымша ақпарат (ә жоқ			

ата-а
на?
қорға
ныш)

— —

қарал

у ,

көме

к

көрсө

ту,

аурух

анаға

жату

дан

бас

тарта

мын.

Жеде

л

жәрд

е м Жету

брига уақы Жеткізілді және тапсырылды

дасы ты

қызм

еткер

лерім

е н

мүмк

і н

болар

асқы

н у

мен

бас

тарту

дың

салда

р ы

турал

ы

ескер

тілді

м.

Қолы

—

Дабы

л

парақ
шаны
учаск
елік
дәріг
ер
қабы
лдад
ыНау
касты
ң
ТАӘ
(
ата-а
наны
ң,
қорға
нышт
ың)
колы

Мекемеге Уақыты

Науқасты қабылдаған маманның ТАӘ қолы

Брига

да
босау Сараптама бағасы
ы

Қаш Сара
ықтыптама
к (км) кезең
і

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Сара
пшы

Аға
дәріг
ер

Бөлім
ше
меңге
руш.

Бас
дәріг
ер.ор
ынб.І
шкі
бақы
лау
қызм
еті (
аудит
)
экспе
рті

Шағымы: _____

—

Осы аурудың анамнезі: _____

Өмір сыртартқысы: _____

Жалпы
жағдайы

Перку
торлы
дыбы
с:

жағындымен

Анық
өкпел
ік
Тұйы
қталғ
ан (

5

Етекк
і р
цикл
ы: Емдеу
бұзыл нәтиж
маған есі
бұзыл
ған ____

2

Сарғы
ш
көгіс (көк
ала)
қызғы
лт
құрға
қ
дымқ
ыл
таза
бөртп
е
гипос
таза

Везик
улярл
ық
пуэри
лдік
қатқы
л
әлсізд
енген
О С
бронх
ореял
ық

6

Тимп
анит
дабыл
ды
Қорпт
ы 2
Сіңір
рефле
кстері
:
қалып
ты екі
жақт
ы
төмен
деген
О С
Ж Т
жоғар
ылаға
н О С
Ж Т
жоқ

Іші:
жұмсақ,
ауырсынбайды,
ауырсынады,
керілген,
кеуіп тұр;
тыныс алуға
қатысуда (иә,жоқ)

Перифериял
ық ісіну

жақса
рдыөз
герісс
ізнаш
арлад
ы

123

Қанағ
аттан
арлық
орташ
а
нашар
агони
ялық
биоло
гиялы
к өлім

3456

Санас
ы

Жүрек - қан
тамыр.жүйес
і

3

Сыры
лы:
жок
Құрға
қ
Ылға
лды

7

Қозға
лу
сфера
сы:
парез
(
плеги
я)
О С
Ж Тет 3

Симптомдары:
Щеткин-Бл. + -
Ровзинга + -

Жоқ
ісіңкі
Жаты
р түбі

1234	1 Айқын емес 1,2 сопор кома 1,2,3 ессіз	1 , тұншыққан, тұнық	4 Шуылы : жөк Систолалық Диастолалық	Демік песі: жөк экспираторлы инспираторлы аралас	куаты жоғарылаған (төмендеген) О С Ж Т Ауру сезімталдығы төмендеген О С Ж	Ситковский + - Ортнер + -	123	----- биіктігі: ---- іскен : ---- овоидты ---- гелек ---- басқарылатын калыпты
Көңіл күйі	2 Жүйкесі:	8 ТБолевая чувствительность снижена П Л В Н	Жүйкесі:	8 ТБолевая чувствительность снижена П Л В Н	4 Афазия: моторлы сенсорлы, тоталды	Көк б.қалыпты см-ге ұлғайған қатты ауырсынады	ТАЖ	□ толғақты Ұрық орналасуы: бойлыққияш; □ көзде нең Келе жатқан бөлігі
12	3 Сабырлы қозған әлсіз, тежелген	1 Тамыр соғуы : Қанағаттанарлық Ырғақты Ырғақсыз	2 Толымды Толымсыз Жөк	1 Патологиясыз	9 Менингеалдық симптомдары: сірескен — Кернига (+-) Брудзинский (+-)	10 Несеп жыныс жүйесі	Пульс	ЖСЖ Несеп жүруі: калыпты дизурия
Көз қарашығы	Тыныс алу жүйесі	Көз ұясы: Парез	Аңқасы:	АҚҚо ССПО - + (О С) ССПО - + (П Л)				

Қалыпты миоз-мидриазжарыққа әсері: 1 жанды әлсіз жоқ анизокория D S	Көкіртек керілуінің күйі: қалыпты; төмен деген О Сдем алуы ауытқулы; жоқ	3	қылы О Скөлденең, тік ЧМН: 1234 птоз О Смұрын-ерін қатпары жазық;	Қалыпты Қызарған Ісіңкі Таңдай: ұлғайған., іркілдеп тұр; , іріндеп тұр	Оттегінің сатурациясы
Тері қабаты 1 физиологиялық физиологиялық бозғылт түсті	2 Тыныс алуының ауытқуы:	4	жұтыну бұзылған; тілі ауытқулы О Стөменгі еріннің салбырауы	Ас қорыту жүйесі:	
Status localis				Тілі: таза, ылғалды-құрғақ	Қан құрамындағы қант ммоль /л ммоль /л
Жедел жәрдем диагнозы				Диагностиканың аспаптық әдістері	Емдеу іс-шаралары: Ұсынымдар

Картаны толтырған: дәрігер (фельдшер) _____ (Қолы) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№110-1/е нысанды медициналық
құжаттама

Учаскелік дәрігерге жіберілетін дабыл парағы

МҰ көрсетіңіз (МҰ регистрінен):

1. Толтыру күні, уақыты
2. Науқастың жеке сәйкестендіру нөмірі/паспорт нөмірі
3. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
4. Туған күні

5. Диагнозы

6. Науқастың объективті көрсеткіштері (қан қысымы, жүрек соғу жиілігі, тыныс алу жиілігі, температурасы)

7. Үйінде қалдырылған науқасқа көрсетілген көмек

8. Ұсынымдар

9. Шығу бригадасының дәрігерінің/фельдшерінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 110-2/е нысанды
медициналық құжаттама

Мобильді санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы

Аймақ	РСАО	Өтінішті ң авиа	Ұшудың белгілен	Елді мекенге	Стацион арға	Стацион ардан	Елді мекенне	Стацион арға	Қайта оралу
ы қ	өтінішті	компани	Ұшудың	мекенге	Стацион	Стацион	Елді	Стацион	Қайта
өтінішті	ң келіп	яға	ген	ұшып	арға	ардан	н ұшып	келіп	оралу
ң келіп	түсу	тапсыры	уақыты	келі	келу	шығу	шығу	жету	уақыты
түсу	уақыты	лу	мен күні	уақыты	уақыты	уақыты	уақыты	уақыты	мен күні
уақыты	мен күні	уақыты	мен күні	мен күні	мен күні	мен күні	мен күні	мен күні	мен күні
мен күні		мен күні		мен күні		мен күні	мен күні	мен күні	

Штрих код _____

Пациенттің Т.А.Ә. (болған Жадел өтінім №
жағдайда)

Туған күні:

Жасы:

Жынысы Ә/Е (керекті астын
сызыңыз)ЖСН _____

Тұрғылықты мекенжайы

Диагнозы: 10-АХЖ коды

Закымдану жағдайы

Дәрігер Фельдшер

Стационарда қарау кезіндегі шағымдар:

Объективті мәліметтер: _____ Глазго шкаласыбойынша сана деңгей:

Status localis:

Шағымы: _____

Осы аурудың анамнезі: _____

Өмір сыртартқысы: _____

Жалпы жағдайы	3456	Сарғыш көгіс (көк ала) қызғылт құрғақ дымқыл таза бөртпе гипостаз а	5	Везикул ярлық пуэрилдік қатқыл әлсізденген ОС бронхор еялық	5	Перкуто рлыдыбыс : Анық өкпелік Тұйықта лған (немесе тұйық)Т импанит дабылды Қорпты Сіңір рефлекс тері: қалыпты екі жақты төменде ген ОС Ж Тжоғары лаған ОС Ж Тжоқ Қозғалу сферасы :парез (плегия) ОС Ж Тет қуаты жоғарыл аған (төменде ген)
123	Қанағатт ан арлық орташа нашараг ониялық биологи ялық өлім	Жүрек - қан тамыр. жүйесі	3	Сырылы : жоқ Құрғақ сухие Ылғалд ы	6	
1234	Айқын айқын емес 1,2 сопор кома 1,2,3ессі 3	1 Жүрек дыбысы: айқын, тұншық қан, тұнық 2 Шуылы: жоқ, систоли ческ, диастол ическ.,	4	Демікпе сі: жоқ экспират орлы инспира торлы аралас	7	8 Ауру сезім талдығы төменде ген ОС Ж Т
Көңіл күйі			Жүйке жүйесі:	1 Патолог иясыз	1	Афазия: моторлы

				9	сенсорлы, тоталды
12	Сабырлы қозған әлсіз, тежелген	3	Тамыр соғуы: Қанағаттанарлық Үрғақты Үрғақсыз Толымды Толымсыз Жок	2	Менингеалдық симптомдары: сірескен – – Кернига (+-) Брудзинский (+-) Менингеальн. симпт. Ригидность п. п.
	Көз қарашығы				Аңқасы:
			Тыныс алу жүйесі	3	Қалыпты Қызарған Ісіңкі Таңдай: ұлғайған: , іркілдеп тұр., іріңдеп тұр
1234	Қалыпты миоз-миодриазжарыққа әсері: жанды әлсіз жоқанизокория DS	1	Көкірек керілуінің күйі: қалыпты; төмендеген О Сдем алуы ауытқулы; жок	4	ЧМН:птоз ОС мұрын-ерін қатпары жазық; жұтынуы бұзылған; тілі ауытқулы О Стөменгі еріннің салбырауы
	Тері қабаты		Тынысын		Ас қорыту жүйесі:
12	физиолог. Түсті бозғылт	2	тыңдау: аускульт.:	1	Тілі: таза, ылғалды -құрғақ

Кестенің жалғасы

	жағындымен	Етеккір циклы: бұзылмаған бұзылған	Емдеу нәтижесі
2	Іші: жұмсақ, ауырсынбайды, ауырсынады, керілген, кеуіп тұр; тыныс алуға қатысуда (иә, жоқ)	2 Перифериялық ісіну	жақсарды өзгеріссіз нашарлад ы
3	Симптомдары: Щеткин-Бл. + - Ровзинга + - Ситковский + - Ортнер + -	123 Жоқ ісіңкі _____ _____ ----- -- іскен _____ _____ ---- <input type="checkbox"/> -----	Акушерс к и й статус Жатыр түбі биіктігі: _ _____ см. Іші: овоидты дөңгелек басқа Жатыр тонусы: қалыпты <input type="checkbox"/> толғақты Ұрық орналасу ы : бойлық қиғаш; көлденең Келе жатқан бөлігі _____ _____
4	Бауыры: К ө к қалыпты_ б.қалыпт _см-ге ысмге ұлғайған ұлғайған қатты қатты ауырсына ауырсы-н ды ады	ТАЖ t° C Пульс	
1	Несеп жыныс жүйесі Несеп жүруі: қалыпты дизурия__ _____ ССПО - + (О С) ССПО - + (П Л)	ЖСЖ А Қ Қ оңсол Оттегінің сатураци ясы	

Қ а н мمولь/л
құрамын-
дағы қант

ммоль/л

№ 110-2/е н. артқы беті

Медициналық қызметтер (Медицинские услуги)

телемедицина өткізілген/өткізілмеген:

өткізілген мекеме:

өткізген мамандар:

телемедицина қорытындысы:

Кон Гемодинамика көрсеткіштері

сул

ьта

ция

(

түз

ету

емд

еу), ТҚ

пац Ж Т PS

ЖСЖ

АҚ

Сатурац
ия

Қандағы қант

Қос

ым

ша

тек

сер

у

иен

тке

опе

рац

ия

жас

ау

Дей

ін

Кей

ін

Қорытынды: кеңес берілді, операция жасалды, орнында қалдырылды, тасымалданды (астын сызу).

Дәр

ігер

-

кең

есш

інің

диа

гно

зы:

Же

дел

мед

ици

нал

ыққ

өліг

інд

егі

шағ

Ұсынымдар

ым
дар
ы:

Тас Гемодинамика көрсеткіштері (Показатели гемодинамики)

Ұшу кезіндегі
шағымдары

алд
ау
кезі
нде
пац
иен

тті ТҚ Ж Т PS ЖС АҚ Сатурация Қандағы қант
дин Ж

ами
кал
ық
бақ
ыла
у:

1
сағ
ат

2
сағ
ат

3
сағ
ат

4
сағ
ат

Уақ

ыт Медициналық мәндегі бұйымдар және мөлшері

ы

1
сағ
ат

2
сағ
ат

3
сағ
ат

4
сағ
ат

Тасымалдау әдісі: Жеңіл арбада

Зембілмен

Қолмен

Медицинское оборудование

Пациент тасымалдауды сезінді: жақсы, қанағаттанарлық, нашар, қайтыс болды (астын сызу)

Күні _____ Уақыты _____ науқасты медициналық ұйымның(МҰ)
_____ қабылдау бөліміне немесе жедел жәрдем

бригадасына табыстады.

Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә
(болған жағдайда). _____

_____ Код _____

____ Қолы:

МҰ немесе жедел медициналық көмекбригадасының қабылдаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда). _____

_____ Қолы:

Пациент тасымалданды _____

Медициналық
ұйымның атауы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 114/е нысанды
медициналық құжаттама

Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе
парағы №

ЖСН

Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

Туылған күні

әкетілді

Жедел жәрдем жолдаған кездегі диагнозы

Жеткізілді

Қабылданған шақырту бойынша:

емхана жолдағандағы диагнозы

Қабылдау бөлімшесінің диагнозы

Дәрігер Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

Фельдшер 1 Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

Фельдшер 2 Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 114/е нысанды медициналық
құжаттама

Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас
ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына
жіберіледі) №

ЖСН

Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

Туылған күні

әкетілді

Фельдшер 1 Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

Фельдшер 2 Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

Фельдшер Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

емхана жолдағандағы диагнозы

Қабылдау бөлімшесінің диагнозы

Қорытынды диагноз

Ота күні мен уақыты

Амбулаторлы неше күн өткізді

Немен аяқталды

Жедел жәрдем қызметкерлерінің ескертулері

Басқа ескертулер

Санитарлық авиация бөлімінің
(сырқатнамасына тігіледі) ілеспе
парағына қосымша парақ

Санитарлық авиацияның ілеспе парағы (сырқатнамасына тігіледі) №

ЖСН

Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

Туылған күні

әкетілді

Тұрғылықты мекенжайы

Бағыттап отырған стационардың диагнозы Жарақаттану жағдайы

Қай жерден жеткізілді

Қай жерге жеткізілді

Көрсетілген көмек

Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы

АҚ, ЖСЖ, ТҚЖ, PS, T

Сатурация

Жеткізілді

Пациентті жеткізген дәрігердің Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда),
Идентификаторы

САОМБ құрамы

Санитарлық авиация
бөлімінің ілеспе парағына
қосымша парақ

Санитарлық авиацияның ілеспе парағына талон (науқас ауруханадан шыққаннан
немесе қайтыс болғаннан кейін санитарлық авиацияға жіберіледі) №

ЖСН

Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

Туылған күні

әкетілді

Тұрғылықты мекенжайы

Бағыттап отырған стационардың диагнозы

Жарақаттану жағдайы

Қай жерден жеткізілді

Қай жерге жеткізілді

Көрсетілген көмек

Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы

АҚ

, ЖСЖ

, ТҚЖ

,
PS

, T

Сатурация

Жеткізілді

Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда). Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

САОМБ құрамы

Қорытынды диагноз

Операция

Аурудың арты

Шыққан (қайтыс болу) күні

Емдеген дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда), Идентификаторы

Емдеу ұйымының ескертулері (санитариялық авиация бригадасының қызмет көрсету кемшіліктерін көрсетіңіз

Жаңа туған нәрестені
тасымалдаудың қосымша
парағы

Жаңа туған нәрестені тасымалдау протоколы

Туған күні

Гестациялық мерзімі

Постменструальды жасы

Жасы

Туған мезгіліндегі салмағы

Қазіргі салмағы

Нәресте жынысы

е

ә

Нәрестені көшіру себебі

Тасымалдау ұзақтығы

Анасының диагнозы наименование код

Жаңа туған нәресте диагнозы наименование код

Тасымалдау кезіндегі респираторлы көмек түрі

CPAP

IMV

Оттегі

Жолдап жатқан мекемедегі нәрестенің негізгі тіршілік көрсеткіштері

Жүректің жиырылу жиілігі

Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері:



PIP



peep



Ti



Rate



FiO2

Орташа қан қысымы

Дене қызуы 0С

Сатурациясы %

Қанның қанты

Қанның газдық құрамы рН/рСО2/рО2/НСО3/ВЕ

Тасымалдау кезіндегі нәрестенің хал жағдайы

Уақыт

Жүректің жиырылу жиілігі

Тыныс алу жиілігі

Орташа қан қысым

Среднее артериальное давление

Дене қызуы 0С

Сатурациясы %

Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері:



PIP



реер



Ti



Rate



FiO2

Қанның газдық құрамы рН/рСО2/рО2/НСО3/ВЕ

Тәуліктік сұйықтыққа мұқтаждылығы Мл/кг/тәу

Инфузия жылдамдығы Мл/сағ

Дәрі-дәрмек атауы/уақыт

Санация



иә



жоқ

Тамақтануы (мл)

Диурез (мл)

Үлкен дәреті



иә



жоқ

Тасымалдауда алған толық сұйықтық көлемі мл

Диурез жылдамдығы Мл/кг/сағ
Нәрестеге комфорт дәрежесін бағалау:

Мазасыз

Белсенді

Медициналық ұйқы

Ұйқылы

Седативті және паралитикалық дәрілерді қолдану:

Алды

иә

жоқ

Дәрі дәрмек аты

Дозасы

Ата-анасына нәрестенің тасымалдауы туралы толық мәлімет берілді

иә

жоқ

Егерде алмаса, онда неге?

Дәрігер аты жөні Фамилия Имя Отчество Идентификатор
Мейірбикенің аты жөні Фамилия Имя Отчество Идентификатор

Тасымалдау күні, уақыты

Қабылдап жатқан мекемедегі нәрестенің негізгі тіршілік көрсеткіштері

Жүректің жиырылу жиілігі

Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері:



PIP



peep



Ti



Rate



FiO2

Орташа қан қысымы

Дене қызуы 0С

Сатурациясы %

Қанның қанты

Қанның газдық құрамы рН/рСО2/рО2/НСО3/ВЕ

№ 114/е "Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі)
ілеспе парағы" нысанының қысқартылымдары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	t0	Дене температурасы
3	АҚ	Артериалық қысым
4	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі

5	САОМБ	Санитарлы авиация орталығының мобильді бригадасы
6	АХЖ-10	Аурулардың халықаралық жіктемесінің 10-шы қаралымы
7	МҰ	Медициналық ұйым
8	PS	Пульс
9	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
10	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
11	ЖСЖ	Жүрек соғу жиілігі

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 117/е нысанды медициналық
құжаттама

Медициналық көмек көрсету жедел жәрдем нысанының шақыртулардың кабылдануын тіркеу журналы

Р/с №	Шақыртудың күні мен уақыты	Кім және қайдан шақырды	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (ЖСН болған жағдайда)	Диагнозы немесе шақырту себебі	Науқас қайда орналасқан			
1	2	3	4	5	6			
				№ 117/е н. артқы беті				
Бригада консультанттар жүрген тұлғалар	құрамы, немесе бірге	Авиаком панияның атауы, әуе-көлік түрі	Шұғыл өтінім берілу күні мен уақыты	Ұшып кету уақыты	Ұшып келу уақыты	Медицин алық қызметте р түрлері	Шұғыл өтінімді қайтару себебі	Кезекші аға дәрігер
Тегі, аты(болған жағдайда)	лауазымы, мамандығы, МҰ							
7	8	9	10	11	12	13	15	16

№ 117/е "Медициналық көмек көрсету жедел жәрдем нысанының шақыртулардың кабылдануын тіркеу журналы" нысанының қысқартылымдары:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	МҰ	Медициналық ұйым
3	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 118/е нысанды
медициналық құжаттама

Санитариялық ұшуға тапсырма

№ _____ 20 _____ ЖЫЛҒЫ " _____ "

_____ сағ. _____ мин. _____

Әуе көлігінің командирі _____

— Әуе компанияның аты _____

— Әуе көлігінің түрі, типі, борттық № _____

— Ұшу мақсаты _____

Ұшу бағдары	Ұшу пункті	Қону пункті	Медициналық қызметкердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)		Пациентінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)								
			3	4	3	4							
1	2												

Ескертпе _____

— М.О.
Санитариялық авиация қызметінің басшысы (үйлестірушісі) _____ тегін

анық жазыңыз

Қол _____

№ 118/е н. артқы беті

Өтінімді орындау туралы ұшқыштың мәліметтері
№ _____ Әуе көлігінің типі, _____
борттық № _____

Күні	Ұшудың іс-жүзіндегі бағдары		Жолаушылар саны	Уақыты		Ұшқан сағаты		Жердегі уақыты		Қону пунктіндегі тұрған уақыты		Қанша километр өткені		
	Ұшудың іс-жүзіндегі бағдары	Ұшудың іс-жүзіндегі бағдары		Ұшып шығу	Келу (прилета)	Ұшқан сағаты	Жердегі уақыты	Қону пунктіндегі тұрған уақыты						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

ИТОГО:

Ұшқыш Т.А.Ә қолы (болған жағдайда) _____ Қолы _____

— Әуе көлігін пайдаланған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы:

САОМБ: Науқас: Ілесуші:

Пациентті сүйемелдеуші тұлға туралы мәлімет Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Әуе көлігі командирінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____ Қолы _____

Ескерту: қосымша аэродромда күту. ӘКК ұшу бойынша ескертулер

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 118-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Дереву (иә/жоқ)

№ __ Оралымды мәлімдеме 20__ ж. "___" _____

Тапсырыс беруші: _____

(ұйымның, министрліктің, ведомство атауы)

Пайдаланушы: _____

(авиакомпания атауы)

Ұшу мақсаты _____

(транспорттау, операция жасау, кеңес беру, донорлық органдарды тасымалдау)

Әуе кемесінің түрі _____

Ұшып кету уақыты _____

(күні, ұшып кету уақыты (Астана уақытымен))

Әуе кемесінің маршруты және жүктемесі бойынша ұшу кезеңдері:

Жөнелту әуежайы	Келу әуежайы	Жүктеу (Загрузка)	Тасымалдау тәсілі (отырып келу, жатып келу, колда, кувездің ішінде)
САОМБ қызметкерлерінің саны	Пациенттердің саны	Алып жүрушілер саны	

Жедел өтінімді алу/бас тарту туралы ақпарат:

Жедел өтінімді алған күні мен уақыты _____
Жедел өтінім орындауға қабылданды

Жедел өтінім орындауға қабылданбады. Бас тарту себебі:

Ауысымның аға дәрігері: _____
_____ (қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда).) М.О.

"Пайдаланушы" өкілі: _____
_____ (қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда) (болған жағдайда), лауазымы) М.О.

Тапсырыс берушінің жедел өтінімді жою бойынша ақпарат:

ЖӨ жою уақыты ЖӨ жою себебі ЖӨ жою туралы қосымша ақпарат Ауысымның аға дәрігерінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда).

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 121/е нысанды медициналық
құжаттама

Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы
20__ жыл _____ бойынша

Р/с №	Түскен күні	Баланың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	Туған күні (жылы, күні, айы)	Жіберу себебі	Балалар үйіне қандай құжаттармен жіберілді	Баланың туыстарының (әкесінің, анасының, басқа жақын туыстарының, қамқоршының) тегі, аты, Әкесінің аты (болған жағдайда), және мекенжайы	Қайда ауыстырылды, балалар үйінен баланы кім қабылдап алды		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
		Баланың ауыстырылған немесе шыққан күні	Бала қандай болғаны	қандай шықты және қабылдаған адамның қолхаты	Баланы балалар үйінен кім шығарды	Шығарған адамның қолы	Қайтыс болған жағдайдағы белгілер (қайтыс болған күні және қайда екенін көрсету керек: ауруханада, балалар үйінде)		
11		12	13		14		15	16	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 270-3/е нысанды
медициналық құжаттама

АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын, АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы Жолдамалар нәтижесінен келесі жолдардан құралады, бірақ шектелмейді:

1. Жүктінің жеке сәйкестендіру нөмірі

2. Жүктінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
3. Туған күні
4. Тұрғылықты мекенжайы
5. АИТВ анықтылғын күні
6. Жүктіліктің анықталған күні
7. Қауіп тобына қатынасы
8. Диагнозы
9. Жүктілік немен аяқталды
10. Нәрестенің ЖСН
11. Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
12. Толық клиникалық диагнозы
13. Профилактикалық емдеу, тамақтандыру
14. Зерттеулер нәтижелері
15. Емделуі
16. Динамикалық бақылаудан шығару күні
17. АИТВ жұқтырғандар тобына ауыстырылған күні
18. Қайтыс болған күні

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 271/е нысанды медициналық
құжаттама

Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу журналы

Басталды "___" _____ ж.

Аяқталды "___" _____ ж.

P/c №	Тегі, аты, әкесінің аты (ЖСН болған жағдайда)		Қан алу күні	Талдау өткізілген күн	Тест-жүйе сінің түрі, сериясы	Нәтиже	Ескерту
	2	3					
1			4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 275/е нысанды медициналық
құжаттама

АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен құпия әңгімелесу парағы

Мен, _____

ТАӘ (болған жағдайда)

ЖСН _____

Туған күні _____

тұратын мекенжайым _____

дәрігердің хабарлағанын өз қолыммен растаймын _____

дәрігердің ТАӘ (болған жағдайда) _____

облыстық (қалалық) ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес орталығының дәрігері АИТВ-инфекциясын жұқтырғаным (ЖИТС-пен ауратыным) туралы хабарлағанын жазбаша түрде растаймын.

Қазақстан Республикасының күшіндегі заңдары бойынша АИТВ-инфекциясын таратқаны үшін жүктелетін қылмыстық жауапкершілік туралы ескертілдім.

АИТВ-инфекциясының басқа адамдарға жұғу жолдары туралы, жеке қорғаныш құралдарын пайдалану қажеттілігі туралы, қорғану АИТВ-сырқатымен ауыратыным туралы жыныстық серіктеріме, вена арқылы есірткі қабылдайтын серіктеріме, медициналық жәрдем алуға келгенде медицина қызметкерлеріне хабарлауым міндетті екендігі, маған донор болуға өмір бойы тыйым салынғаны туралы ескертілдім.

Диспансерлік бақылау және облыстық (қалалық) ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес орталығында медициналық көмек алу тәртібімен таныстым.

Мен менің персоналдық деректерімді электрондық ақпараттық ресурстарға енгізуге келісемін ("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексінің 62-бабы).

Күні _____

АИТВ инфекциясын жұқтырған адамның қолы _____

Емдеуші дәрігердің қолы _____

№ 275/е "АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен құпия әңгімелесу парағы":

1	АИТВ	Адамның иммундық тапшылық вирусы
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі

3	ЖИТС	Жүре пайда болған иммундық тапшылық синдромы
4	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____ № __ бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық күжаттама

Бракераждық журналы

Басталуы " __ " _____ 20__ ж.

Аяқталуы " __ " _____ 20__ ж.

Бракераж туралы ақпаратты қабылдауға және жіберуге жауапты қызметкерлердің қолдарының сәйкестендіргіші

Күні Қызметкердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Қолы

Р/с №	ЖИТС зертханасындағы тіркеу №	Түскен жылы, айы, күні	Материалды алып келген мекеменің атауы	Бракераж дау себебі	Қабылданған шаралар	Бракераж туралы ақпарат алған қызметшінің аты және қолы (болған жағдайда)	Дәрігер-лаборанттың/сапа жөніндегі менеджердің қолы
1	2	3	4	5	6	7	8

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 5-қосымша

Медициналық ұйымдарының құрамындағы зертханалардың медициналық есеп күжаттамасы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 201/е нысанды медициналық
күжаттама

Жолдама № зертханалық зерттеу қызметтері/консультациялық қызметтер үшін / басқа ауруханаға жатқызу үшін

1. ЖСН / паспорт нөмірі

2. Т.А.Ә. (болған жағдайда)

3. Туылған күні

4. Жынысы

5. Азаматтығы

6. Тұрғыны



қала



ауыл

7. Тұрғылықты мекенжайы

Жеке телефон нөмірі

8. Диагноз

9. Жодаған МҰ атауы (МҰ регистрінен)

10. Кім жолдады Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

11. Жолданған күні

12. Төлем бойынша санат

Эпидемиологиялық жағдайды анықтау үшін зерттеуге жіберілген кезде толтырылатын жолдар:

13. Жұмыс/ оқу/ балара мекемесінің орыны

14. Лауазымы (тек медицина қызметкерлері мен медициналық жоғары оқу орындарының студенттері үшін)

15. Әлеуметтік санаты

Жолдамаға 1 қосымша парак

Текқана зертханалық және диагностикалық зерттеулерге немесе мамандардың кеңесіне жолданғанда толтырылатын арнайы бөлігі:

1. Қызмет түрі

2. Бастапқы үлгідегі түрі (егер қажет болған жағдайда)

3. Тексеру (егер қажет болған жағдайда)



первичное



повторное

4. Зерттеп-қарауға тапсырыс (егер қажет болған жағдайда:



жоспарлы



жедел

5. Ескерту

6. Үлгі (егер қажет болған жағдайда)

7. № 4 нысаны бойынша зерттеу коды (егер қажет болған жағдайда)

8. Үлгілерді алу күні, жинау уақыты

9. Үлгілерді зертханаға жолдау уақыты мен күні

Қазақстандық дерматология және жұқпалы аурулар ғылыми орталығы және Ұлттық фтизиопульмонология ғылыми орталығы толтырады:

1. АҚТҚ-жұқпасының белгілері үшін қан үлгілерін жеке зерттеуге жүгінген кезде пациенттің негізделген келісімін алу қажет:

Мен, _____

_____ кеңес беруге және тестілеуге және менің жеке мәліметтерімнің электронды ақпараттық ресурстарға қосылуына келісемін (Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі №360-VI ҚРЗ Денсаулық сақтау жүйесі туралы және адамдардың денсаулығы туралы кодексінің 62-бабы).

Толтырған күні мен уақыты

Қолы

2. Қажеттілігіне байланысты, тізімдік жолдама жазуға болады.

Келесі жолдар жолдамада бағыт сипатын нақтылау үшін оларды іске асыру қажет болғанда ғана толтырылады:

1. Типтеу әдісі (трансфузия кезінде толтырылады)

2. Үлгі алу орны (цитологиялық зерттеулер кезінде толтырылады)

3. Зерттелу көрсеткіштері (микробиологиялық зерттеулер кезінде толтырылады)

4. Патологиялық және гистологиялық зерттеулер қызметтерін таңдау кезінде қолданылады:

4.1 Бөлімше

4.2 Биопсия

4.3 Қауталанбалы биопсия кезінде біріншілікті № және алу уақытын көрсету қажет

4.4 Отаның түрі мен уақыты Код МКБ

4.5 Материалды таңбалау, нысандардың саны

4.6 Клиникалық ақпарат:

Аурудың ұзақтығы, өткізілген ем, ісіктермен – дәл орналасқан жері, өсу қарқыны, мөлшері, құрылымы, қоршаған тіндерге қатынасы, метастаздары, басқа ісік түйіндерінің болуы, арнайы емдеу, лимфа түйіндерін зерттеуде - қан талдамасын жазу, эндометрияның тыртықтары, сүт бездері - соңғы қалыпты етеккірдің басы мен соңы, етеккір қызметінің бұзылуы, қан кетудің басталу күні

5. CD-4, CD-8 үшін қан тестілеу қызметтерінің таңдау кезінде қолданылады:

5.1 Иммуноблоттың номері

5.2 Вирусқа қарсы емнің басталған уақыты

6. Патологиялық материалды туберкулезге бактериологиялық зерттеу кезінде қолданылады:

6.1 Жіктелуі:

6.2 Зерттеуге жіберілу себептері:

6.3 Ем мерзімі (ай)

6.5 Қақырық алынған күні:

6.5 Науқастың типі

6.6 Категориясы

□

I

□

IV

Жолдамаға 2 қосымша парақ

Басқа емханаға жатқызу үшін жолдаманы қалыптастыру үшін арнайы бөлім:

Науқас жолданған емхананың атауы (МҰ регистрінен)

Науқастың медициналық картасының №

№ 201/е "Жолдама" нысананың қысқартылымдары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МҰ	Медициналық ұйым
4	ТҒЗӨО	Трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығы
5	ҚР	Қазақстан Республикасы
6	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 202/е нысанды медициналық
құжаттама

Нәтиже № зертханалық/диагностикалық зерттеу қызметтері / консультациялық қызметтер үшін

1. Нәтижелерді берген зертхананың атауы және байланыс деректері (МҰ регистрінен)

2. ЖСН/паспорт нөмірі
3. Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)
4. Туылған күні
5. Жынысы
6. Азаматтығы
7. Тұрғыны



қала



ауыл

8. Тұрғылықты мекенжайы
9. Жодаған МҰ атауы (МҰ регистрінен)
10. Кім жолдады Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID
11. Лауазымы
12. Лабораторияға үлгіні алу күні мен уақыты
13. Бастапқы үлгідегі жинау уақыты және күні (қажет болған жағдайда)
14. Бастапқы үлгідегі түрі (егер қажет болған жағдайда)
15. Аяқталған зерттеулер тізімі, аяқталу күні мен уақыты, нәтижелері

(сандық нәтижелер үшін, референттік интервалдар және клиникалық шешімдер қабылдаудың мәндері, диагностикалық зерттеулердің сипаттамасы, консультациялардың нәтижесі):

Результат. (қажеті бойынша қосымша жолдар қосылады)

16. Нәтижелерді немесе қорытындыны түсіндіру (қажет болған жағдайда)

17. Пікірлер (үлгілердің сапасына қатысты пікірлер, зерттеу рәсімдерін орындаудағы ауытқулар)

18. Зерттеуді жасағандардың Т.А.Ә. (болған жағдайда)

19. Зерттеу туралы есепті қалыптастырудың күні мен уақыты
 20. Беттердің жалпы санының бет нөмірі (мысалы, 1-і 3ден, 2-і 3 ден)
 № 202/е "Нәтиже" нысананың қысқартылымдары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МҰ	Медициналық ұйым
4	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ №__ бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама

Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері № _____

20__ жылғы "___" _____

биоматериал алынған күн

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____

Туған күні _____

Ұйым _____ бөлімше _____

палата _____ учаске _____

медициналық карта № _____

Зерттегенде _____

қандай материал – көрсетіңіз

Микроорганизмдердің атауы

Ажыратылды

1

2

Микроорганизмдердің* сезімталдығы

Препаратта

рдың аты,

олардың

ЕПҰ-да

болуын

есепке ала

отырып

Антибиотиктер

Пенициллин

Метицилли

н

Нық

Нық емес

Сезімтал

МИҚ
мкг/мл

Нық

Нық емес

Сезімтал

Оксациллин
Диклоксациллин
Ампициллин
Карбенициллин
Эритромицин
Олеандомицин
Линкомицин
Ристомицин
Рифамицин
Левомецетин
Тетрациклин
Стрептомицин
Канамицин
Мономицин
Гентамицин
Неомицин
Полимиксин
Цепорин
Цефалоспориин

Микроорганизмдердің* сезімталдығы

1

2

Сульфаниламидтер
Сульфадиметоксин
Норсульфазол
Нитрофурандар
Фуразолин
Фурацилин
Фурадонин
Фурагин
Фуразолидон
Перти
Норбактин
Фторхинолондар
Басқалар

Микроорганизмдер ассоциациясы
сезімталдығы

3

4

МИҚ мкг/мл Нық Нық емес Сезімтал МИҚ мкг/мл Нық Нық емес Сезімтал МИҚ мкг/мл

20__ жылғы Қолы _____

*Нәтижелерді белгілеу: дискілер әдісін қолданғанда – "+" белгісімен, сұйылту әдісін қолданғанда- минимальды ингибирлеу (тоқтату) концентрациясы (мкг/мл)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 240-4/е нысанды
медициналық құжаттама

Бдыстар мен қоректік орталарды бақылау журналы

Күні	Заттардың атауы	Нәтиже	Қолы
1	2	3	4

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 240-5/е нысанды
медициналық құжаттама

Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің Жұмыс журналы

Күні	Тіркеу №	Өнімнің, сынаманың атауы	Мезофил және факультатив анаэробты микроорганизімдер	Титр E.coli	Протей титрі
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы

Сальмонелла аға, шигеллаға зерттеу	Стафилакоккка зерттеу	Энтерококкқа зерттеу	Сегеус-ке зерттеу	Анаэробтар	Биосынама	Нәтиже	Күні, қолы
7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 240-6/е нысанды
медициналық құжаттама

Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы

Тегі, аты,
әкесінің
аты (

Өсу сипаты

Күні	болған жағдайда) Ф.И.О. (болған жағдайда)	ЖСН	Бөлімше	Зерттелу материалы	Чистовичт ің	Эндо	Қан ағары	Рессель микроскопиясы
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Лактоза	Глюкоза	Сахароза	H2S	Несепнәр	Маннит	Индол	Қозғалғыш-тығы	Симонс	Донила	А/б-ге сезімталдығын зерттеу нәтижесі	Аяқтау күні, қолы
Плазма	Чистовичтің	Манинит	Глицерин	Стерильді сүт	Агар үйірі	Тұзды сорпа	Өтті сорпа	Қантты сорпа	Ацетат ортасы		
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 240-8/е нысанды
медициналық құжаттама

Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы

Күні	Тіркеу № Регистрационный №	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Мекен жайы, жұмыс орны	ЖСН	Диагнозы/	Ауырған күні	Кім әкелді К е м доставлен	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Себулер	Микроскопия	Ұқсастыру тесттері	Талдау аяқталған күн	Қолы
I	II	III	IV	V
9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 240-10/е нысанды
медициналық құжаттама

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің есептік нысаны

1. Күні мен уақыты
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі
3. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
4. Туған күні
5. Жынысы
6. Өтеу түрі

7. Бөлімшенің идентификаторы (МҰ құрылымында зертханаға қолдануға болады)

8. Амбулаториядағы немесе стационардағы медициналық картасының нөмірі (МҰ құрылымында зертханаға қолдануға болады)

9. Жолдаған МҰ идентификаторы (МҰ құрылымына кірмейтін зертханаға қолдануға болады)

10. Жолдама №

11. Материалдың түскен күні

12. Диагнозы

13. Зерттелінетін материал

14. Қызмет көрсету категориясы

15. Қызмет атауы

16. Зерттеуді орындаған қызметкердің ID

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 240-12/е нысанды
медициналық құжаттама

Микробиологиялық зерттеулердің жуындысын тіркеу журналы

Р/с №	Алыну күні	Жинау орны	Зерттеу мақсаты	Зерттеу нәтижесі				Нәтижелер берілген күн	Зерттеу жүргізген адамның идентификаторы
				Ішек таяқшалары тобының бактериясы	Алтын стафилококк	Шартты түрде патогенді флора	Патогенді микрофлора		
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11

Ескертпе. Медициналық ақпараттық жүйе болған жағдайда, нысан электрондық түрде жүргізіледі

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 240-14/е нысанды
медициналық құжаттама

Уытты күл дақылын қайта себу журналы

Себу күні	Колониялар сипаты	Морфология	Уреаза	Цистиназа	Крахмал	Глюкоза	Сахароза	Уыттылығы	Түрі	Күні
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 250-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Алғашқы сынамалар қозғалысының журналы

(талдаулардың аты)

20 ____ жылғы " ____ " _____ басталды 20 ____ жылғы " ____ " _____

аяқталды

Биоматериалды қабылдауға және тапсыруға жауапты қызметкерлердың қолының сәйкестендіргіші

Күні	Қызметкердің аты (болған жағдайда)	Тегі	Аты	Әкесінің аты	Қолы	Артқы жақ		
Биосынаманың қозғалысы								
Нақты тапсырылған биоматериал саны								
М О атауы	Күні	Б/Х	МНО	гормон	НbA1c	Гепатит тақроли циклоsporин	Қан тобы/а-ти	микрореакция

Кестенің жалғасы

Биосынаманың қозғалысы						Сәйкес			
Нақты тапсырылған биоматериал саны			Тапсырды	қабылдады		сіздік			
КЖТ	НЖТ	Кал, қырынд ы	Тазалық деңгейі	Онкоцит гия	тегі	Время	Қолы	Время	Қолы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 250-2/е нысанды
медициналық құжаттама

Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы

(талдаулардың аты)

20 ____ жылғы " ____ " _____ басталды 20 ____ жылғы " ____ " _____

аяқталды

Журнал сәйкессіздіктерді тіркеу мен жазуға арналған

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердың қолының сәйкестендіргіші

Күні	Қызметкердің аты (болған жағдайда)	Тегі	Аты	Әкесінің аты	Қолы	Артқы жақ
№	Сәйкессіздікті анықтау күні	Сәйкессіздік	Сәйкессіздікті жою бойынша тез арадағы әрекеттер	Қабылданған түзету шаралары	Қабылданған шаралардың тиімділігін бағалау және нәтижесі	

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 250-3/е нысанды
медициналық
құжаттама

Дабылды – сыни шамаларды анықтау және жіберу журналы

_____ (талдаулардың аты)
20__ жылғы "___" _____ басталды 20__ жылғы "___" _____

аяқталды

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердің қолының сәйкестендіргіші

Күні Қызметкердің Т.А.Ә (болған Қолы
жағдайда)

Артқы жақ/Обратная сторона

Р.с. №	Күні	Пациенттің Тегі, аты, әкесінің аты болған жағдайда) (инициалдары)	сәйкестендіру номері	Жолдаған мед. ұйым	Дабылды -сыни мәні /	Дабылды -сыни мәндерді анықтау уақыты	Дабылды -сыни мәндерді тапсыру уақыты	Ақпаратты берген қызметкердің қолы	Хабарламаны қабылдаған қызметкердің Тегі, аты, әкесінің аты болған жағдайда) (аты-жөні, қолы телефонмен жіберу кезінде Тегі, аты, әкесінің аты болған жағдайда, инициалдары, телефон нөмірі) /
--------	------	--	----------------------	--------------------	----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2020 жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 253/е нысанды медициналық
құжаттама

Микробиологиялық зеттеулердің жұмыс журналы

20__ жылғы " __ " _____ басталды 20__ жылғы " __ " _____ аяқталды

"Тіркеу нөмірі" атты 3-бағанда тіркеу журналындағы талдаулар нөмірі көшіріп жазылады. Талдау бар кезеңде бір нөмірмен жүргізіледі.

"Ортаның атауы және өсу сипаттамасы" атты 8-бағанда зерттелуші материал себілген тығыз қоректік ортаның атын және күдікті колониялардың бар- жоғын көрсетеді. Әр орта үшін жеке горизонталды жол пайдаланылады.

"Ұқастыру тесттері" атты 11-18-бағандар микроорганизмдердің биологиялық қасиеттерін (ферменттік белсенділік, антигендік құрылымы, уыттылығы және басқа қасиеттерін) сипаттау үшін қолданылады.

Углеводтардың ажырауын келесі белгілермен белгілеу ұсынылады: ҚГ – қышқыл мен газ пайда болуы; Қ – газсыз, қышқыл ғана пайда болуы; - - ажыраудың болмауы.

Басқа заттарға қатысты ферменттік белсенділігі, сонымен қатар индол мен күкіртсутегі пайда болуын (+) реакция оң; (-) реакция теріс белгілерімен белгілеген жөн.

"Зерттеу нәтижесі" атты 20 бағанда ажыратып алынған микроорганизмдер мен жаппай тарауын көрсетіңіз.

Материалды жинау әдістері мен зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТҚ атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі.:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Күні	Р/с №	Тіркеу №	Тексерілушінің туған күні Тегі, а т ы , әкесінің аты (болған жағдайда)	ЖСН	Тексерілушінің жұмыс орны, мекенжайы	Стационар, бөлімше, контингент	Ортаның атауы және ө с у сипаттамасы
1	2	3	4	5	6	7	8

Зерттеу летін колониялар ялар саны	Микро скопия	Сәйкестендіру тесттері	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
													Сероти птеу	Зерттеу нәтиже сі	Зерттеу ан күн. Зерттеу жүргізіл е н адамн ы ң колы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 253-2/е нысанды
медициналық құжаттама

Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы
20__ жылғы "___" _____ басталды 20__ жылғы "___" _____
аяқталды

1. Сапаны бақылау бөлімшесінде немесе өнімнің сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

Сынамаларды алу күні, уақыты	Тіркеу нөмірі	Сынаманы алған ұйым, және әдісі	Сынамалар нөмірі	Экспо Жібер Колон Қорек зияция ілген иялар ортал сы, ауаны дың арның жылд ң жалп атауы амдығ көлем ы ы і саны	5	6	7	8
1	2	3	4					
Мыналар зерттеледі:		Зерттеу нәтижелері						
		1 м 3 микрооргани змдер саны	Басқа микрооргани змдер	Зерттеу аяқталған күні. Зерттеу жүргізген адамның қолы, Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)				
Стафилококктар	Басқа микрооргани змдер	Жалп түстес ы стафи локок к	Алты н					
9	10	11	12	13	14	15	16	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 256/е нысанды медициналық
құжаттама

Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 20__ жылғы "___" _____
 № _____ бұйрығымен бекітілген
 № 258/е нысанды медициналық
 құжаттама

Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы
 басталды аяқталды

Үлгілерді іріктеу мен оларды зертханалық зерттеу келесі нормативтік техникалық құжаттарға (НТҚ) сәйкес жүргізіледі:

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

Күні	Р/с №	Тірк еу № неме се преп арат сери ясы	Зерт теле тін мате риал	Ұйы м, мате риал алу орны	Мат ериа лды өнде у және себу күні	Зерттеу	Ауа бар жағдай	Ауа жоқ жағдайда	Саң ырау кұла қтар мен зенд ер	Зерт теу нәти желе рі	Зерт теуді жүрг ізген адам ның иден тифи като ры						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 20__ жылғы "___" _____
 № _____ бұйрығымен бекітілген
 № 259/е нысанды медициналық
 құжаттама

Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы
 20__ жылғы "___" _____ басталды
 20__ жылғы "___" _____ аяқталды

зерттеудің атын жазыңыз

Үлгілерді іріктеп алу әдістері, материал жинау және зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Күні	Тіркеу нөмірі	Тегі, аты, әкесінің аты, (болған жағдайда) медициналық карта №	ЖСН	Ұйым, бөлімше, палата	Зерттеулер нәтижелері			Результаты
					МРП үшін кардиолип индік антиген	РСК үшін кардиолип индік антиген	Трепонемдік антиген	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Зерттеулер нәтижелері Результаты исследований								Зерттеу аяқталған күн
1: 50	1: 100	1: 200	1: 400	1: 800	1: 1600	1: 3200		Зерттеу жүргізген адамның қолы
10	11	12	13	14	15	16	17	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 261/е нысанды медициналық
құжаттама

Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы

20 жылғы _____ үшін

Зертханашы дәрігер (медзертханашы) _____

Р/с № аты	Тал дау аты																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Кестенің жалғасы

Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны																	Барлығы ай бойы		
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31								

Күнделікті жұмысты есепке алу парағын зертханашы дәрігер (медзертханашы) толтырады және орындалған зерттеулер саны туралы деректі зертханада орындалған

талдаулар санын есепке алу журналына жазу үшін зертхана меңгерушісіне өткізеді (№ 262/е нысан)

Зертханашы дәрігер (медзертханашы)

№ 261/е н. артқы беті

Талдау	Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны																		
Р/с №	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Кестенің жалғасы

Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны													Барлығы ай бойы
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 262/е нысанды медициналық
құжаттама

Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу жұмыс журналы

20__ жылғы "___" _____ басталды

20__ жылғы "___" _____ аяқталды

1. Зертханада орындалған талдаулар санын есептеу журналын зертхана меңгерушісі жүргізеді.

2. "Талдау аты" бағанының жолдары "Зертханалық талдаулардың негізгі түрлерінің номенклатурасының" бөлімдеріне сәйкес: I – жалпы клиникалық талдаулар, II-гематологиялық, III-цитологиялық, IV-биохимиялық, V-микробиологиялық, VI-иммунологиялық талаулар болып толтырылады.

3. "Емдеу бөлімшелері" бағанында (3-22 бағаншалар) зертхана қызмет көрсететін стационарлардың (емдеу бөлімшелері) амбулаториялық-емханалық ұйымдардың атаулары жазылады.

Үйде көмек көрсету кезіндегі атқарылған талдаулар саны ерекше белгіленеді.

_____ жылы _____ айы

Р/с №	Талдау аты	Емдеу									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	

№ 262/е н. артқы беті

Бөлімшелер											Барлығы ай бойы
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Кіріс бақылау актісі

(зерттеу жүргізген зертхананың атауы)

№ _____

Материалдың зертханаға түскен күні _____

1. Өнім үлгісінің атауы _____

2. Өндіруші (өндіруші мемлекет, өндіруші зауыт)

3. Серия нөмірі _____

4. Көзбен шолу жағдайы _____

5. Зерттеу нәтижелері

№	Сынақты жасау күні	Зерттеудің атауы	Нәтижесі
1			
2			
3			

Кіріс бақылау актісін тапсырды _____ (күні) (тегі мен қолы) Қабылдады _____ (күні) (тегі мен қолы)

Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу Актісі

Күні 20__ жылғы "___" _____

Біз, төменде қол қойғандар Т.А.Ә. (болған жағдайда) (болған жағдайда), лауазымы
(_____

(зертхананың атауы)) берілгені туралы актіледік _____

№	Үлгінің атауы	Өлшем бірлігі	Саны
1	2	3	4

Қолы Т.А.Ә.

(болған жағдайда) (болған жағдайда)

Қолы Т.А.Ә.

(болған жағдайда) (болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ ТБ 04/е нысанды
медициналық
құжаттама

Туберкулездің зертханалық тіркеу журналы (МСАК зертханалары үшін)

P/c №	Күні Дата	Тегі, аты, , әкесінің аты (ЖСН болған жағдайда) а)	Жынысы	Туған күні мен жылы	Емдеу ұйымның атауы	Мекенж айы	Талдау жүргізу мақсаты Цель проведения анализов			
							Химиял ы қ ы к терапия ны Санат ны бақылау	Диагнос тика	Санат	Санат
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Анализ нәтижелері (отр/1-9 КУБ/+ /++/+++)			GX				Зертхана қызметкер інің қолы	Ескертпел ер
1	2	3	MTB	RIF	Теріс	Қате (код)	19	20
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ № ТБ-17/е нысанды
медициналық құжаттама

Зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы (туберкулезге қарсы зертханалар үшін)

№	Науқастың ТАӨ (болған жағдайда) а)	ЖСН	Туған күні	Бөлімше	Жынысы		Мекенж айы	Науқастың түрі		
					Е	Ә		Жаңа тіркелге н	Бұрын емделге н	Категор иясы

Кестенің жалғасы

Зерттеудің мақсаты		Емдеу айы	Материал алынған күн	Материал түскен күн
Диagnoс ности ка	химиотерап ия			

Микроскопия нәтижесі	БАКТЕК себінді	Себін д і күні	Л-Й нәтижесінің	Л - Й нәтижесі
I бөлігі	II бөлігі	Себін д і күні	Л-Й1 Л-Й2	Л-Й1 Л-Й2
		Себінді нәтижесі	Нәти жесі	Қанд ы ағар
		*		
		**		

Кестенің жалғасы

Идентификация нәтижесі	Дәрілік сезімталдылыққа тест 1 қатар	БАКТЕ	H	R	S	E	Z
	қойылған	Нәтижесі	Л-Й				
	*						
	**						

Кестенің жалғасы

Препараттарға сезімталдығының тесті	Молекулярлы-генетикалық зерттеу												
2-қатар	MTB DR plusдругой__												
Қойылған күні	Нәти жесі н күні	Бакте к / Km	Сm	Am	Lfx	Mfx 0,25	Mfx 1,0	Pto/ Eto	Басқа	Басқа	Басқа	культ ура	H
*													
**													

Кестенің жалғасы

Молекулярлы-генетикалық зерттеу	Зертх анаш ының Ескер идент пте ифика торы											
MTB DR plus	MTB DRsl	Xpert										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
другой__	другой__											
R	Teric/ Отр	FQ	Km, Am, Cm	Km, Cm, Vio	Km, Am, Cm, Vio	Km	Teric	Басқа/ күні	Қою күні	МБТ +/- RIF	Teric	Қате код

Біріншілікті нәтиже* қайталау**

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ ТБ 18/е нысанды
медициналық құжаттама

ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы сол жағы

Биохимиялық және иммуногематологиялық зерттеулер тізімдемесінің нысаны

1. Донация күні
2. донацияның сәйкестендіру нөмірі
3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
4. ** Биохимиялық зерттеу нәтижелері (АЛТ)
5. ** Иммуногематологиялық зерттеу нәтижелері (АВО бойынша қан тобы, резус тиістілігі, Резус жүйесінің антигендері бойынша фенотип (бар болса), Келл антигені, тұрақты емес антиэритроциттік антиденелер)
6. Тізімдемені толтырған тұлғаның сәйкестендіргіші
7. Зерттеу күні
8. Зерттеуді орындаған дәрігердің сәйкестендіргіші

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 405-2/е нысанды
медициналық құжаттама

Трансфузиялық инфекцияларға сарысулар үлгілерін бастапқы зерттеу нәтижелерін
растау ведомосының нысаны

1. Қан үлгісінің сәйкестендіру нөмірі
 2. Донацияның сәйкестендіру нөмірі
 3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
 4. Туған күні, айы, жылы
 5. Үлгі жеткізілген бөлімше
 6. Донация күні
 7. Түпкілікті нәтижені алу күні
 8. ИХЛА / ИФТ зерттеу нәтижелерін түсіндіру (АИТВ-1,2, HBV HCV, мерез)
 9. Әрекет алгоритмі
 10. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші
 11. Тізімдемені алу күні мен уақыты
 12. Бөлім меңгерушісінің сәйкестендіргіші
1. Қан үлгісінің сәйкестендіру нөмірі
 2. Донацияның сәйкестендіру нөмірі
 3. Тегі, аты, әкесінің аты донор болған)
 4. Үлгі жеткізілген бөлімше
 5. Контингент коды
 6. ** Пулдың ПТР зерттеу нәтижелері (күні, нәтижесі (АИТВ РНК, ВВГ РНК, ВВГ РНК)

7.** Үлгі ПТР зерттеу нәтижелері (күні, нәтижесі (АИТВ РНҚ, ВВГ РНҚ, ВВГ РНҚ), ИБУ циклі (ішкі бақылау үлгісі)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 406/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасының нысаны

1. Паспорттық бөлім:

1.1. донордың паспорттық деректері (ЖСН, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса); туған күні; жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі, берілген күні, кім берді)

1.2. мамандық

1.3. байланыс деректері (тіркелген және тұратын мекен-жайы; телефоны (жұмыс, үй), ұялы және қосымша (бар болса)

1.4. деректерді енгізген қызметкердің сәйкестендіргіші

2. Ерекше белгілер:

2.1. фенотиптеу/генотиптеу нәтижелері (ABO, Rh-Hr, HLA), антиэритроциттік антиденелердің титрі, сондай-ақ нәтижені анықтау күні және зерттеуді орындаған қызметкердің сәйкестендіргіші.)**

2.2. донорларға қабылдау күні/есептен шығару күні

2.3. жазбаны орындаған қызметкердің сәйкестендіргіші

3. * Орындалған донациялар туралы есеп:

3.1. донация күні

3.2. донордың санаты (бастапқы, қайталама)

3.3. донация орны (стационарлық, көшпелі)

3.4 донация мотивациясы (ақылы / өтеусіз / өтеусіз мақсатты)

3.5. барлық қан донациясы (доза/мл), плазма (доза/мл.), лейкоциттер (доза/ жасушалар саны), тромбоциттер (доза/ жасушалар саны), сүйек кемігі (мл.) орындалды

4. Донорларға қабылдау кезіндегі бастапқы деректер:

4.1. өмірдің қысқаша анамнезі, тұқым қуалаушылық, бастан өткерген аурулар (соның ішінде қан мен оның компоненттерінің трансфузия алдындағы операциялар мен олардың ескіруі), егу/ вакцинациялау және олардың ескіруі

4.2. деректерді енгізген қызметкердің сәйкестендіргіші

5. * Донорды жеткізу алдында ағымдағы объективті тексеру нәтижелері, донор сауалнамасын бағалау және донацияға жіберу туралы қорытынды:

5.1. зерттеу күні

5.2. ** сауалнама мен тексерудің объективті деректері (шағымдардың болуы, склер, тері жабындары, ауыздың шырышты қуысы, артериялық қысымның көрсеткіштері (мм, ауыз. пульс жиілігі (минутына соққы), пульс сипаты, тірек-қимыл аппаратының, іш

қуысы мүшелерінің, перифериялық лимфа түйіндерінің қысқаша жағдайы, жүрек және өкпе аускультациясының нәтижелері)

5.3. донор сауалнамасын бағалау нәтижесі

5.4. донацияға жіберу туралы шешім

5.5. қан мен оның компоненттерін донациялауға жіберу:

5.5.1. ** донация түрі (қан тапсыру/ плазма (цита) ферез/ миелоэксфузия)

5.5.2. қанның және (немесе) оның компоненттерінің эксфузиясының жоспарланған саны

5.6. донацияға рұқсатты орындаған дәрігердің сәйкестендіргіші

6. * Қан мен оның компоненттерін донациялау туралы есеп:

6.1. іс жүзінде дайындалған қан, плазма, қан жасушалары, сүйек кемігі**

6.2. донордың донациядан кейінгі жай - күйі туралы белгі

6.3. қан мен оның компоненттерін алуды орындаған маманның сәйкестендіргіші

7. * Донордың қанын донациялау алдында зертханалық зерттеу нәтижелері мұрағаты*

7.1. ** жалпы талдау

7.2. ** биохимиялық зерттеулер

7.4. ** иммуногематологиялық зерттеулер

7.5. зертханалық зерттеуді орындаған маманның сәйкестендіргіші

8. * Донациядан кейін қан үлгілерін зертханалық зерттеу нәтижелері мұрағаты:

8.1. ** инфекция маркерлерінің скринингі (серологиялық зерттеу, ПТР зерттеу)

8.2. ** иммуногематологиялық зерттеу

8.3. зертханалық зерттеуді орындаған маманның сәйкестендіргіші

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 410/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан мен оның компоненттерінің донорлығына қатысу үшін өтініш берген адамдарды есепке алу нысаны

1. Есепті кезеңдегі барлық өтініштер.

2. Донацияға дейінгі кезеңде бөлінген:

2.1. бірыңғай донорлық ақпараттық орталықтың деректері бойынша (қан мен оның компоненттерінің донорлығына абсолюттік қарсы көрсетілімдердің болуы, донация арасындағы ең аз аралықты сақтау);

2.2. медициналық куәландыру кезінде (соматикалық аурудың болуы; трансмиссивті ауруларды жұқтырудың ықтимал қаупі туралы қосымша мәліметтер белгілеу; бастапқы зертханалық тексеру нәтижелерінің сәйкес келмеуі);

2.3. өздігінен бас тарту;

2.4. басқа себептер.

3. Донорлардың санатына (бастапқы, қайталанған), уәждемеге (өтеусіз, оның ішінде мақсатты және ақылы), түріне (қан, плазма, қан жасушалары) байланысты барлық донациялар орындалды.

4. Жалпы есепті басып шығару күні, уақыты

5. Жалпы есепті шығарған маманның идентификаторы.

Ескерту:

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 410-4/е нысанды
медициналық құжаттама

HLA-зерттеулер нәтижелерін қабылдау, тіркеу және беру журналының нысаны

1. Қан үлгісін қабылдау күні;

2. Үлгі келіп түскен медициналық ұйымның атауы;

3. Қан үлгісін зерттеудің мақсаты;

4. Қан үлгісі алынған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса);

5. Туған күні, айы, жылы;

6. Диагнозы (қысқаша);

7. ** Зертханалық зерттеудің атауы;

8. Зертханалық ақаудың себебі;

9. Зертханалық зерттеу нәтижелері;

10. Зерттеуді орындаған жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші;

11. Талдау нәтижесін беру күні;

12. Талдау нәтижелерін берген жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 411/е нысанды медициналық
құжаттама

Жаңа алынған қанды және донорлық қан компоненттерін аферез әдісімен дайындауды есепке алу журналының нысаны

1. Дайындау күні;

2. Сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);

3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

4. АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі;

5. Консерванттың атауы мен көлемі (мл);

6. ** Жаңа алынған қан / қан компоненттерінің дозаларын дайындауды есепке алу мл. және дозаларда, әрбір өнім атауы бойынша (құрамында эритроциттер бар,

плазмалық, қанның басқа жасушалары) дайындалатын өнім номенклатурасына сәйкес, консервантсыз (мл.), консервантпен (мл.), зертханалық зерттеуге (мл.);

7. Бактериологиялық зерттеуге қан/компоненттен сынама алу туралы белгі (мл.), (болған жағдайда);

8. Өндірістік ақаудың болуы туралы белгі (гемоконтейнердің ақауы, қол жеткізілмеген қан/компонент көлемі, сәтсіз венепункция, басқалар), (бар болған жағдайда);

9. Дайындалған доза берілетін бөлімшенің атауы;

10. Эксфузияға (бар болған жағдайда) байланысты донорда қолайсыз реакция симптомдарын тіркеу, донорға көрсетілген медициналық көмектің көлемі, (қысқаша);

11. Эксфузияны орындаған маманның сәйкестендіргіші;

12. Дайындаманы орындаған бригада құрамы.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 411-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Уақытша сақтау кезеңінде қан компоненттерінің қозғалысын есепке алу журналының нысаны

1. Дайындау күні

2. Қанның / компоненттің сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);

3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

4. АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі;

5.** Дайындаудан алынған қан компоненттерінің санын есепке алу мл. және дозаларда, шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы бойынша жеке (құрамында эритроциттер бар, плазмалық, басқа қан жасушалары) жүзеге асырылады;

6. Шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы (құрамында эритроциттер бар, плазмалық, басқа да қан жасушалары) бойынша доза жеке берілетін бөлімшенің атауы;

7. Берілген күні;

8. Беруді орындаған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 413/е нысанды медициналық
құжаттама

Донорлық қан компоненттерін өндіруді есепке алу журналының нысаны

1. Компонентті өндіру күні;

2. Компоненттің сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);

3. АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі;

4.** Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қаннан алынған қан компоненттерін өндіруді есепке алу құрамында эритроциттер бар, плазмалық компоненттер және қанның басқа да жасушалары бойынша жеке шығарылатын өнім номенклатурасына сәйкес мл. және дозаларда жүзеге асырылады.

5. Өндірістік ақауларды есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес компоненттердің жекелеген түрлері бойынша жүзеге асырылады, бұл ретте мл. көлемі/мөлшері және дозалары мен ақау себебі көрсетіледі.

6. Өнім берілетін бөлімшенің атауы;

7. Өндірісті жүзеге асырған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 417/е нысанды медициналық
құжаттама

Трансфузиялық ортаға өтінімдерді есепке алу журналының нысаны

1. Күні;

2. Өтінімнің келіп түскен уақыты;

3. Өтінімнің түрі (шұғыл, жоспарлы) және орындалу уақыты (қажет болған жағдайда);

4. Өтінімнің мақсаты (мекенжай, резервтерді толықтыру);

5. Өтініш беруші МҰ атауы;

6. Өтініш беруші дәрігердің тегі, аты-жөні;

7. Пациент туралы деректер (пациенттің тегі, аты-жөні, жасы, диагнозы (қысқаша), (атаулы өтінім кезінде толтырылады);

8.** Өтініш (өнім атауы, АВО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі, саны (доза/мл.);

9. ** Жіберілді (өнім атауы, АВО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі, саны (доза/мл.);

10. Мәлімделген өнімді жөнелту уақыты;

11. Өтінімді қабылдауды және өнімді беруді орындаған маманның сәйкестендіргіші

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 418/е нысанды медициналық
құжаттама

Өндіріс кезеңінде жарамсыздығы бойынша қанды және оның компоненттерін есептен шығаруды есепке алу журналының нысаны

1. Күні;

2. Компоненттің сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);

3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

4. Дайындау күні;
5. Зертханалық тестілеу күні;
6. ** Шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес компоненттің атауы (эритроциттер, плазма, басқа қан жасушалары);
7. Есептен шығару себебі;
8. Есептен шығару актісінің нөмірі;
9. Есептен шығару күні;
10. Есептен шығаруды орындаған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 419/е нысанды медициналық
құжаттама

Плазманың карантиндеуін есепке алу журналының нысаны

1. Тоңазытқыш/сөре нөмірі;
2. Карантинге қойылған күні;
3. Донордың сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);
4. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
5. АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі;
6. ** Плазманы есепке алу контейнерлердің атауы, көлемі (л) және саны бойынша жүзеге асырылады;
7. Карантиндеудің аяқталу күні;
8. Қайта тексеру күні;
9. Донорды қайта тексеру нәтижелері және оларды орындау күні (АИТВ, HCV, HBsAg, мерез, ПТР);
10. Берілді (күні, саны (доза /л));
11. Өнім берілген бөлімшенің атауы;
12. Беруді орындаған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 420/е нысанды медициналық
құжаттама

Карантиндеудегі плазма қозғалысы ведомосының нысаны

1. Күні /кезеңі;
- 2.** Өнімнің атауы (есепке алу АВ0 жүйесі бойынша топтық тиістілігіне сәйкес жүзеге асырылады, шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес жеке әрбір атауы бойынша);
- 3.** Өткен кезеңге (доза/л) қалдық (күні, айы, жылы);
- 4.** Ағымдағы кезеңде кіріс (доза/л);

- 5.** Ағымдағы кезеңде сақтауда барлығы (доза/л);
- 6.** Ағымдағы кезеңдегі шығыс (доза/л);
- 7.** Ағымдағы кезеңдегі қалдық (доза/л);
8. Есепті орындаған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 421/е нысанды медициналық
құжаттама

Трансфузиялық ортаға ақылы және тегін негізде өтінім нысаны

1. Трансфузиялық ортаның атауы;
2. АВО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі;
3. Саны;
4. Орындау мерзімі;
5. Тапсырыс берген және тапсырыс қабылдаған жауапты тұлғалардың сәйкестендіргіштері.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 422/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан компоненттерін, препараттарын және стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналының нысаны

1. Өнімнің берілген күні;
2. ** Өнімнің атауы (есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы бойынша жеке жүзеге асырылады, АВО жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі (Резус жүйесінің антигендері бойынша фенотип деректер болған жағдайда көрсетіледі);
3. Дайындау күні (өндірісі);
4. Жарамдылық мерзімі;
5. Берілген өнімнің саны (дозада/мл. қан компоненттері үшін);
6. Қан компоненттерін, препараттарын және стандартты диагностикумдарды өткізуге арналған жүкқұжаттың нөмірі;
7. Өнім берілетін медициналық ұйымның атауы;
8. Өнімді жіберген сәйкестендіргіш.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 423/е нысанды медициналық
құжаттама

Өнім беруді бөлу бойынша қанның, оның компоненттерінің, препараттардың және қан алмастырғыштардың қозғалысын есепке алу ведомосының нысаны

1.** Өнімнің атауы (қан компоненттерін есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы бойынша жеке жүзеге асырылады, АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі (Резус жүйесінің антигендері бойынша фенотип деректер болған кезде көрсетіледі).

2. Өлшем бірлігі;

3. Кезең басындағы қалдық;

4. Кіріс- барлығы алынды, оның ішінде қай көзден алынды;

5. Шығыс- барлығы берілді, оның ішінде қайда (медициналық ұйымның/бөлімнің/басқаның атауы) өнім қайда беріледі;

6. Барлығы есептен шығарылды, оның ішінде себеп бойынша (себебін көрсету);

7. Кезең соңындағы қалдық;

8. Өнімді жіберген сәйкестендіргіш.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 424/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан компоненттерін есептен шығару актісінің нысаны

1. Актінің нөмірі;

2. Жасау күні;

3. Есептен шығару жөніндегі комиссияның құрамы;

4. Донация коды;

5. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

6. Қан тобы, резус тиістілігі;

7. Қан компонентінің атауы;

8. Саны (мл.);

9. Дайындау күні;

10. Есептен шығару себебі;

11. Мөлшер мен көлемде компоненттердің атаулары бойынша барлығы (мл.)

12. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 425/е нысанды медициналық
құжаттама

Зертханалық зерттеулер үшін келіп түскен қан үлгілерін тіркеу журналының нысаны

1. Үлгілердің келіп түскен күні;

2. Үлгілерді зертханаға жеткізу уақыты;
3. Сәйкестендіру нөмірлері __ дейін;
4. Кодтар бойынша үлгілер саны;
5. Контингент коды;
6. Үлгілер жеткізілген бөлімше;
7. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 425-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Донацияға дейін бастапқы зертханалық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны

1. Зерттеу күні;
2. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
3. Сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);
- 4.** Иммуногематологиялық зерттеудің нәтижесі (ABO жүйесі бойынша қан тобы, резус-тиістілігі, келл-антиген);
- 5.** Жалпы клиникалық тексеру нәтижесі (гемоглобин г/л, эритроциттер $1 \times 10^{12}/л$, гематокрит %, 1×10^9 л лейкоциттер, 1×10^9 л тромбоциттер), лейкоформула, СОЭ мл/сағ.);
- 6.** Биохимиялық зерттеу нәтижесі (АЛТ, қан ұю уақыты (мин));
7. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 425-3/е нысанды
медициналық құжаттама

Қанды консультациялық иммуногематологиялық зерттеулерді қабылдауды, тіркеуді және нәтижелерін беруді есепке алу журналының нысаны

1. Үлгіні жіберген ӘБ/бөлімшенің атауы;
2. Үлгінің келіп түскен күні мен уақыты;
3. Қан үлгісі алынған адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда);
4. Жасы;
5. Диагнозы (қысқаша);
6. Алғашқы зерттеуді жүргізу күні (егер жүргізілген болса);
7. Алғашқы иммуногематологиялық зерттеудің нәтижелері (АГО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі);
8. Алғашқы зерттеу жүргізген адамның сәйкестендіргіші және оның байланыс деректері (телефон, электрондық пошта мекенжайы, басқалар);

9. Зертханалық ақаудың себебі;

10. ** Зертханалық зерттеудің атауы (АГО жүйесінде қан тобы топтарына реакция, резус, фенотип, автоматты және (немесе) алло-реттелмеген анти-эритроциттер, антиденелерді скрининг және (немесе) сәйкестендіру, анти-эритроциттерге қарсы антиденелердің сыныбы, глобулинге қарсы тест);

11. Зертханалық зерттеу нәтижелері;

12. Зерттеуді орындаған жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші;

13. Талдау нәтижесін беру күні;

14. Талдау нәтижелерін берген жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 425-4/е нысанды
медициналық құжаттама

Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындауды есепке алу журналының нысаны

1. Сериясы;

2. Дайындалған күні;

3. Қан компонентінің сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);

4. Қайдан алынды;

5. ** АВ0 жүйесі бойынша қан тобы;

6. ** Фенотип;

7. ** Агглютинабельділік;

8. ** Титр антиген А, В;

9. Қан компонентінің көлемі мл. (жалпы, пайдаланылған, қалдық);

10. Консервант (сериясы, көлемі мл.);

11. Стандартты эритроциттер (көлемі, жарамдылық мерзімі);

12. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 425-6/е нысанды
медициналық құжаттама

Донорлық қанның жеке іріктеулерін тіркеу журналының нысаны

1. Жолдау күні;

2. Ұйымның атауы;

3. Туған күні;

4. Жіберуші ұйымнан реципиенттің қан үлгісін иммуногематологиялық зерттеу нәтижесі;

5.** Мамандандырылған зертханада реципиенттің қан үлгісін иммуногематологиялық зерттеу нәтижесі (ABO бойынша қан тобы, фенотип, басқа антигендер, толық тұрақты емес антиэритроциттік антиденелер/ерекшелігі, толық емес және тұрақты емес антиэритроциттік антиденелер, ерекшелігі, С3 компонентінің компоненті, оның ішінде зерттеу әдісі, нәтижесі);

6. Донорлық компонент туралы ақпарат (донация коды, ABO жүйесі бойынша қан тобы, резус жүйесінің фенотипі);

7.** Реципиент пен донор қанының жеке үйлесімділігін зерттеу (толық антиэритроцитарлық антиденелер бойынша, толық емес антиэритроцитарлық антиденелер бойынша, оның ішінде зерттеу әдісі, нәтиже);

8. Қорытынды;

9. Трансфузиялық ортаның атауы;

10. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 425-8/е нысанды
медициналық құжаттама

Донацияға дейінгі биохимиялық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны

1. Зерттеу күні;

2. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

3. Сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);

4.** Жалпы ақуыз, ақуыз фракциялары г/л АЛТ * бірлік /л.

5. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 433-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Трансфузиялық инфекцияларға сарысулардың бастапқы-позитивті үлгілерін қайта зерттеуді есепке алу журналының нысаны

1. Қан үлгісінің сәйкестендіру нөмірі;

2. Донацияның сәйкестендіру нөмірі;

3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

4. Үлгілер жеткізілген бөлімше;

5.** Бірінші реакция (қою күні, реагенттің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);

6.** Екінші реакция (қою күні, реагенттің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);

7.** Үшінші реакция (қою күні, реагенттің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);

8. Соңғы нәтиже;

9. Бірінші, екінші және үшінші реакцияны орындаған, сондай-ақ түпкілікті нәтижені қабылдаған жауапты тұлғалардың сәйкестендіргіштері.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 433-3/е нысанды
медициналық құжаттама

Гемотрансмиссиялық инфекцияларға ПТР оң нәтижелері бар донорларды есепке алу журналының нысаны

1. Қан үлгісінің сәйкестендіру нөмірі;

2. Донацияның сәйкестендіру нөмірі;

3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

4. Үлгі қайдан жеткізілген бөлімше;

5. Контингент коды;

6.** Пулдың ПТР зерттеу нәтижелері (күні, нәтижесі (АИТВ РНК, ВВГ РНК, ВВГ РНК));

7.** Үлгі ПТР зерттеу нәтижелері (күні, нәтижесі (АИТВ РНК, ВВГ РНК, ВВГ РНК));

8. Зерттеуді орындаған жауапты тұлғалардың сәйкестендіргіштері.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 433-6/е нысанды
медициналық құжаттама

Донор қанын зертханалық тестілеу нәтижелері туралы есеп нысаны

1. Донация коды:

2. ЖСН:

3. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

4. Туған күні, айы, жылы;

5. Бастапқы сынаманың түрі/сапасы;

6. Сынама алу күні/уақыты;

7. Сынамалардың зертханаға келіп түскен күні / уақыты;

8. ** Зертханалық зерттеулердің нәтижелері әрбір зертханалық көрсеткіш үшін белгіленген референттік көрсеткіштерді, нәтижені алу күні мен уақытын, сондай-ақ зертханалық зерттеуді орындаған қызметкердің сәйкестендіргішін көрсете отырып жүргізіледі.

9. Жалпы есепті басып шығару күні, уақыты;

10. Жалпы есепті шығарған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 433-7/е нысанды
медициналық құжаттама

АИТВ-нің маркерлеріне ИФА (ИХЛА) оң сарысулардың мониторингі журналының нысаны

1. Қан үлгісінің сәйкестендіру нөмірі;
2. Донацияның сәйкестендіру нөмірі;
3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
4. Туған күні;
5. Үлгі жеткізілген бөлімше;
6. Контингент коды;
- 7.** I-реакция (қойылған күні, тест-жүйенің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);
- 8.**2-реакция (қойылған күні, тест-жүйенің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);
- 9.**3-реакция (қойылған күні, тест-жүйенің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);
10. Ауыстырудың соңғы нәтижесі;
11. ЖИТС орталығына сынама жіберілген күні;
12. ЖИТС орталығындағы жолдаманың нөмірі;
13. ЖИТС орталығының нәтижесі (күні, зертханалық нөмірі (ИФТ, АҚ) нәтиже);
14. Зерттеудің соңғы нәтижесі;
15. Зерттеуді орындаған жауапты тұлғалардың сәйкестендіргіштері.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 436/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны

1. Қан компонентінің атауы;
2. Компоненттің сәйкестендіру нөмірі;
3. Дайындау күні;
4. Бақылау жүргізу күні;
5. **Бақылау нәтижелері (көлемі (мл), макробағалау, гемоглобин/г/доза гематокрит, сақтау соңындағы гемолиз %, 1×10^{12} /л эритроциттер, 1×10^9 /л лейкоциттер, 1×10^9 /л

тромбоциттер, гранулоциттер, отырғызылатын сұйықтықтағы ақуыз мөлшері г/доза, рН, шайырлығы, қорытынды);

6. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 436-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Қызметкердің қолы мен донорлардың шынтақ бүгілген терілерін өңдеу тиімділігінің бактериологиялық зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны

1. Күні;
2. Тіркеу нөмірі;
3. Бөлімшесі;
4. Шайынды алу орны (қол, бүгілген шынтақ);
5. Қолды және шынтақты бүгуді өңдеу үшін пайдаланылған құрал;
6. Өңдеу жүргізген қызметкердің тегі, аты, әкесінің аты
7. ** Зерттеу әдісі;
8. Егу күні, коректік орта;
9. Зерттеу нәтижесі;
10. Зерттеудің аяқталу күні;
11. Зерттеу жүргізген жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 436-2/е нысанды
медициналық құжаттама

БМП мен криопреципитаттың сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны

1. Қан компонентінің атауы;
2. Компоненттің сәйкестендіру нөмірі;
3. АВО жүйесі бойынша қан тобы;
4. Дайындау күні;
5. Өндіріс күні;
6. Көлемі (мл.);
7. Бақылау жүргізу күні;
8. ** Мұздатуға дейінгі зерттеудің нәтижелері, сақтаудың бірінші айының соңында (көрсеткіштер-фактор VIII, %, фибриноген г/л, фактор VIII %);
9. Қорытынды;
10. Зерттеу жүргізген жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 447/е нысанды медициналық
құжаттама

Өндіріс кезеңдерінде гемоөнімнің орнын ауыстыруға арналған жүкқұжаттың
нысаны

1. Донация коды;
2. Өнім коды;
3. ** Өнімнің атауы (есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес
әрбір атауы бойынша жеке жүзеге асырылады);
4. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
5. АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі;
6. Резус жүйесі бойынша фенотип (бар болса);
6. Дайындау күні;
7. Саны (доза/мл.);
8. Беру кезінде өнімді макро бағалау;
9. Жіберілген өнімінің сәйкестендіргіші;
10. Қабылдау кезінде өнімді макро бағалау;
11. Өнімді қабылдайтын сәйкестендіргіш.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 448/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан компоненттерін, препараттарын және стандартты диагностикумдарды өткізуге
арналған жүкқұжаттың нысаны

1. Жүкқұжаттың нөмірі;
2. Берілген күні;
3. Беру уақыты;
4. Алушы ұйымының атауы;
5. Жіберуші ұйымның атауы;
6. ** Өнімнің атауы (есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес
әрбір атауы бойынша жеке жүзеге асырылады, тромбоциттер үшін қосымша жасушалар
саны, АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі, Резус жүйесі бойынша
фенотип (бар болса), дайындау күні, жарамдылық мерзімі көрсетіледі.
7. Берілген өнім саны (доза/мл.);
8. Беру кезінде өнімді макро бағалау;
9. Өнімді жіберген сәйкестендіргіш.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің

20 __ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 449/е нысанды медициналық
құжаттама

Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналының нысаны

1. Есептен шығару күні;
2. Қан компонентінің сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды)
- 3.** Атауы (қан компоненттерін есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы бойынша, АВ0 жүйесі және резус тиістілігі бойынша қан тобы бойынша жеке жүзеге асырылады.

4. Дозадағы көлемі/л.
5. Дайындау күні;
6. Жарамдылық мерзімі;
7. Есептен шығару себебі;
8. Есептен шығару актісінің нөмірі;
9. Есептен шығарылған қан компоненті жіберілетін бөлімшенің/ұйымның атауы;
10. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20 __ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 450/е нысанды медициналық
құжаттама

Гемотрансмиссивті инфекциялар маркерлеріне зерттеу ведомосының нысаны

1. Қан үлгісін зертханаға жеткізу күні, уақыты;
2. түтіктің сәйкестендіру нөмірі;
3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
4. Донордың жынысы;
5. Донордың туған күні, айы, жылы;
6. Донацияның сәйкестендіру коды;
7. Контингент коды;
8. Сынама алу күні мен уақыты;
9. Үлгі алынған бөлімшенің атауы;
10. ** Зертханалық зерттеу нәтижелері (ИХЛА HIV 1.2, ИХЛА HBsAg, ИХЛА а-НСV, ИХЛА мерез, ПТР (HIV1 .2, HBV, HCV);
11. Тізімді толтыру күні;
12. Тізімдемені толтырған тұлғаның сәйкестендіргіші;
13. Зерттеу күні;
14. Зерттеуді орындаған дәрігердің сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің

Медицина қызметкерлерінің толтыруы үшін міндетті құжаттаманың тізбесі Стационарда қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасы

Ескерту. 7-қосымша жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 14.11.2024 № 95 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

P/c №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1.	Стационарлық пациенттің медициналық картасы	001/e	Электрондық форматта	25 жыл
2.	Патологиялы анатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы)	002/e	Электрондық/ қағаздық форматта	5 жыл
3.	Қанның, оның компоненттері және диагностикалық стандарттардың қозғалысын есепке алу нысаны	003/e	Электрондық форматта	5 жыл
4.	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы	004/e	Электрондық форматта	5 жыл
5.	Стационардың науқастар мен төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы	005/e	Электрондық форматта	1 жыл
6.	Қан, оның компоненттерін құюды есепке алу нысаны	006/e	Электрондық форматта	5 жыл
7.	Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке нысаны	007/e	Электрондық форматта	5 жыл
8.	Мәйіттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы	008/e	Электрондық форматта	5 жыл
	Биологиялық өлімді констатациялау/ трансплантаттау үшін донор-мәйіттен			

9.	ағзалар мен тіндерді алу/ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі	009/e	Электрондық форматта	25 жыл
10.	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы	010/e	Электрондық форматта	25 жыл
11.	Консервіленген донорлық тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) паспорты	011/e	Электрондық форматта	25 жыл
12.	Стационардан шыққанның статистикалық картасы	012/e	Электрондық форматта	1 жыл
13.	Жаңа туған нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) есепке алу нысаны	013/e	Электрондық форматта	5 жыл
14.	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы	ТБ 014/e	Электрондық форматта	5 жыл
15.	Туберкулезге шалдыққан IV санаттағы науқастың медициналық картасы	ТБ 015/e	Электрондық форматта	5 жыл
16.	Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеуді есепке алу нысаны	ТБ 016/e	Электрондық форматта	5 жыл
17.	Туберкулезбен ауыратын IV санаттағы науқастарды тіркеу журналы	ТБ 017/e	Электрондық форматта	5 жыл
18.	Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы	ТБ 018/e	Электрондық форматта	5 жыл

1. Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысаны

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі

1	Операциялар/ манипуляцияларды есепке алу нысаны	019/e	Электрондық форматта	25 жыл
2	Босануларды есепке алу нысаны	020/e	Электрондық форматта	25 жыл
3	Медициналық куәландыруды, анықтамалар беру есепке алу нысаны	021/e	Электрондық форматта	5 жыл
4	Диализ картасы	022/e	Электрондық форматта	25 жыл
5	Ерітілген цитостатиктерді есепке алу журналы	023/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
6	Клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге өтінімдерді тіркеу журналы	024/e	Электрондық форматта	3 жыл
7	Дәрігерлік-консульт ациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы	025/e	Электрондық форматта	3 жыл
8	Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы	026/e	Электрондық форматта	3 жыл
9	Анықтама	027/e	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл
10	Шетелдіктердің, азаматтығы жоқ адамдардың, мигранттардың, еңбекші-мигранттар дың (соның ішінде ЕАЭҚ-ға мүше елдердің) денсаулығы жөніндегі медициналық қорытынды	028/e	Қағаздық форматта	3 жыл
11	Уақытша еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы	029/e	Электрондық форматта	3 жыл
12	СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы	030/e	Электрондық форматта	1 жыл
	Медициналық-әлеу меттік			

13	сараптаманың қорытындысы	031/y	Электрондық форматта	1 жыл
14	Мүгедектігі бар адамдарды тіркеу және оңалту журналы	032/e	Электрондық форматта	3 жыл
15	Пациент/мүгедектігі бар адамды оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі	033/e	Электрондық форматта	3 жыл
16	Мәлімдеме	034/e	Электрондық форматта	3 жыл
17	Медициналық қызметтерді есепке алу нысаны	035/e	Электрондық форматта	1 жыл
18	Масаң болу немесе ішімдікті көп мөлшерде қолдану немесе есірткелік жіті уыттануымен масаң болуға байланысты әрекеттер салдарынан ауырған кезде уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама /	036/e	Қағаздық форматта	3 жыл
19	Студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері кезінде уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама	037/e	Қағаздық форматта	3 жыл
20	Анықтамаға бақылау талоны. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы анықтама	038/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл

21	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы/	039/e	Қағаздық форматта	25 жыл
22	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы	040/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
23	Медициналық туу туралы куәлік	041/e	Қағаздық форматта	5 жыл
24	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың қорытындысы	042/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
25	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы	043/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
26	Медициналық қызметтерді көрсету ақауларын есепке алу картасы (МҚАЕ)	044/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
27	Қайтыс болу туралы медициналық куәлік	045/e	Электрондық форматта	15 жыл
28	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік	046/e	Электрондық/қағаздық форматта	15 жыл
29	Оңалту картасы	047/e	Электрондық форматта	5 жыл
30	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы	048/e	Қағаздық форматта	3 жыл
31	Апаттық жағдайларды тіркеу журналы	049/e	Қағаздық форматта	5 жыл
32	Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы	050/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
33	Ана өлім-жітімін есепке алу картасы	051/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл

2. Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасы

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі

1	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы	052/e	Электрондық форматта	1 жыл
2	Дәрігердің қабылдауына арналған талон	053/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
3	Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы	054/e	Электрондық форматта	1 жыл
4	Профилактикалық қарап тексеру (скринингтің) картасы	055/e	Электрондық форматта	5 жыл
5	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазуды есепке алу нысаны	056/e	Электрондық форматта	1 жыл
6	Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының жиынтық ведомосы	057/e	Электрондық форматта	1 жыл
7	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы (санацияны қоса алғанда)	058/e	Электрондық форматта	5 жыл
8	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы	059/e	Қағаздық форматта	3 жыл
9	Әскер жасына дейінгі емдеу картасы	060/e	Қағаздық форматта	5 жыл
10	Жүйелік емдеу үшін әскер жасына дейінгі жеке тізімі	061/e	Қағаздық форматта	5 жыл
11	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы	062/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
12	Әлеуметтік қызметкер/	063/e		3 жыл

	психолог толтыратын пациенттің картасы		Электрондық/ қағаздық форматта	
13	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны	064/e	Электрондық форматта	1 жыл
14	Профилактикалық екпелер картасы	065/e	Электрондық/ қағаздық форматта	5 жыл
15	Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы	066/e	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл
16	Вакциналар қозғаласының журналы	067/e	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл
17	Жолдама алуға анықтама	068/e	Қағаздық форматта	3 жыл
18	Санаторийлік - курорттық карта	069/e	Қағаздық форматта	3 жыл
19	Балалар санаторийіне жолдама	070/e	Қағаздық форматта	3 жыл
20	Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы	071/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
21	Медициналық анықтама (шет елге шығушыға)	072/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
22	Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама	073/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
23	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы	074/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
24	Медициналық анықтама (дәрігерлік кәсіби-консультатив тік қорытынды)	075/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
25	Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алу үшін медициналық	076/e		3 жыл

	қарап-тексеру қорытындысы		Электрондық/қағаздық форматта	
26	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы	077/e	Электрондық форматта	5 жыл
27	Рецепт	078/e	Электрондық форматта	1 жыл
28	Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы анықтама	079/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
29	Амбулаториялық келу кезінде есепке алу нысаны	080/e	Электрондық форматта	1 жыл
30	Туберкулезге күдік тудырған науқастарды тіркеу журналы	ТБ 081/e	Электрондық форматта	5 жыл
31	Диспансерлік контингентті бақылау картасы	ТБ 082/e	Электрондық форматта	5 жыл
32	Қазақстан Республикасы Президентігіне үміткердің тіркелуіне кедергі келтіретін ауруларының жоқтығы туралы Қазақстан Республикасы Президентігіне үміткерлердің анықтамасы	083/e	Электрондық/қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша

3. Медициналық ұйымдардың басқа түрдегі медициналық құжаттамасын есепке алу нысаны

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	А И Т В жұқтырғандарды есепке алу журналы	084/e	Электрондық/қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
2	Ж е д е л медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы	085/e	Электрондық/қағаздық форматта	2 жыл
3	Учаскелік дәрігерге дабыл парағы	086/e	Электрондық/қағаздық форматта	2 жыл
4	Санитариялық авиация мобильдік бригадасын шақыру картасы	087/e	Электрондық/қағаздық форматта	2 жыл

5	Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе парағы. Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына жіберіледі)	088/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
6	Санитариялық авиация нысанында медициналық көмек ұсыну бойынша шақыруларды қабылдауды тіркеу журналы	089/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
7	Санитариялық ұшуға тапсырма	090/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
8	Жедел өтінім № ____	091/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
9	Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы	092/e	Электрондық/қағаздық форматта	
10	АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын, АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы	093/e	Электрондық/қағаздық форматта	5 жыл
11	Зертхана қызметкерлерін зерттеп-қарауды тіркеу журналы	094/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
12	ЖҚТБ-мен ауыратын науқас немесе АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы	095/e	Электрондық/қағаздық форматта	25 жыл

	болып табылатын адаммен құпия әңгімелесу парағы			
13	Бракераждық журнал	096/e	Қағаздық форматта	3 жыл

4. Медициналық ұйымдарының құрамындағы зертханалардың медициналық есепке алу құжаттама нысаны

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Жолдама	097/e	Электрондық форматта	1 жыл
2	Нәтиже	098/e	Электрондық форматта	1 жыл
3	Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері	099/e	Электрондық форматта	1 жыл
4	Ыдыстар мен коректік орталарды бақылау журналы	100/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
5	Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы	101/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
6	Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы	102/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
7	Қ а н д ы стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы	103/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
8	Лабораториялық ж ә н е диагностикалық зерттеулерді есепке алу журналы	104/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
9	Шайындылардың микробиологиялық зерттеулердің тіркеу журналы	105/e	Электрондық форматта	1 жыл
10	Күл ауруының уытты күл дақылын қайта себу журналы	106/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл

11	Бастапқы сынама қозғалысының журналы	107/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
12	Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы	108/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
13	Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы	109/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
14	Микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы	110/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
15	Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы	111/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
16	Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы	112/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
17	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы	113/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
18	Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы	114/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
19	Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы	115/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
20	Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы	116/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
21	Зертханада жасалған талдаулар санын есепке алу журналы	117/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
22	Кіріс бақылау актісі	118/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
23	Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі	119/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
24	М С А К зертханалары үшін зертханалық тіркеу журналы	ТБ 120/e	Электрондық форматта	3 жыл

25	Зертханалық тіркеу журналы (туберкулезге қарсы ұйымдардың зертханалары үшін)	ТБ 121/е	Электрондық форматта	3 жыл
26	ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы	ТБ 122/е	Электрондық форматта	3 жыл

5. Қан қызметі ұйымдарының медициналық есепке алу құжаттамасының нысаны

Р/с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Донорлық функцияны жүзеге асыру туралы жұмыс орны бойынша ұсыну үшін донорға анықтама нысаны	123/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
2	Биохимиялық және иммуногематологиялық зерттеулер тізімдемесінің нысаны	124/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
3	Трансфузиялық инфекцияларға сарысулар үлгілерін бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосының нысаны	125/е	Қағаздық форматта	5 жыл
4	Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасының нысаны	126/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
5	Қан мен оның компоненттерінің донорлығына қатысу үшін өтініш берген адамдарды есепке алу нысаны	127/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
6	HLA-зерттеулер нәтижелерін қабылдау, тіркеу және беру журналының нысаны	128/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
	Афереза әдісімен жаңа алынған қан			

7	және донорлық қан компоненттерінің дайындамасын есепке алу нысаны	129/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
8	Уақытша сақтау кезеңінде қан компоненттерінің қозғалысын есепке алу журналының нысаны	130/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
9	Донорлық қан компоненттерін өндіруді есепке алу журналының нысаны	131/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
10	Трансфузиялық ортаға өтінімдерді есепке алу журналының нысаны	132/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
11	Өндіріс кезеңінде жарамсыздығы бойынша қанды және оның компоненттерін есептен шығаруды есепке алу журналының нысаны	133/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
12	Карантиндегі плазманы есепке алу нысаны	134/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
13	Карантиндегі плазманың қозғалыс ведомосі	135/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
14	Трансфузиялық ортаға ақылы және тегін негізде өтінім нысаны	136/e	Қағаздық форматта	1 жыл
15	Қан компоненттерін , препараттарын және стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналының нысаны	137/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
	Өнім беруді бөлу бойынша қанның, оның компоненттерінің, препараттардың			

16	және қан алмастырғыштардың қозғалысын есепке алу ведомосының нысаны	138/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
17	Қан компоненттерін есептен шығару актісі	139/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
18	Зертханалық зерттеулер үшін келіп түскен қан үлгілерін тіркеу журналының нысаны	140/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
19	Донацияға дейін бастапқы зертханалық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны	141/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
20	Қ а н д ы консультациялық иммуногематологиялық зерттеулерді қабылдауды, тіркеуді және нәтижелерін беруді есепке алу журналының нысаны	142/e	Қағаздық форматта	5 жыл
21	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындауды есепке алу журналының нысаны	143/e	Қағаздық форматта	5 жыл
22	Донорлық қанның жеке іріктеулерін тіркеу журналының нысаны	144/e	Қағаздық форматта	5 жыл
23	Донацияға дейінгі биохимиялық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны	145/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
	Трансфузиялық инфекцияларға сарысулардың бастапқы-позитивті			

24	үлгілерін қайта зерттеуді есепке алу журналының нысаны	146/e	Қағаздық форматта	5 жыл
25	Гемотрансмиссиялық инфекцияларға ПТР оң нәтижелері бар донорларды есепке алу журналының нысаны	147/e	Қағаздық форматта	5 жыл
26	Донор қанын зертханалық тестілеу нәтижелері туралы есеп нысаны	148/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
27	АИТВ-нің маркерлеріне ИФА (ИХЛА) оң сарысулардың мониторингі журналын есепке алу нысаны	149/e	Қағаздық форматта	5 жыл
28	Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	150/e	Қағаздық форматта	5 жыл
29	Қызметкердің қолы мен донорлардың шынтақ бүгілген терілерін өңдеу тиімділігінің бактериологиялық зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	151/e	Қағаздық форматта	5 жыл
30	БМП мен криопреципитаттың сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	152/e	Қағаздық форматта	5 жыл
31	Өндіріс кезеңдерінде гемоөнімнің орнын ауыстыруға арналған жүкқұжаттың нысаны	153/e	Электрондық форматта	5 жыл

32	Қан компоненттерін , препараттарын және стандартты диагностикумдарды өткізуге арналған жүкқұжаттың нысаны	154/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
33	Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналының нысаны	155/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
34	Гемотрансмиссивті инфекциялар маркерлеріне зерттеу ведомосының нысаны	156/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 8-қосымша
нысан

А4 форматыФормат А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым кодыКод организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрлігіМинистерство здравоохранения
Республики Казахстан

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау
министрінің 20__ жылғы " __ " _____ № __
__ бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды
медициналық құжаттама

Ұйымның атауыНаименование организации

Медицинская документация Форма № 106/
уУтверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от " __ " __ 2020 года № __

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІ КӨРСЕТУ АҚАУЛАРЫН ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ (МҚАЕ) КАРТА УЧЕТА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ДОМУ)

1. Картаның тіркеу нөмірі

Регистрационный номер карты _____

КТН

РНК

2. Карта:



– бірінші рет (первичная)



– екінші рет (вторичная)

3. Тегі (фамилия) _____ аты (имя) _____

әкесінің аты (отчество) _____

4. Ұлты (национальность) _____

5. Туған күні (Дата рождения) / _____ / _____ / _____ / кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

6. Жасы (возраст) _____ толық жасы (полных лет)

7. Тұрғылықты жері (Место жительства)

_____ елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район) елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

8. Медициналық қызметтерді көрсетуде ақаулар жіберген медициналық ұйымдар (Медицинская организация на уровне которой допущены дефекты оказания медицинских услуг) _____

9. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации)

АХЖ-10 коды

(Код МКБ-10)

10. Қорытынды диагноз (Диагноз заключительный)

АХЖ-10 коды

(Код МКБ-10)

а) негізгі (основной):

б) қосарласқан (сопутствующий):

с) асқынулар (осложнения):

Медициналық көмек сапасын сараптамалық бағалау Экспертная оценка качества медицинской помощи

I. МҚАЕ амбулаториялық көмек көрсету деңгейінде (керектісін сызу)

ДОМУ на амбулаторно-поликлиническом уровне (нужное подчеркнуть):

0 – белгісіз (неизвестно);

1 – бақыланбаған (не наблюдался);

2 – ақаулар табылмады (дефектов не выявлено);

3 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);

4 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):

4.1 – зерттеп-қаралмаған (не обследован),

4.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау толық емес (неполное лабораторно-инструментальное обследование),

4.3 – бейінді мамандардың консультациялық көмегінің жеткіліксіздігі (недостатки консультативной помощи профильных специалистов);

5 – шағымдар мен анамнездердің сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

5.1 – толық (полные),

5.2 – толық емес (не полные),

5.3 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),

5.4 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),

5.5 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

6 – науқас жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау (недооценка тяжести состояния больного);

7 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін толық есепке алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования);

8 – барабар емес терапия (неадекватная терапия):

8.1 – емдеу жүргізілмеген (лечение не проведено),

8.2 – толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),

8.3 – айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

9 – емдеуге жатқызудың болмауы (отсутствие госпитализации):

9.1 – ұсынылған (рекомендовано),

9.2 – ұсынылмаған (не рекомендовано);

10 – кешіктіріп емдеуге жатқызу (запоздалая госпитализация);

11 – созылмалы нысанды ауруы бар науқастарды диспансерлеудің сапасы мен жүйелілігі (качество и регулярность диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний):

11.1 – стандарттар сақталған (стандарты соблюдаются),

11.2 – стандарттар сақталмаған (стандарты не соблюдаются),

11.3 – диспансерлеу жасалмаған (диспансеризация не проводилась);

12 – емдеу нәтижесі (результаты лечения):

12.1 – өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын (предотвратимый),

12.2 – нәтижесі "нашарлау" (исход "ухудшение") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

12.3 – нәтижесі "өзгеріссіз" (исход "без перемен") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

12.4 – амбулаториялық-емханалық деңгейде емдеудің тиімсіздігі салдарынан стационарға емдеуге жатқызу (госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне);

13 – ұсынымның болуы (наличие рекомендаций):

13.1 – жоқ (отсутствуют),

13.2 – толық емес (не полные),

13.3 – толық (полные).

II. МҚАЕ стационар деңгейінде (керектісін сызу)

ДОМУ на уровне стационара (нужное подчеркнуть):

0 – стационарға емдеуге жатқызуға дейін тасымалдаудың бұзылуы (нарушение транспортировки до госпитализации в стационар);

1 – ақаулар анықталмаған (дефектов не выявлено);

2 – ауруханаға жатқызу ақаулары (дефекты госпитализации):

2.1 – емдеуге жатқызудан негізделмеген бас тарту (необоснованный отказ в госпитализации),

2.2 – көрсетілген медициналық қызметтердің сапасына шағымдар (жалобы на качество оказанных медицинских услуг),

2.3 – ТМККК-ге кіретін медициналық көмекті көрсету кезінде пациенттен дәрі-дәрмектер мен қаржы қаражатын тарту (привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП),

2.4 – өлім жағдайы (случаи летальных исходов) алдын-алуға болатын (предотвратимые),

2.5 – емдеу нәтижесінде туындаған асқыну жағдайлары (случаи осложнений, возникающих в результате лечения),

2.6 – аурудың "нашарлау" нәтижесі болған жағдайлар (случаи с исходом заболевания "ухудшение") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

2.7 – аурудың "өзгеріссіз" нәтижесі болған жағдайлар (случаи с исходом заболевания "без перемен") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

2.8 – жолданған және клиникалық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары (случаи расхождения направительного и клинического диагнозов),

2.9 – клиникалық және морфологиялық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары (случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов);

3 – алдыңғы емдеуге жатқызу кезінде стационардан мерзімінен бұрын шығару (досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях);

4 – шағым мен анамнездер сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

4.1 – толық емес (не полные),

4.2 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),

4.3 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),

4.4 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

5 – диагностиканың жеткіліксіздігі (недостатки диагностики):

5.1 – толық емес (неполная),

5.2 – уақтылы емес (несвоевременная),

5.3 – жағдайдың ауырлығын дұрыс бағаламау (недооценка тяжести состояния),

5.4 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);

6 – диагноздағы қателіктер (ошибка в диагнозе):

6.1 – толық диагноз (диагноз полный) барлық диагноздар көрсетілген: негізгі, қосарласқан, асқынулар (указаны все диагнозы: основной, сопутствующий, осложнения),

6.2 – диагнозы толық емес (диагноз не полный),

6.3 – диагнозы белгіленбеген (диагноз не установлен);

7 – стационарда науқастың қысқа мерзімде болуы (кратковременное пребывание больного в стационаре) 3 тәуліктен аз (менее 3 суток);

8 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):

8.1 – анамнездік және клиникалық деректерді дұрыс есепке алмау (недоучет анамнестических и клинических данных),

8.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования),

8.3 - жоғары білікті мамандардың консультациялық көмегінің жетіспеушілігі (недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов),

8.4 - консультанттар қорытындысын дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка заключений консультантов),

8.5 - айғақтарсыз зерттеп-қарауды тағайындау (назначение обследований без показаний),

8.6 - дәрігерлер консилиумы (консилиум врачей) айғақтар бойынша (по показаниям):

8.6.1 - толық және уақтылы жасалған (проведен в полном объеме и своевременно),

8.6.2 – жасалмаған (не проведен);

9 – барабар терапия берілмеген (неадекватная терапия):

9.1 - толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),

9.2 - айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

10 - бейінді мамандардың қатысуынсыз көмек көрсетілген (айғақтар бойынша) оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаниям);

11 - шұғыл араласуды жүргізудегі кемшіліктер (недостатки в проведении оперативного вмешательства):

11.1 - кешіктірілген шұғыл араласулар (запоздалое оперативное вмешательство),

11.2 - шұғыл араласудың барабар емес көлемі мен әдісі (неадекватный объем и метод оперативного вмешательства),

11.3 - операция кезінде техникалық ақаулар (технические дефекты при операции),

11.4 - тиісті айғақтарсыз операциялар (операции без должных показаний),

11.5 - барабар емес анестезия (неадекватная анестезия),

11.6 - мүмкін асқынулардың профилактикасының болмауы (отсутствие профилактики возможных осложнений),

11.7 - трансфузиялық заттардың болмауы (отсутствие трансфузионных средств);

а негізгі (основной)/(код)

в қосарласқан (сопутствующий)/(код)

с асқыну (осложнение)/(код)

IV. Пациенттің тәртіп бұзушылығы (керектісін сызу):

Нарушения со стороны пациента (нужное подчеркнуть):

0 - ескертулер жоқ (нет замечаний);

1 - дәрігердің бақылауы тұрақты емес (нерегулярное наблюдение врача);

2 - дәрігерлердің ұсынымын орындау (выполнение рекомендаций врачей):

2.1 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындау (регулярное выполнение рекомендаций врачей),

2.2 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындамау (нерегулярное выполнение рекомендаций врачей),

2.3 - дәрігерлердің ұсынымын орындамау (невыполнение рекомендаций);

3 - криминалдық араласу (криминальное вмешательство);

4 - ұсынылған амбулаториялық емделуден бас тарту (отказ от предложенного амбулаторного лечения);

5 - емдеуге жатқыздудан бас тарту (отказ от госпитализации);

6 - медициналық көмекке жүгінуді кешіктіру (задержка с обращением за медицинской помощью);

7 - стационардан өз еркімен кету (самовольный уход из стационара).

V. МҚАЕ алдын алуға болатын факторлар (керектісін сызу)

Факторы, которые могли бы предотвратить ДОМУ (нужное подчеркнуть):

1 - пациентті уақтылы емдеуге жатқызу (своевременная госпитализация пациента);

2 - әлеуметтік саламаттылық (социальное благополучие);

3 - патологиялық жағдайды ерте диагностикалау (более ранняя диагностика патологического состояния);

4 - зерттеудің қосымша әдістері (дополнительные методы исследования) УДЗ, рентгенодиагностика және т.б. зерттеулер (УЗИ, рентгенодиагностика и др. исследования);

5 - клиникалық және зертханалық деректерді, консультанттар қорытындыларын дұрыс түсіндіру (правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов);

6 - уактылы барабар емдеу оның ішінде оперативтік (своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное);

7 - мамандардың біліктілігі (квалификация специалистов).

VI. Қосымша мәлімет (керектісін сызу)

Дополнительные сведения (нужное подчеркнуть):

0 - деректер жоқ (данных нет);

1 - ятрогендік себептер (ятрогенные причины):

1.1 – бар (нет), 1.2 – жоқ (есть) _____

VII. Өлімінің алдын алу (керектісін сызу)

Предотвратимость смерти (нужное подчеркнуть):

1 – алдын-алуға болатын (предотвратима);

2 – шартты алдын-алуға болатын (условно предотвратима);

3 – алдын-алу мүмкін емес (непредвратима).

Қартаны толтыру күні (Дата заполнения карты) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Оператордың Т.А.Ә. (Ф.И.О. оператора) _____

Қартаның енгізілген күні (Дата ввода карты) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Примечание: расшифровка аббревиатур

АХЖ-10 коды – аурудың халықаралық жіктемесінің Х қайта қаралымы бойынша коды

Код МКБ - 10 – код по Международной классификации болезней X пересмотра

ТМККК – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

УДЗ – ультрадыбыстық зерттеу

УЗИ – ультразвуковое исследование

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 9-қосымша

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің күші жойылған бұйрықтардың тізбесі

1) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушы 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығы (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелді, "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 24 ақпандағы № 68-69 (26489-26490); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 26 ақпандағы № 72-73 (26493-26494); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 2 наурыздағы № 76-77 (26497-26498); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 5 наурыздағы № 82-83 (26503-26504); "Казахстанская правда"

газетінде 2011 жылғы 6 наурыздағы № 84-85 (26505-26506); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 10 наурыздағы № 86-87 (26507-26508); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 15 наурыздағы № 92-93 (26513-26514); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 16 наурыздағы № 94-95 (26515-26516); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 17 наурыздағы № 96-97 (26517-26518); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 29 наурыздағы № 105-106 (26526-26527); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 30 наурыздағы № 107-108 (26528-26529); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 6 сәуірдегі № 116 (26537); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 12 сәуірдегі № 121-122 (26542-26543); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 13 сәуірдегі № 123-124 (26544-26545); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 14 сәуірдегі № 125-126 (26546-26547); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 19 сәуірдегі № 131-132 (26552-26553); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 20 сәуірдегі № 133 (26554); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 21 сәуірдегі № 134-135 (26555-26556); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 23 сәуірдегі № 138 (26559); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 26 сәуірдегі № 139 (26560); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 30 сәуірдегі № 144-145 (26565-26566); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 7 мамырдағы № 150-151 (26571-26572); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 14 мамырдағы № 156-157 (26577-26578); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 21 мамырдағы № 163-164 (26584-26585); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 28 мамырдағы № 170-171 (26591-26592); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 6 маусымдағы № 177-178 (26598-26599); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 11 маусымдағы № 185-186 (26606-26607) жарияланған));

2) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 5 қыркүйектегі № 583 бұйрығы. (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 7239 тіркелді, Қазақстан Республикасының орталық атқарушы және өзге де мемлекеттік органдарының нормативтік құқықтық актілері бюллетенінде № 2012 жылы №3, 447 бап жарияланған);

3) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 28 маусымдағы № 439 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 7810 тіркелді, "Заң газеті" газетінде 2012 жылғы 12 қыркүйектегі № 136 (2318) жарияланған);

4) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушы 2012 жылғы 31 шілдедегі № 514 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 7898 тіркелді, "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 6 ақпандағы, 2013 жылғы 7 ақпандағы, 2013 жылғы 9 ақпандағы, 2013 жылғы 12 ақпандағы, 2013 жылғы 13 ақпандағы, 2013 ақпандағы 14 ақпандағы, 2013 жылғы 19 ақпандағы № 44-45, 46-47, 50-51, 52, 53-54, 55-56, 61-62 (27318-27319, 27320-27321, 27324-27325, 27326, 27327-27328, 27329-27330, 27335-27336); 2013 жылғы 12 маусымдағы № 198-199 (27472-27473) жарияланған);

5) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 6 наурыздағы № 127 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 8422 тіркелген, "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 19 қазандағы № 297 (27571); "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 22 қазандағы № 298 (27572); "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 23 қазандағы № 299 (27573); "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 24 қазандағы № 300 (27574); "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 26 қазандағы № 302 (27576) жарияланған);

6) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 19 наурыздағы № 153 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 10570 тіркелген, "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде 2015 жылғы 1 сәуірде жарияланған);

7) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына толықтыру енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2016 жылғы 29 шілдедегі № 665 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 14204 тіркелген, ҚР НҚА электрондық түрдегі эталондық бақылау банкіде 2016 жылғы 16 қарашада жарияланған);

8) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен

толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 24 наурыздағы № 92 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 15051 тіркелген, ҚР НҚА электрондық түрдегі эталондық бақылау банкінде 2017 жылғы 30 мамырда жарияланған);

9) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2018 жылғы 29 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-48 бұйрығы. (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 18147 тіркелген, ҚР НҚА электрондық түрдегі эталондық бақылау банкінде 2019 жылғы 14 қантарда жарияланған);

10) "Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің кейбір бұйрықтарына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 19 шілдедегі ҚР ДСМ-106 бұйрығының 1-тармағының 2) тармақшасы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 19072 тіркелген, ҚР НҚА электрондық түрдегі эталондық бақылау банкінде 2019 жылғы 31 шілдеде жарияланған);

11) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 29 қарашадағы № ҚР ДСМ-147 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 19692 тіркелген, ҚР НҚА электрондық түрдегі эталондық бақылау банкінде 2019 жылғы 10 желтоқсанда жарияланған).

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
10-қосымша

Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсер етуді тіркеу үшін есепке алу құжаттамасын толтыру жөніндегі Нұсқаулық

Ескерту. Бұйрық 10-қосымшамен толықтырылды - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 01.07.2022 № ҚР ДСМ-62 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

1-тарау. Жалпы ережелер

1. Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсер етуді тіркеу үшін есепке алу құжаттамасын толтыру жөніндегі

Нұсқаулық (бұдан әрі – Нұсқаулық) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 7-бабы 31) және 33) тармақтарына, "Қазақстан Республикасының Азаптауларға және басқа да қатыгез, адамгершілікке жатпайтын және ар-намысты қорлайтын іс-әрекеттер мен жазалау түрлеріне қарсы конвенцияға қосылуы туралы" Қазақстан Республикасының Заңына сәйкес, сондай-ақ қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсерді құжаттау жөніндегі есепке алу нысандарын бекіту мақсатында әзірленді.

2-тарау. Қатыгезпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсер етуді тіркеу үшін толтыруға жататын есепке алу құжаттамасының нысандары

2. Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын және (немесе) психологиялық әсерді тіркеу үшін есепке алу құжаттамасын толтыру кезінде есепке алу құжаттамасының мынадай нысандары (бұдан әрі – құжаттама нысандары) толтырылады:

1) "Стационарлық пациенттің медициналық картасы" № 001/е нысаны осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес "Стационарлық жағдайларда медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша жүгінген (түскен) кездегі медициналық қарап-тексеру картасы" 12-қосымша парағы;

2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес "Стационардан (тәулік бойы, күндіз) шыққанның статистикалық картасы" № 012/е нысаны;

3) "№ __Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы" № 052/е нысаны осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес "Амбулаториялық жағдайларда медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша жүгінген (түскен) кездегі медициналық қарап-тексеру картасы" 8-қосымша парағы;

4) осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы" № 054/е нысаны.

3-тарау. Есепке алу құжаттама нысандарын толтыру

3. Стационарлық және (немесе) амбулаториялық жағдайларда медициналық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттарын алу және (немесе) психологиялық әсер ету себебі бойынша жүгінген (түскен) кезде медициналық қарап-тексеру картасында паспорттық деректер және жеке сәйкестендіру нөмірі (бұдан әрі – ЖСН), тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), туған күні, жынысы, жасы, ұлты, азаматтығы, тұратын мекенжайы, жұмыс және (немесе) оқу орны

және (немесе) балалар мекемесінің орны, лауазымы, білімі, сақтандыру полисінің нөмірі (сақтандыру жағдайында) көрсетілген сақтандыру компаниясының атауы, шығындарды өтеу түрі, әлеуметтік мәртебесі толтырылады.

Жүгіну себебі көрсетіледі: дене жарақаты және (немесе) психологиялық әсер ету.

Шағымдар мен анамнез сипатталады. Анамнезді жинау кезінде оқиға болған күні мен орнын, қаруды және (немесе) қару ретінде пайдаланылған заттарды көрсете отырып, физикалық және (немесе) психологиялық зорлық-зомбылық қолданылғаны туралы мәліметтер нақтыланады. Деректер медициналық құжаттамада тіркеледі.

Дене жарақаттары сипатталады:

- 1) сызаттар;
- 2) көгерулер;
- 3) жаралар;
- 4) сынықтар.

4. Сызатты сипаттау кезінде:

нақты анатомиялық оқшаулау;

пішіні: сызықты, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты;

дененің бойлық осіне қатысты бағыт (тік, көлденең, көлбеу-тік жоғарыдан төмен, солдан оңға қарай);

өлшемдері (ұзындығы, ені сантиметрмен);

түбінің немесе жабатын қыртыстың жай-күйі (ылғалды, қоршаған тері деңгейіне қатысты, қоршаған тері деңгейінің деңгейінде немесе одан жоғары түсіп кетеді, шеткі бойынша түсіп кетеді, гипер және (немесе) гипопигментация учаскесі);

қоршаған тіндердің жай-күйі: ісіну, гиперемия, қан, топырақ көрсетіледі.

5. Көгеруді сипаттау кезінде көрсетіледі:

нақты анатомиялы оқшаулау;

пішіні: сызықты, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты;

дененің бойлық осіне қатысты бағыт (тік, көлденең, көлбеу-тік жоғарыдан төмен, солдан оңға қарай);

өлшемдері (ұзындығы, ені сантиметрмен);

түсі (қызыл-қызғылт, көкшіл-күлгін, қоңыр, жасылдау, сары);

түбінің немесе жабатын қыртыстың жай-күйі (ылғалды, қоршаған тері деңгейіне қатысты, қоршаған тері деңгейінің деңгейінде немесе одан жоғары түсіп кетеді, шеткері бойынша түсіп кетеді, гипер және (немесе) гипопигментация учаскесі);

қоршаған тіндердің жағдайы: ісіну, гиперемия, қан, топырақ көрсетіледі.

6. Жараны сипаттау кезінде көрсетіледі:

нақты анатомиялық оқшаулау;

шеттердің үңіреюі және жақындауы кезінде жараның пішіні мен көлемдері: сызықты, ұршық тәрізді;

тіндер ақауының сипаты мен ерекшеліктері, "минус тін" ақауының болуы;

шеттердің ерекшеліктері: шөгу, көгеру, қабыршақтану, ластану, бөгде қосындылар; қабырғалардың көлбеу рельефі: тегіс, тегіс, тік, көлбеу, қазылған; шеттерінің шөгуі;

түбінің ерекшеліктері; тінаралық жалғағыш-тінден бөгетшелердің болуы, бұлшық еттердің, сүйектердің зақымдануы;

жараның аймағындағы шаштың зақымдану ерекшеліктері: жараның бастапқы және ортаңғы үштен бірінде, шаштың соңғы бөлігінде, шаш баданасының сыртқа айналуы;

шеміршекті, сүйекті кесу, шабу, аралау бетіндегі микробедердің ерекшеліктері: тегіс, біркелкі емес, ирек.

7. Сынықты (ашық) сипаттау кезінде:

нақты анатомиялық локализация;

пішіні (сызықты, дұрыс емес, ұсақ сынықтар);

өлшемдері;

сыну сызықтарының бағыты (тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта (жоғарыдан төмен, солдан оңға));

омыртқа зақымдарының ерекшеліктері: омыртқаны қоршаған тіндердегі қан кетулердің локализациясы және қасиеттері, омыртқалар денелерінің, доғаларының және өсінділерінің сынуы, жылжу сипаты, байланыстыру аппаратының, омыртқааралық дискілердің, қабықша үстілік және қабықша астылық қан кетулердің, жұлынның зақымдануы сипатталады.

8. Психикалық жай-күйі сипатталады. Психикалық белгілерді анықтау пациенттің мінез-құлқы мен жай-күйін бақылау және сауалнама кезінде шағымдарды анықтау арқылы жүзеге асырылады.

Былайша сипатталады:

- сана (анық, бұзылмаған, сана бұзылған, уақытқа, орынға, жеке басына байланысты шатасу, толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде);

- мінез-құлық (адекватты, пассивті, мәңгіру, мелшиеп қалу, қозған, қорқақ, жылауық, толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде);

- көңіл-күй мен эмоциялар (қалыпты көңіл-күй жағдайы, көңіл-күйдің төмендеуі (пассивтілік, көңілсіздік, пессимистік, қызбалық және (немесе) ашуланшақтық, көтеріңкі көңіл күй (көңілділік, ширақтылық, оптимистік), қорқыныш, үрей, толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде);

- ойлау, есте сақтау, сөйлеу (ерекшеліктері жоқ, баяу ойлау-сөйлеу, жылдам ойлау және (немесе) сөйлеу, жағдайлық және (немесе) егжей-тегжейлі ойлау және (немесе) сөйлеу, байланыссыз ойлау, сандырақ идеялар, өлім, өзін өзі өлтіру туралы ойлар, есте сақтау мен назар аударудың бұзылуы, толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде);

- соматовегетативтік бұзылулар (науқастың шағымдары бойынша анықталады): жиі немесе күшейген жүрек соғуы, жүрек тұсындағы жайсыздық сезімдер, көп терлеу,

ысып кету немесе қалтырау, ауыздың құрғауы, қолдың, аяқтың және (немесе) дененің дірілдеуі, бұлшықеттің сыздауы, демалуға қабілетсіздік, тұншығу сезімі немесе тыныс алудың қиындауы, кеудедегі жайсыздық немесе ауырсыну сезімі, "кеудедегі ауырлық", бас айналу, бас ауруы, әлсіздік, шаршау сезімі, ұю және (немесе) шаншу сезімі, толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде);

- жоғарыдағы тармақтарда көрсетілмеген медицина қызметкері анықтаған симптомдар: ұйқының, тәбеттің бұзылуы, психотравманың болуы, қызығушылықтың жоғалуы, құпиялылық, сенімсіздік, алкогольді тұтыну туралы хабарламалар, үмітсіздік сезімі, галлюцинациялар (пациент айналаға қарайды, көрінбейтін сұхбаттасушымен сөйлеседі), толықтырулар және (немесе) түсіндірулер болған кезде).

9. Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттары және (немесе) психологиялық әсері бар стационардан (тәулік бойы және (немесе) күндізгі) шыққанның статистикалық картасында паспорт деректері және жалпы мәліметтер, онда ЖСН, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), туған күні, жынысы, жасы, ұлты, азаматтығы, тұратын мекенжайы, лауазымы, білімі, сақтандыру полисінің нөмірі (сақтандыру жағдайында) көрсетілген сақтандыру компаниясының атауы, шығындарды өтеу түрі, әлеуметтік мәртебесі толтырылады.

Емдеуге жатқызу түрі (шұғыл, жоспарлы), бастапқы немесе қайта емдеуге жатқызу, емдеуге жатқызу коды көрсетіледі.

Емдеуге жатқызуға жіберген адамдар туралы және жіберген медициналық ұйымның атауы толтырылады.

Жіберген ұйымның диагнозы және келіп түскен кездегі диагноз көрсетіледі.

Жарақат түрлері (тұрмыстық, көше, жол-көлік, мектеп, спорт), қатыгездікпен қарау синдромы (қараусыз қалдыру немесе тастап кету, физикалық, сексуалдық және (немесе) психологиялық қатыгездік, қатыгездікпен қараудың басқа да синдромдары, анықталмаған қатыгездікпен қарау синдромы) көрсетіледі.

Күтім жасайтын адаммен және (немесе) бала емізетін анамен емдеуге жатқызу туралы мәліметтер, емдеуге жатқызу күні мен уақыты, бөлімше, палата нөмірі көрсетіледі.

Реанимация бөлімшесінде болуы туралы мәліметтер толтырылады, төсектің бейіні көрсетіледі.

АИТВ-инфекциясына, қан тобы мен резус-факторға зерттеу нәтижелері туралы, дәрілік заттардың аллергиялық реакциялары мен жанама әсерлері туралы мәліметтер толтырылады.

Қорытынды диагноз, асқынулар және қатар жүретін аурулар көрсетіледі.

Хирургиялық операциялар жүргізу туралы мәліметтер толтырылады.

Сондай-ақ қорытынды мәліметтер (келу және емделу нәтижелері, шығарылған (қайтыс болған) күні мен уақыты, өткізілген төсек-күндер саны, емдеуші дәрігердің және бөлімше меңгерушісінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) көрсетіледі.

10. Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақаттары және (немесе) психологиялық әсері бар амбулаториялық жағдайларда көмек алған пациенттің статистикалық картасында ЖСН, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), туған күні, жынысы, жасы, ұлты, азаматтығы, тұратын мекенжайы, тұрғылықты жері, лауазымы көрсетілген жұмыс, оқу және (немесе) балалар мекемесінің орны, білімі, сақтандыру полисінің нөмірі көрсетілген сақтандыру компаниясының атауы (сақтандыру жағдайында), шығындарды өтеу түрі, әлеуметтік мәртебесі, жүгіну себебі (профилактикалық қарап-тексеру, ауру, жарақат) толтырылады.

Жарақаттар түрі (тұрмыстық, көше, жол-көлік, мектеп, спорт), нақтылаумен қатыгездікпен қарау синдромы (қараусыз қалдыру немесе тастап кету, физикалық, жыныстық және (немесе) психологиялық қатыгездік, қатыгездікпен қараудың басқа да синдромдары, анықталмаған қатыгездікпен қарау синдромы) көрсетіледі.

Жіберген адам туралы деректер, қорытынды диагноз, жүргізілген операциялар, манипуляциялар туралы мәліметтер енгізіледі.

Өтінімнің нәтижесі, емханалық өтінім жағдайларын растау және оның аяқталу күні көрсетіледі.

Дәрігер туралы мәліметтер (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), идентификатор) енгізіледі.