**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | **№ 001/у** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | | | | | | | | | | | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | Приказ МЗ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | Донецкой Народной Республики | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код | | | | | |  |  |  | | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | | № |  |  |  |  |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ж У Р Н А Л**  **учета приема больных в стационар** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Начат "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_ года | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Окончен "\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_\_\_года | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **№**  **п/п** | | **Госпитализация больного** | | | **Фамилия,**  **имя, отчество больного** | | | | | **Дата рождения** | | | | | | **Место жительства больного или**  **место жительства родственников, близких,**  **номер телефона** | | | | | | | | **Каким**  **учреждением направлен**  **или**  **кем доставлен больной** | | | | | | **Отделение, в которое госпитализирован больной** | | | | | | | |
| **дата** | **время** | |
| **1** | | **2** | **3** | | **4** | | | | | **5** | | | | | | **6** | | | | | | | | **7** | | | | | | **8** | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| продолжение ф. № 001/у | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Номер**  **медицинской карты**  **стационарного**  **больного** | | | | **Диагноз направившего**  **учреждения** | | | | | **Заключительный диагноз при выписке больного из стационара** | | | | | | | | | | | | **Выписан учреждением, умер, переведен**  **в другой стационар**  **(отметить дату и куда переведен больной)** | | | | | | | | | | **Примечание** | | | | | | |
| **9** | | | | **10** | | | | | **11** | | | | | | | | | | | | **12** | | | | | | | | | | **13** | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики за регистрационным

№ 141 от 20.05.2015

**ИНСТРУКЦИЯ**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 001/у**

**"Журнал учета приема больных в стационар"**

1. Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 001/у "Журнал учета приема больных в стационар" (дальше - форма № 001/у).

2. Форма № 001/у предназначена для регистрации больных, которые были госпитализированы в стационар. Данные о больном вписываются в журнал только в случае окончательного решения о госпитализации больного.

3. Форма № 001/у ведется в приемных отделениях специализированных и многопрофильных больниц, центров, диспансеров, санаторно-курортных учреждениях, в роддомах и родильных отделениях больниц для регистрации гинекологических больных и женщин, которые госпитализируются по поводу прерывания беременности со сроком до 12 недель. При госпитализации женщин со сроком беременности свыше 12 недель в роддомах и родильных отделениях больниц заполняется учетная форма № 002/у "Журнал учета приема беременных, рожениц, и родильниц".

4. Инфекционные отделения больницы ведут самостоятельно журналы приема больных, данные которых не должны дублировать форму № 001/у приемного отделения больницы.

5. В форме № 001/у указывается каждый больной, который обратился в приемное отделение с направлением на госпитализацию, обратился самостоятельно по поводу заболевания или доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационар и был госпитализирован.

6. В графе 1 указывается порядковый номер госпитализации больного.

7. В графах 2, 3 отмечаются дата и время госпитализации больного.

8. В графе 4 указывается фамилия, имя и отчество больного по паспорту или со слов больного или лица, сопровождающего больного.

9. В графе 5 отмечается дата рождения больного.

10. В графе 6 указывается место жительства больного в соответствии с паспортными данными или место жительства родственников, близких и номера их телефонов.

11. В графе 7 указывается наименование учреждения здравоохранения, которым был направлен больной, или фамилия, имя, отчество лица, доставившего больного.

12. В графах 8, 9 отмечаются отделение, в которое был госпитализирован больной, и номер медицинской карты стационарного больного.

13. В графе 10 указывается диагноз направившего учреждения здравоохранения.

14. В графе 11 отмечается заключительный диагноз больного при выписке его из стационара.

15. В графе 12 указывается информация о выписанном, умершем или переведенном в другой стационар больном с указанием даты и наименования учреждения здравоохранения, куда переведен больной. Графы 11, 12 заполняются на основании данных медицинской карты стационарного больного при выписке, смерти больного или в случае перевода его в другой стационар.

16. Форма № 001/у должна быть пронумерована, прошита, заверена подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

17. В случае ведения формы № 001/у в электронном формате она должна включать в себя все данные, которые содержатся на утвержденном бумажном носителе информации.

18. Срок хранения формы № 001/у - 25 лет.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой