**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | | | | | | | |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**  Форма первичной  учетной документации  **ФОРМА N** **027-1/у**  Утверждена  приказом МЗ ДНР  от\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Код |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ВЫПИСКА**  **из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | " | |  | | | | " |  | | | | | | | | | | | | | | | 20 | | | | |  | | года | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | |  | (дата заполнения) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
|  | Местонахождение учреждения здравоохранения, куда направлена выписка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  |
|  | 1. Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | 2. Пол: мужской – 1,женский – 2 | | | | | |  | 3. Дата рождения | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | | |  | |  | |  | |  | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, | | | | | месяц, | | | | | | год) | | | |  | | | | |  | | |
|  | 4. Место жительства больного | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | (страна, область, район, населенний пункт, улица, дом. №, кв. №) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5. Житель:города – 1, села - 2 | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | 6. Профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | 7. Группа первичного учета для пострадавших от последствий аварии на ЧАЭС: ликвидаторы – 1; эвакуированные – 2; население, проживающее на территории радиоэкологического контроля – 3; дети, которые родились от родителей 1-3 групп первичного учета - 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  |  | | | |  |
|  | 8. Дата госпитализации | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |   (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | 9. Дата выбытия из стационара | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |   (число, месяц, год) | | | | | | | | | |  | | |
|  | 10. В случае смерти - причина: осложнение лечения - 1, прогрессирование злокачественного новообразования - 2, от другого заболевания или несчастного случая - 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | 11. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | (клинический диагноз подробно с указанием локализации первичной опухоли) Код по МКБ-10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | | | |  | | |
|  | Т\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_\_\_\_M\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pT \_\_\_\_\_\_\_\_\_ pN\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pM \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стадия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | 12 Диагноз подтвержден: гистологически - 1, цитологически - 2, рентгенологически - 3, эндоскопически - 4, радиоизотопным методом - 5, клинически - 6, другим – 7:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  | 13. Дата установления диагноза | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | | | (число, | | | | месяц, | | | | год) | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | 14.Морфологическое заключение №  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | Дата | | | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |   (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (морфологический тип опухоли) (степень дифференцировки)  продолжение ф. № 027-1/у | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | 15. Наличие рецидива заболевания, отдаленных метастазов (локализация)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | 16. Осложнения основного заболевания  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | 17. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Патологоанатомический диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 19. ХРОНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ  Характер проведения лечения (по радикальной программе; паллиативное; симптоматическое; реабилитация;другие) | | | | | |
| Хирурги-  ческое  лечение | Дата операции | Наименование операции | | | Примечание (в  т. ч. осложнения) |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| Лучевая терапия | Дата проведення лечения  (с … по …) | Что облучалось (первичная опухоль, Mts, Rec, другое) и где (указать орган, ткань, область) | Доза (суммарная) | Вид облучения (рентген, гамма, Со60, Сs 137, бета, электроны, нейтроны, лазерное, прочее) | Примечание (в  т. ч. осложнения) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Химио-, гормоно-, иммуноте-рапия | Дата проведення лечения  (с … по …) | Название препарата | Доза (суммарная) | Способ введения  (в / в, в / а, в / м, per os, прочее) | Примечание (в  т. ч. осложнения) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Другие виды лечения | Дата проведення лечения  (с … по …) | Название (вид) лечения | | | Примечание (в  т. ч. осложнения) |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  | | |  |
| продолжение ф. № 027-1/у  20. Специальные методы обследования, подтверждающие диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    (компьютерная томография, УЗИ, МРТ, другие) | | | | | |
| 21. Рекомендации при выписке\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (для умерших патологоанатомическое заключение)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_ | | | | | |
| Фамилия, имя, отчество врача, заполнившего выписку, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | | | | |
| Фамилия заведующего отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | | | | | |

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 "Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием" форма №027-1/у**

Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 027-1/у "Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием" (далее - Выписка).

Настоящая Инструкция обязательна для стационаров всех ведомств и учреждений всех форм собственности, осуществляющих лечение онкологических больных, в том числе для: больниц, лечебно – диагностических центров, госпиталей, поликлиник с дневными стационарами, диспансеров, медсанчастей, клиник научно-исследовательских институтов, санаторно-курортных учреждений и т.д. (далее - учреждения).

Выписка заполняется лечащим врачом независимо от его специальности на каждого больного злокачественным новообразованием, который выбыл из стационара (выписан, умер). Выписка заполняется как на больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, в том числе с преинвазивным раком (carcinoma in situ), так и на больных с диагнозом, установленным ранее. Для одного и того же больного заполнение Выписки обязательно для каждого случая госпитализации, вне зависимости от продолжительности, исхода последней и дальнейших планов лечения.

Выписка должна быть заполнена в день выписки больного из стационара и в десятидневный срок с момента заполнения выслана в онкологические учреждения по месту постоянного проживания (место постоянной регистрации) больного - в онкологические кабинеты, диспансеры, которые обслуживают население данной территории, или в Республиканский онкологический центр. На руки больному Выписка не выдается.

Руководители лечебно - профилактических учреждений обязаны обеспечить контроль своевременности и качества заполнения Выписки и высылку Выписок в десятидневный срок после их составления в соответствующие территориальные онкологические учреждения (онкокабинеты, онкодиспансеры, диспансерные онкологические отделения, Республиканский онкологический центр). Случаи незаполнения врачами Выписок и недостаточного контроля руководителей медицинских учреждений за качеством и своевременностью их заполнения, а также своевременностью высылки рассматриваются, как серьезные нарушения ими функциональных обязанностей и врачебного долга.

Данные из Выписок в территориальных онкологических учреждениях, осуществляющих диспансерное наблюдение за больными злокачественными новообразованиями, вносятся в базу данных территориального популяционного канцер-регистра и в "Регистрационную карту больного злокачественным новообразованием" (ф. № 030-6/у).

Руководители территориальных онкологических учреждений обязаны обеспечить контроль качества, полноты и своевременности заполнения поступающих в руководимые ими учреждения Выписок. При нарушении правил заполнения и высылки Выписок руководитель территориального онкологического учреждения должен поставить об этом в известность главного врача указанного лечебно - профилактического учреждения.

Онкологические учреждения осуществляют уточнение и верификацию информации, внесенной в Выписки. Стадия опухолевого процесса у больных со злокачественным новообразованием может быть уточнена с учетом данных, полученных во время хирургического вмешательства, если оно произведено не позднее, чем через два месяца после установления диагноза.

Название и адрес медицинского учреждения, в котором заполнена Выписка, вносится полностью, без сокращений. Если Выписка заполняется в онкологическом диспансере и никуда не направляется, то вместо названия необходимо отметить "Заполнено в диспансере".

В Выписке обязательно должна быть указана дата ее заполнения.

Название медицинского учреждение, в которое направляется Выписка, вносится полностью, без сокращений.

1. В пункте 1 указываются фамилия, имя и отчество больного (полностью, на основании паспортных данных).
2. В пункте 2 отмечается пол больного.
3. В пункте 3 отмечаются число, месяц и год рождения больного. Запись полной даты обязательна, не допускается указание только года рождения.
4. В пункте 4 указывается место жительства больного (республика, город, район, населенный пункт, улица, дом N, квартира N).
5. В пункте 5 отмечается, где живет больной: в городе или в селе. Больных, проживающих в поселках городского типа, следует отнести к жителям города.
6. В пункте 6 отмечаются место работы (специальность), основная профессия, которой больной отдал большую часть своей трудовой жизни, в том числе, если больной в данный момент находится на пенсии или является иждивенцем.
7. Пункт 7 заполняется для потерпевших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС соответственно группе первичного учета на основании удостоверения пострадавшего: 1 - ликвидатор, 2 - эвакуированный, 3 - житель, который проживает на территории радиоэкологического контроля, 4 - ребенок, который родился от родителей 1-3 групп первичного учета.
8. В пункте 8 отмечаются число, месяц и год госпитализации больного.
9. В пункте 9 отмечаются число, месяц и год убытия из стационара больного.
10. В пункте 10 (в случае смерти больного) отмечается причина смерти: 1 - осложнение лечения, 2 - прогрессирование злокачественного новообразования, 3 - другое заболевание или несчастный случай.
11. В пункте 11 указывается заключительный диагноз - клинический диагноз подробно с указанием локализации первичной опухоли соответственно Международной статистической классификации болезней десятого пересмотра (далее - МКБ-10) и стадия заболевания. Кроме того, указывается 4х-значный код заболевания соответственно МКБ-10.
12. В пункте 12 отмечаются все методы, с помощью которых был подтвержден диагноз: 1 - гистологическим, 2 - цитологическим, 3 - рентгенологическим, 4 - эндоскопическим, 5 - радиоизотопным методом, 6 - клиническим, 7 – другим.
13. В пункте 13 отмечаются число, месяц и год установления диагноза. В случае выявления у больного нескольких злокачественных опухолей или заболеваний злокачественными новообразованиями, пункты 11-16 повторяются для каждого такого заболевания. При этом заполняются дополнительные бланки Выписок - на бланках указывается "Дополнительно".
14. В пункте 14 указываются результаты морфологического исследования: номер, дата исследования, морфологический тип опухоли, степень дифференцировки клеток, глубина инвазии, поражение лимфатических узлов, кровеносных сосудов и др. Морфологические диагнозы должны соответствовать номенклатуре МКБ – 10.
15. В пункте 15 указываются наличие рецидива заболевания, метастазов и их локализация.
16. В пункте 16 указывается наличие осложнения основного заболевания.
17. В пункте 17 указываются сопутствующие заболевания (при наличии).
18. В случае смерти больного в пункте 18 указывается патологоанатомический диагноз и причина смерти в соответствии с врачебным свидетельством о смерти.
19. В пункте 19 отображается хронология лечения за данный период пребывания в стационаре:

указывается характер проведенного лечения (по радикальной программе, паллиативное, симптоматическое, реабилитация, другое); отмечаются все виды проведенного лечения, полученные больным, с указанием названия, даты проведения, примечания, в том числе осложнения; при лучевом лечении - что облучалось (первичная опухоль, Mts, Rec, другое) и где (указать орган, ткань, область), доза (суммарная), вид облучения (рентген, гамма, Co 60, Cs 137, бета, электроны, нейтроны, лазерное, другое); при химио-, гормоно-, иммунотерапии отмечаются название препарата, доза (суммарная) и способ введения (в/в, в/а, в/м, per os, другое); вносят данные о других примененных видах лечения.

1. В пункте 20 отмечаются специальные методы обследования, которые подтверждают диагноз (компьютерная томография, УЗД, МРТ и прочее) с указанием даты, номера.
2. В пункте 21 отмечаются рекомендации при выписке.
3. В конце Выписки должны быть разборчиво указаны фамилия, имя и отчество врача, который заполнил Выписку, и его подпись; фамилия заведующего отделением и его подпись.
4. Ответственным за достоверность приведенной в Выписке информации является лицо, которое заполнило Выписку.
5. В случае ведения формы № 027-1/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится на утвержденном бумажном носителе.
6. Срок хранения Выписки не менее 3 лет после отчетного периода.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой