**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства здравоохранения

Донецкой Народной Республики

от12.03.2015 № 312

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма |      | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**Форма первичной учетной документации**ФОРМА №** **031/у**Утвержденаприказом МЗ ДНРот\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**КНИГА**

**записи вызовов врачей на дом**

**за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.**

|  |
| --- |
| **Примечание:**По каждому терапевтическому (педиатрическому, семейному) участку Книги ведутся отдельно Начата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г.Окончена «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п  | Дата и время вызова | Фамилия, имя, отчество больного  | Год рождения  | Адрес  | Участок N  |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|    |    |    |    |    |    |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

продолжение ф. № 031/у

продолжение ф. № 031/у

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| По какому поводу сделан вызов  | Вызов первичный, повторный, посещение активно  | Дата выполнения вызова  | Кем выполнен вызов  | Подпись врача, который обслужил вызов  | Диагноз  | Предоставленная медицинская помощь, куда больной направлен (для неотложной помощи) |
| 7  | 8  | 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 № 031/у

«Книга записи вызовов врачей на дом»

1. «Книга записи вызовов врачей на дом» (далее - форма № 031/у) заполняется в лечебно - профилактических учреждениях, которые оказывают медицинскую помощь на дому.

2. Форма № 031/у предназначена для записи вызовов врачей на дом и для контроля за их выполнением.

3. В поликлиниках, которые имеют терапевтические или педиатрические участки, «Книга записи вызовов врачей на дому» ведется отдельно на каждый участок.

4. В амбулаториях, специализированных учреждениях, где объем помощи на дому небольшой - одна форма № 031/у может вестись на учреждение в целом.

Примечание. Форму № 031/у можно использовать и на фельдшерско-акушерских пунктах для записи вызовов на дом среднего медперсонала.

5. «Книги записи вызовов врачей на дом» ведутся регистратором (медицинской сестрой), который принимает вызова. Во время вызова заполняются первые 8 граф книги.

6. В форму № 031/у записываются как первичные, так и повторные вызова, а также посещения больных на дому по инициативе врача (без вызова), в таком случае в графе 7 Книги отмечается «активное» посещение.

7. На основании вызовов регистратором отбираются медицинские карты амбулаторных больных и передаются врачам, которые будут обслуживать вызова. После выполнения вызова медицинские карты возвращаются в регистратуру и на основании данных, которые есть в форме № 025/у "Медицинская карта амбулаторного больного", врачом заполняются графы 9-13 книги.

8. В случае ведения формы № 031/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

9. Срок хранения - 3 года.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой