

**УТВЕРЖДЕНО**  
Приказ Министерства  
здравоохранения  
Донецкой Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адресов) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____</p> <p>Идентификационный код _____</p>		<p><b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации № 003-1/у</p> <p><b>УТВЕРЖДЕНО</b></p> <p>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики   0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41  </p>
---	--	---

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

1. Фамилия, имя, отчество женщины _____			
2. Группа крови _____		3. Резус-фактор _____	
4. Реакция Вассермана _____		Результат исследования на гонорею _____	
5. Поступила по направлению _____			
(название учреждения здравоохранения)			
6. Санобработку прошла: да, нет (подчеркнуть)			
7. Дата поступления:	 (число, месяц, год)	8. Дата выписки	 (число, месяц, год)

9. Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

10. Возраст \_\_\_\_ лет, семейное положение: в браке зарегистрированном, не зарегистрированном, одинокая (подчеркнуть)

11. Место жительства: республика \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город (село) \_\_\_\_\_

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ корпус \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

12. Место работы \_\_\_\_\_

(для учащихся название учебного заведения)

13. Должность \_\_\_\_\_

14. Диагноз при поступлении: основной \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

Подпись акушерки \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_

15. Диагноз клинический \_\_\_\_\_

Код по МКБ-10 

--	--	--	--	--	--	--	--

16. Диагноз при выписке: основной \_\_\_\_\_

сопутствующий \_\_\_\_\_

17. Название операции, дата \_\_\_\_\_

18. Осложнения \_\_\_\_\_

## АНАМНЕЗ

19. Менструация установилась с \_\_\_\_\_ лет по \_\_\_\_\_ дней через \_\_\_\_\_ дней.

Мизерные, умеренные, значительные, болезненные, безболезненные (подчеркнуть)

Последняя нормальная менструация с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Половая жизнь с \_\_\_\_\_ лет

Пользовалась ли предохранительными мерами против беременности: да, нет, каким способом \_\_\_\_\_

Какая беременность (1, 2 и тому подобное) \_\_\_\_\_ Число беременностей, которые закончились родами \_\_\_\_\_ абортами \_\_\_\_\_

Последняя беременность была в \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (месяц)

Закончилась: родами срочными, преждевременными, абортom по медицинским показаниям, криминальным, самопроизвольным выкидышем (подчеркнуть)

Были ли осложнения в родах \_\_\_\_\_

после родов \_\_\_\_\_

после абортов \_\_\_\_\_

(указать, какие и годы)

Перенесенные заболевания: болезнь Боткина, сифилис, гонорея, гинекологические заболевания \_\_\_\_\_

Перенесенные операции, переливания крови (было, не было) \_\_\_\_\_

Причины нынешнего аборта : \_\_\_\_\_

нежелание иметь ребенка, жилищные условия, учеба, необеспеченность детским садом, материальная необеспеченность, много детей, нет мужа (подчеркнуть; то, чего не хватает – вписать) \_\_\_\_\_

**20. Состояние при госпитализации**

Т° тела \_\_\_\_\_ общее состояние \_\_\_\_\_

Внешние покровы, слизистые \_\_\_\_\_ окраска \_\_\_\_\_

Органы кровообращения : пульс \_\_\_\_\_ АД \_\_\_\_\_

сердце (тоны) \_\_\_\_\_

Органы дыхания \_\_\_\_\_

Органы пищеварения \_\_\_\_\_

Опорожнение \_\_\_\_\_ Органы мочеиспускания \_\_\_\_\_

**21. Влагалищное исследование**

Внешние половые органы без особенностей, влагалище узкое, свободное

Шейка матки цилиндрической, конической формы (подчеркнуть)

Слизистая влагалища и шейки чистая \_\_\_\_\_ На шейке есть эрозия размером \_\_\_\_\_

Внешний зев открыт, закрыт \_\_\_\_\_ Тело матки в положении \_\_\_\_\_

Увеличено до \_\_\_\_\_ недель беременности, мягкой консистенции, подвижное, неподвижное, болезненное, безболезненное, безболезненное при пальпации (подчеркнуть)

Левые придатки без особенностей \_\_\_\_\_ Правые придатки без особенностей \_\_\_\_\_

Свод свободный \_\_\_\_\_ Выделения: слизистые, гнойные, кровянистые, умеренные, значительные (подчеркнуть)

Диагноз: беременность \_\_\_\_\_ недель **Врач** \_\_\_\_\_

22. Получено информированное добровольное согласие на проведение операции, лечение ф. № 003-6/у: да, нет (подчеркнуть)

23. Операция прерывания беременности \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_ часов

Метод обезболивания \_\_\_\_\_

24. После соответствующей обработки внешних половых органов, влагалища и шейки матки, шейка матки взята на пулевые щипцы.

Длина матки по зонду \_\_\_\_\_ см.

Расширение цервикального канала расширителем Гегара № \_\_\_\_\_ легко

виброделятатором \_\_\_\_\_ легко

Плодное яйцо разрушено и удалено кюреткой, абортцангом, вакуумэксскохлеатором

Контрольное выскабливание стенок матки проведено, нет (подчеркнуть)

Матка сократилась, нет (подчеркнуть) Кровопотеря \_\_\_\_\_ мл Шейка матки обработана йодом \_\_\_\_\_

Назначения \_\_\_\_\_

Подпись акушера-гинеколога \_\_\_\_\_

### 25. Послеоперационный период

Дата	Первые сутки	Назначения
Т° утром	Жалобы _____	
Т° вечером	Общее состояние _____	
Пульс	Живот при пальпации: безболезненный, болезненный, мягкий, напряженный (подчеркнуть)	
АД		
	Выделения: кровянистые, серозные, значительные, умеренные, незначительные (подчеркнуть)	
	Опорожнение _____	
	Мочеотделение _____	
<b>Врач</b> _____		

Дата	Вторые сутки	Назначения
Т° утром	Жалобы _____	
Т° вечером	Общее состояние _____	
Пульс	Живот при пальпации: безболезненный, болезненный, мягкий, напряженный (подчеркнуть)	
АД		
	Выделения: кровянистые, серозные, значительные, умеренные, незначительные (подчеркнуть)	
	Опорожнение _____	
	Мочеотделение _____	
<b>Врач</b> _____		

Дата		Третьи сутки	Назначения
Т° утром		Жалобы _____	
Т° вечером		Общее состояние _____	
Пульс		Живот при пальпации: безболезненный, болезненный, мягкий, напряженный (подчеркнуть)	
АД			
		Выделения: кровянистые, серозные, значительные, умеренные, незначительные (подчеркнуть)	
		Опорожнение _____	
		Мочеотделение _____	
			<b>Врач</b> _____
« _____ » _____ в _____ г.		Выписана в удовлетворительном состоянии _____	
		Переведена в _____	
26. Рекомендовано _____			
Справку получила _____			
Листок нетрудоспособности с _____ по _____ № _____, трудоспособность восстановлена или продолжает болеть, явка к врачу. серия _____ получила _____			
<b>Врач</b> _____		<b>Зав. отделением</b> _____	
(подпись)		(подпись)	

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**по заполнения формы первичной учетной документации**  
**№ 003-1/у «Медицинская карта прерывания беременности»**

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 003-1/у «Медицинская карта прерывания беременности» (далее – форма № 003-1/у), которая используется как в стационаре, так и в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения.

2. Форма № 003-1/у является медицинским документом, который заполняется в аккредитованных учреждениях здравоохранения II и III уровней оказания медицинской помощи при обращении женщины для проведения операции (процедуры) искусственного прерывания нежелательной беременности до 12 недель беременности или по поводу самопроизвольного аборта (в стационаре).

3. Форма № 003-1/у заполняется во всех случаях прерывания беременности в срок до 12 недель, кроме абортов по медицинским показаниям при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. В этих случаях заполняется форма первичной учетной документации № 003/у «Медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_\_», (далее – форма № 003/у).

4. В случаях осложнений, которые возникают во время или после операции (процедуры) аборта, требующих пребывания женщины в стационаре более трех суток, записи заносятся в дневник формы № 003/у.

5. В пункте 1 отмечаются фамилия, имя, отчество женщины, которая обратилась по поводу искусственного прерывания беременности.

6. В пунктах 2 - 4 отмечаются: группа крови, резус-фактор, результаты исследования микробиоценоза влагалища, анализа на реакцию Вассермана (по показаниям) беременной женщины.

7. В пункте 5 отмечается наименование учреждения здравоохранения, по направлению которого поступила женщина для проведения операции (процедуры) искусственного прерывания беременности.

8. В пунктах 7 - 9 отмечаются: дата госпитализации (число, месяц, год), дата прерывания беременности, дата выписки женщины после проведения операции (процедуры) искусственного прерывания беременности, количество проведенных койко-дней.

9. В пунктах 10 - 13 отмечаются: возраст и семейное положение женщины, место жительства согласно паспортным данным, место работы, должность.

10. В пунктах 14 - 16 отмечаются: диагноз при госпитализации (основной, сопутствующий), диагноз клинический, диагноз при выписке (основной, сопутствующий) согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра.

11. В пункте 17 отмечаются: название операции (процедуры) искусственного прерывания беременности и дата ее проведения (число, месяц, год).

12. Пункт 18 заполняется в случае осложнений после оперативного вмешательства или после использования другого метода прерывания беременности.

13. В пункте 19 отмечается акушерско-гинекологический анамнез женщины: календарь менструаций, начало половой жизни, использование противозачаточных средств, наличие предыдущих беременностей, их результат (закончились родами или аборт), их количество, наличие осложнений в родах или после аборта; перенесенные заболевания, операции, аллергологический анамнез, переливание крови, причины нынешнего прерывания беременности, проведение преабортного консультирования.

14. В пункте 20 отмечается состояние женщины при госпитализации: температура тела, общее положение, пульс, артериальное давление, состояние внутренних и внешних органов (органов дыхания, пищеварения, мочеотделения и т.д.).

15. В пункте 21 отмечаются результаты влагалищного исследования: состояние внешних половых органов, шейки матки, тела матки, увеличения ее к определенному количеству недель беременности, состояние левого и правого придатков, свода, наличие и характер выделений. Выставляется диагноз беременности (количество недель беременности), фамилия и подпись врача акушера-гинеколога, осмотревшего женщину.

16. В пункте 22 путем подчеркивания отмечается, подписано или нет информированное добровольное согласие беременной женщины на проведение операции (процедуры) искусственного прерывания нежелательной беременности утвержденной формы.

17. В пункте 23 отмечаются дата проведения операции и метод обезболивания.

18. В пункте 24 описываются ход операции, наличие кровопотери, сокращение матки; проставляются фамилия и подпись врача акушера-гинеколога, выполнившего операцию.

19. В пункте 25 описывается послеоперационный период в первые трое суток после операции с указанием: общего состояния, жалоб, температуры тела, артериального давления, результатов пальпации живота (безболезненный, болезненный, мягкий, напряженный), характера выделений (кровянистые, серозные, значительные, умеренные), назначений врача. Проставляются дата, фамилия и подпись врача акушера-гинеколога.

20. В пункте 26 формы № 003-1/у отмечается дата выписки женщины, приводятся рекомендации, в том числе послеабортное консультирование и избранный метод контрацепции, дата контрольного визита. Отмечаются данные о выданной справке, листке нетрудоспособности, проставляются фамилия и подпись врача акушера-гинеколога и заведующего отделением.

21. В форму № 003-1/у вклеиваются форма информированного добровольного согласия беременной женщины на проведение операции (процедуры) искусственного прерывания нежелательной беременности, копии результатов обследования с датами и при наличии направления копии других документов, которые подтверждают показания для прерывания беременности.

22. Форма № 003-1/у заполняется шариковой ручкой разборчивым почерком. Исправление или замазывание неверно заполненных данных не допускаются.

23. На женщин, госпитализированных для прерывания беременности в сроке после 22 недель, заполняется форма № 096/у «История родов».

24. После выписки форма № 003-1/у передается в кабинет медицинской статистики, обрабатывается и направляется в архив.

25. В случае ведения формы № 003-1/у в электронном формате, она должна включать все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе информации.

26. Срок хранения формы № 003-1/у – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой