Приложение 17

к приказу Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

06.06.2016 № 555

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Наименование и местоположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**№ 1/у-онко****УТВЕРЖДЕНО**Приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики |
| Идентификационный код |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **КОМИССИОННОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ (РЕШЕНИЕ) ВРАЧЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ №\_\_\_\_\_\_\_****«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**20\_\_\_\_года(дата заполнения) |
| **1.** | **Фамилия, имя, отчество** |
|  |
| **2.** | **Номер первичной учетной документации пациента**  | **ф.№025/у**  |  |  |  |  |  | **ф.№003/у** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  **Дата рождения**  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  (число, месяц, год) |
| **4.** | **Место жительства, контактный телефон** |
|  |
| **5.** | **Жалобы больного** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | **Анамнез заболевания** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** | **Анамнез жизни** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2

Продолжение приложения 17

|  |  |
| --- | --- |
| **8.** | **Объективные данные** (соматические данные, результаты рентгенологических, инструментальных, лабораторных обследований, морфологической верификации опухоли: цитологической, гистологической, иммуноцитохимической, иммуногистохимической и др.) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** | **Место болезни** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** | **Диагноз**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **а) основной:** |  |  |  |  |  **Стадия** |  **ТNM** |
|  |  | **Клиническая группа** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **б) осложнения основного заболевания:** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **в) сопутствующие заболевания:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **11.** | **На основании вышеуказанных данных, согласно стандартам диагностики и лечения, комиссия рекомендует методы и этапность лечения:** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12.** | **Члены комиссии:** |  |  |  |  |  |  |  |
| **врач онколог-хирург:** |
| (Ф.И.О., подпись) |
| **врач-радиолог:** |
| (Ф.И.О., подпись) |
| **врач-онколог (химиотерапевт):** |
| (Ф.И.О., подпись) |
| **врачи других специальностей:** |
| (Ф.И.О., подпись) |
| **13. Информацию о больном для комиссии подготовил врач**  |
|  |
|  |
| (Ф.И.О., подпись) |