**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  **№ 003-4/у** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  |  | УТВЕРЖДЕНО | | | | | | | | | | | | | |
|  | Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения,  в котором заполняется форма | | | | | | | | | |  |  | Приказ МЗ Донецкой Народной Республики | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  |  |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | Код |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ЛИСТОК ВРАЧЕБНЫХ НАЗНАЧЕНИЙ № карты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № палаты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Назначение** | **Исполни-тель** | **Отметки о назначении и выполнении** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Дата** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Режим |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Врач |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Подписи | Сестра |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

продолжение ф. №003-4/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОБСЛЕДОВАНИЯ | | | | | | | ДИЕТИЧЕСКОЕ ПИТАНИЕ | | | | | | | | | |
| Название | Датаназначения | | | Название | Датаназначения | | Диета,схема дополни-тельного питания | | Дата **назначения** | Дата отмены | Диета,схема дополни-тельного питания | Дата **назначения** | | | Датаотмены | |
| Общеклинические и биохимические | | | | Эндоскопические | | |
| Общий анализ крови |  |  |  | Эзофагогастродуоденоскопия |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | |
| Анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин) |  |  |  | Колоноскопия |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | |
| Анализ крови на глюкозу |  |  |  | Сигмоскопия |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | |
| Анализ мочи на диастазу |  |  |  | Ректороманоскопия |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | |
| Коагулограмма, длительность кровотечения, свертывания крови |  |  |  | РХПГ |  |  |  | |  |  |  |  | | |  | |
| Электролиты крови |  |  |  | Рентгенологические | | |  | |  |  |  |  | | |  | |
| Печеночные пробы |  |  |  | Рентгеноскопия желудка и ДПК |  |  | ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ | | | | | | | | | |
| Анализ крови на белковые фракции |  |  |  | Рентгеноскопия тонкой кишки |  |  | Название процедуры | | | | | Датаназначения | | | Подпись | |
| Анализ крови на мочевину, остаточный азот, креатинин |  |  |  | Ирригоскопия |  |  |  | | | | |  | | |  | |
| Группа крови, резус фактор |  |  |  | Холецистография(инфуз., перор.) |  |  |  | | | | |  | | |  | |
| Общий анализ мочи |  |  |  | Обзорный снимок брюшной полости |  |  |  | | | | |  | | |  | |
| Анализ мочи на амилазу |  |  |  | Ультразвуковые | | |  | | | | |  | | |  | |
| Моча на глюкозу (из суточного количества) |  |  |  | Печени, селезенки, желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы, кишечника, почек, мочевого пузыря, матки и придатков, лимфоузлов брюшной полости |  |  |  | | | | |  | | |  | |
| Анализ мочи на желчные пигменты |  |  |  |  |  |  | | | | |  | | |  | |
| Пробы мочи по Зимницкому |  |  |  |  |  | ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ | | | | | | | | | |
| Пробы мочи по Нечипоренко |  |  |  |  |  | Название процедуры | | | | | Датаназначения | | | Подпись | |
| Копрограмма |  |  |  | Микробиологические | | |
| Объем суточной кровопотери с калом |  |  |  | Соскоб с языка, из зева |  |  |  | | | | |  | | |  | |
| Анализ кала на скрытую кровь |  |  |  | Соскоб с перианального отдела |  |  |  | | | | |  | | |  | |
| Кал на яйца глистов, простейших |  |  |  | Микрофлора кала |  |  |  | | | | |  | | |  | |
| Зондовые | | | | Анализ крови на стерильность |  |  | МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ | | | | | | | | | |
| Желудочная секреция с гистамином, пентагастрином, алкоголем |  |  |  | Функциональные | | | К о д процедуры | Название процедуры | | | | Дата назначенияи подпись | | Датаотменыи подпись | | |
| Дуоденальное зондирование (БДЗ) |  |  |  | Электрокардиограмма |  |  |  |  | | | |  |  |  | |  |
| Исследование панкреатической секреции |  |  |  | Реоэнцефалограмма |  |  |  |  | | | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |  |  |  | |  |

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 № 003-4/у**

**"Листок врачебных назначений"**

“Листок врачебных назначений" (форма № 003-4/у) является оперативным документом, который предназначается для регистрации режима пребывания больного в стационаре, назначенного ему диетического питания, методов обследования, медикаментозного лечения, физиотерапевтических и психотерапевтических процедур.

Заполняется лечащим врачом в день госпитализации больного в стационар с внесением необходимых корректив в период лечения больного.

Записи (названия препаратов, процедур, местного лечения и тому подобное) ведутся на русском языке, разборчиво.

Для хранения листков врачебных назначений на период лечения больных в стационаре ведется специальная папка в каждом отделении.

Ежедневно средние медицинские работники делают отметки о выполнении назначений.

После выписки больного из стационара листок врачебных назначений подклеивается в "Медицинскую карту стационарного больного" (форма № 003/у) и хранится вместе с ней 25 лет.

В случае ведения формы № 003-4/у в электронном формате она должна содержать все реквизиты и данные, которые имеются в утвержденном бумажном варианте.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой