**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 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | **№ 014/у** | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | | | | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | Приказ МЗ | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | Донецкой Народной Республики | | | | | | | | | | | | | |
| Код | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | № |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | |
| **НАПРАВЛЕНИЕ\***  **на патологогистологическое исследование** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ часов  (дата и время направления материала) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Отделение |  | | | | | | | | Карта стационарного (амбулаторного) больного  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | |  |
| 1. Фамилия, имя, отчество больного | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 2. Пол: мужчина–1, женщина–2 (подчеркнуть) | | | | | | | |  |  |  | | | | | |
| 3. Возраст |  | | | лет | | | | | | | | | | | |
| 4. Биопсия первичная–1, вторичная–2 (подчеркнуть) | | | | | | | | |  |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |  |  | | | | | |
| 5. При повторной биопсии указать № и дату первичной | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 6. Дата и вид операции | | | | | « \_\_\_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |
| 7. Маркировка материала,  количество объектов | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 8. Клинические данные | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| (длительность заболевания, проведенное лечение при опухолях - точная локализация, темпы роста, размеры, консистенция, отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов, специальное лечение; при исследовании лимфоузлов указать анализ крови, соскобов эндометрия, молочных желез - начало и конец последней нормальной менструации, характер нарушения менструальной функции, дату начала кровотечения). | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Клинический диагноз | | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заполняется под копирку в 2-х экземплярах  Лечащий врач | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | | | | | Фамилия лечащего врача | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | |  |  | |  | |
|  | | | | | (подпись) | | | | |

продолжение формы № 014/у

**ПАТОЛОГОГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Дата и время поступления «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Биопсия диагностическая | |  | | | | Биопсия срочная | |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |
| Операционный материал | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Количество кусочков |  | | Блоков | |  | | Методика окраски |  | | |
| Макро- и микроскопическое описание: | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | |
| Патологогистологический вывод (диагноз) | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

\*Заполняется под копирку в 2-х экземплярах

Необходимое вписать, подчеркнуть

Дата исследования «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Фамилия патологоанатома \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия лаборанта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 № 014/у

"Направление на патологогистологическое исследование"

“Направление на патологогистологическое исследование" (форма   
№ 014/у) - в дальнейшем - направление, является обязательным сопроводительным документом к любому удаленному материалу, который взят во время операции или при диагностических вмешательствах и который подлежит обязательному гистологическому исследованию.

Первая страница формы N 014/у заполняется лечащим врачом в одном экземпляре. На каждый случай (или отдельно взятый материал у одного больного) заполняется направление, которое доставляется в патологоанатомическое бюро (отделение).

Все пункты формы N 014/у заполняются лечащим врачом подробно, чтобы патологоанатом, при проведении исследования, имел достаточное количество клинических сведений для оценки выявленных морфологических изменений.

На титульной стороне формы N 014/у записываются наименование отделения и номер медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного.

В пунктах 1 - 3 указываются фамилия, имя, отчество больного, его пол и возраст.

В пункты 4, 5 вписываются данные по биопсии: первичная или повторная; при повторной указываются номер и дата первичной биопсии.

В пунктах 6, 7 указываются дата и вид операции, маркировка материала, количество объектов исследования.

В пункте 8 лечащий врач отмечает клинические данные: длительность заболевания, проведенное лечение, при опухолях - точную локализацию, темпы роста, размеры, консистенцию, отношение к окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов, специальное лечение; при исследовании: лимфоузлов указывается анализ крови; соскоба эндометрия, молочных желез - начало и конец последней нормальной менструации, характер нарушений менструальной функции, дата начала кровотечения.

В пункт 9 вписываются клинический диагноз больного и краткие данные анамнеза и лечения: общее количество введенных цитостатических и гормональных препаратов, характер лучевой терапии.

Записи подтверждаются подписью лечащего врача с указанием фамилии.

Лаборант патологоанатомического бюро, патологоанатомического отделения, принимая материал, поступающий в лабораторию вместе с направлением, проверяет правильность и полноту заполнения всех граф и соответствие полученного материала указанному на бланке.

В пунктах 10, 11 указываются соответствующий номер патологогистологического исследования и дата и время поступления материала в лабораторию.

В пункте 12 указывается диагностическая биопсия; в пункте 13 - биопсия экстренная; в пункте 14 указывается операционный материал; в пункте 15 указывается количество кусочков, блоков; в пункте 16 - методика окраски, которую определяет врач-патологоанатом.

В пункте 17 врачом-патологоанатомом указываются макро- и микроскопические описания материала, при этом указываются номера конкретно взятых органов.

В пункте 18 врач-патологоанатом записывает патологогистологический вывод (диагноз) по результатам исследований.

После заполнения формы N 014 / о указывается дата исследования, проставляются фамилии и подписи врача-патологоанатома и лаборанта.

Форма № 014/у используется при составлении отчета по форме № 20 "Отчет лечебно-профилактического учреждения", раздела "Деятельность патологоанато-мического бюро (отделения)", таблица 4501.

В случае ведения формы N 014/у в электронном формате она должна включать в себя все данные, содержащиеся на утвержденном бумажном носителе информации.

Срок хранения - 1 год после отчетного периода.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой