**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | **№ 030/у** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения  здравоохранения, где заполняется форма | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | УТВЕРЖДЕНО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Приказ МЗ ДНР | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | | **№** | | |  | |  | | |  | | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА**  **диспансерного наблюдения** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия врача | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Код или номер медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Взят(а) на учет | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
| Снят(а) с учета | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | | | | | | | |  | | Заболевание, по поводу которого больной(а) взят(а) под диспансерное наблюдение | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
| Причина, по которой снят(а) с учета | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Диагноз установлен впервые в жизни | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | |  | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | Заболевание установлено при обращении, при профилактическом осмотре | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | (подчеркнуть) | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Фамилия, имя, отчество | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Пол: мужской - 1, женский - 2 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | 3. Дата рождения | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  |  | | |  |  | |  | 4. Местожительство | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Место работы (учебы) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Профессия (должность) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Контроль посещений | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Назначено явиться | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| Явился | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| Назначено явиться | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| Явился | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | |  | | | | |

продолжение формы № 030/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8. Запись об изменениях диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 9. Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, рекомендации по трудоустройство, перевод на инвалидность и тому подобное) | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Наименование лечебно-профилактических мероприятий** | | | | | | | | |
| 10. Осмотр специалистами: | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 11. Обследование (лабораторное, функциональное, инструментальное) : | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 12. Лечение: |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 13. Реабилитация: | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Подпись врача | | |  | |  | | Дата | “\_\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. |
|  | | | | | | | | |

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 № 030/у

"Контрольная карта диспансерного наблюдения"

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения" (далее - форма № 030/у).

2. Форма № 030/у заполняется всеми учреждениями здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, кроме противотуберкулезных, онкологических, психоневрологических и наркологических учреждений, в которых заполняются другие контрольные карты диспансерного наблюдения.

3. Форма № 030/у является основным документом для учета диспансерных больных и обеспечения контроля наблюдения за ними.

4. В кожно-венерологических учреждениях форма № 030/у заполняется только на взятых под диспансерное наблюдение больных кожными болезнями и трихомониазом. На больных венерическими и грибковыми кожными болезнями эта форма не заполняется; в онкологических учреждениях форма № 030/у заполняется на больных с предопухолевыми заболеваниями. Форма № 030/у заполняется также на инфекционных больных и реконвалесцентов, которые взяты под диспансерное наблюдение врачами кабинетов инфекционных заболеваний.

5. Форма № 030/у заполняется на больных, которые находятся на диспансерном наблюдении по поводу заболеваний. Диагноз, установленный впервые в жизни, указывается с правой стороны титульной части этой формы. С этой же стороны отмечается дата установления диагноза и метод его выявления в случае обращения по поводу заболевания или во время проведения профилактического осмотра.

6. В пункте 1 этой формы отмечаются фамилия, имя, отчество лица, которое взято под диспансерное наблюдение.

7. В пункте 2 отмечается пол лица (проставляется в квадрате), в пунктах 3-6 указываются данные относительно даты рождения, местожительства по паспортным данным, в случае, если больным является ребенок, отмечается местожительства его родителей или других законных представителей, место работы (учеба), профессии или должность данного лица.

8. Форма № 030/у используется для контроля систематического наблюдения за диспансерными больными, потому в пункте 7 указываются даты назначенного и фактического посещения врача диспансерным больным.

9. В пункте 8 отмечается запись об изменениях основного диагноза, сопутствующих заболеваний, осложнений.

10. Проведенные больному лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, рекомендации по трудоустройству, перевод на инвалидность и тому подобное) указываются в пункте 9.

11. В пунктах 10-13 отмечается информация о наблюдении больного разными специалистами, его обследовании (лабораторном, функциональном, инструментальном), а также лечении и реабилитации.

12. На больных, которые находятся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, которые этиологически между собой не связаны, форма № 030/у заполняется отдельно на каждое заболевание.

13. Контрольные карты диспансерного наблюдения хранятся в картотеке каждого лечащего врача по срокам назначенного следующего посещения и по нозологическим формам заболеваний больных, которые находятся под диспансерным наблюдением, что позволяет контролировать своевременность посещения пациентом врача.

14. Форма № 030/у используется при составлении отчётной формы № 12 "Отчет о заболеваниях, зарегистрированных у больных, которые проживают в районе обслуживание лечебно-профилактического учреждения, за 20\_\_\_ год".

15. Форма № 030/у должна быть подписана врачом, у которого больной находится под диспансерным наблюдением. Отмечается дата ее заполнения.

16. В случае ведения формы № 030/у в электронном формате должна быть включена вся информация, которая содержится на утвержденном бумажном носителе.

17. Срок хранения формы № 030/у - 5 лет.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой