## 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 | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | **№ 066/у** | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) заведения здравоохранения, в котором заполняется форма | | | | | | | | | | | | УТВЕРЖДЕНО | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | Приказ МЗ ДНР | | | | | | | | | | | | | |
| Код | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Карта больного, выбывшего из стационара № \_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | |
| 1. Код пациента |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
| 2. Страховой полис серия | |  | № | |  | Выдан кем |  | Код территории |  |
|  | |  |  | |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3. Вид оплаты: ОМС–1; бюджет–2; платные услуги–3, в т.ч. ДМС–4; другое–5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Дата госпитализации | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | Номер медицинской карты стационарного больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (часов) (минут) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Фамилия, имя, отчество больного | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Пол: муж.–1; жен.–2 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Дата рождения | |  | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 8. Возраст (полных лет) \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | 9. Житель: городской–1, сельский–2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | 10. Работает: да–1, нет–2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | |  |
| 11. Место работы (должность) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. Место жительства: | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Социальный статус: дошкольник–1; учащийся–2; студент–3; рабочий–4; служащий–5; пенсионер–6; домохозяйка–7; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| военнослужащий–8; член семьи военнослужащего–9; БОМЖ–10; прочие–11; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Имеет льготы да–1; нет–2; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 Категория льгот: инвалид ВОВ–1; участник ВОВ–2; воин интернационалист–3; лицо подвергшееся радиационному облучению–4; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| в т.ч. в Чернобыле–5; ребенок-инвалид–6; инвалид с детства–10; прочие–11 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. Группа инвалидности: инв. I гр.–1; инв. II гр.–2; инв. III гр.–3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Кем направлен (учр. здрав.) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | № напр. | | | | | |  | | | | Дата: | | | |  | | | | | | |
| 18. Кем доставлен | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Код | | | |  | | | | | № наряда | | | | | | |  | | |
| 19. Диагноз направившего учреждения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20. Отделение госпитализации | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21. Доставлен в состоянии опьянения: алкогольного–1; наркотического–2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22. Профиль коек |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23. Госпитализация: экстренная–1; плановая–2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24. Сроки госпитализации (до 6 часов–1; 7-24 часа–2; позже 24 часов–3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25. Госпитализация по поводу данного заболевания в текущем году: впервые–1, повторно–2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Травма: **производственная:** промышленная–1; с/хоз.–2; строит.–3; транспортная–4, в т.ч. ДТП–5; прочие–6; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **непроизводственная:** бытовая–7; уличная–8; транспортная–9, в т.ч. ДТП–10; школьная–11; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |
| спортивная–12; противоправная–13; прочие–14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27. Результат лечения: | | | | | выписан(а) с выздоровлением–1, улучшением–2, ухудшением–3, без изменений–4; умер(ла)–5; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| переведен(а) в другое лечебное заведение–6; здоровый(а)–7 (подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28. Дата выписки, (смерти): | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (время) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 29. Проведено койко-дней | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

продолжение ф. № 066/у

30. Движение пациента по отделениям:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код**  **отделения** | **Профиль**  **коек** | **Код врача** | **Дата поступления** | **Дата**  **выписки,**  **перевода <\*\*\*>** | **Код**  **диагноза**  **по МКБ** | **Код**  **медицинс-**  **кого**  **стандарта**  **<\*>** | **Код**  **прерванного**  **случая**  **<\*\*>** | **Вид**  **оплаты** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <\*\*> Заполняется при использовании в системе оплаты | | | | | | | | | |
| <\*\*\*> При выписке, переводе из отделения реанимации указать время пребывания в часах | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 31. Диагноз стационара (при выписке) | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | **Основное**  **заболевание** | **Код**  **МКБ** | **Осложнения** | **Код**  **МКБ** | | | **Сопутствующие заболевания** | **Код**  **МКБ** |
| Клинический заключительный | | | |  |  |  |  | | |  |  |
| Патологоанатомический | | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | |
| 32. В случае смерти (из пункта 11 врачебного свидетельства о смерти № \_\_\_\_\_\_\_\_) указать основную причину, код по МКБ | | | | | | | | | | | |
|  |  | І. а) |  | | | | |  | приблизительное время  между началом заболевания и смертью | | |
|  |  |  | (непосредственная причина смерти) | | | | |  |
|  |  | б) |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |
|  |  | в) |  | | | | |  |
|  |  |  |  | | | | |  |
|  |  | г) |  | | | | |  |
|  | | | (б, в, г - заболевания и патологические состояния, которые обусловили непосредственную причину смерти; | | | | | | | | |
|  | | | основная причина смерти указывается в последнюю очередь). | | | | | | | | |
|  | | | В случае смерти женщины во время беременности или после родов, в период до одного года указать неделю беременности \_\_\_\_\_\_\_ день послеродового периода \_\_\_\_\_\_, недель после родов \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
| 33. Хирургические операции | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата,**  **час** | **К о д**  **хирурга** | **К о д**  **отделе-**  **ния** | **Операция** | | **Осложнение** | | **Анес-**  **тезия**  **<\*>** | **Использование спец.**  **аппаратуры** | | | **Вид оплаты** |
| **Наименование** | **К о д** | **Наименование** | **К о д** | **общ.–1**  **местн.–2** | **энд.** | **лазер** | **криог.** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **13** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 34. Обследование на RW | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | онкологический профилактический осмотр | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |
| на ВИЧ-инфекцию | |  |  | |  | |  | |  | |  | | флюорографический профилактический осмотр | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | |
| 35. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации–1; недостаточный объем клинико-неправильная тактика лечения–3; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| несовпадение диагноза–4; отсутствие динамического наблюдения–5 | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | подпись | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
|  | Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
|  | (фамилия, имя, отчество) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | 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 № 066/у

"Карта больного, выбывшего из стационара, № \_\_\_\_\_\_"

1.Эта Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной статистической учетной документации № 066/у "Карта больного, выбывшего из стационара №\_\_\_" (далее - форма № 066/у).

2. Форма № 066/у составляется на основании форм первичной учетной документации № 003/у "Медицинская карта стационарного больного" (далее – форма № 003/у), № 003-1/у "Медицинская карта прерывания беременности" (далее – форма № 003-1/у), № 096/у "История родов" (далее - форма № 096/у), № 097/у "Карта развития новорожденного" (далее - форма № 097/у), и является документом, содержащим сведения о больном (выписанном или умершем), который выбыл из стационара.

3. В форме № 066/у обязательно заполняется все пункты. Исключением являются пункт 32, заполняющийся в случае смерти госпитализированного лица, пункты 2 - страховой полис, 3 – вид оплаты и графы 8, 9, 10 пункта 30 – движение пациента по отделениям заполняются после внедрения в Донецкой Народной Республике системы обязательного медицинского страхования.

4. п.1 Код пациента – это идентификационный номер пациента или иной код, принятый в ЛПУ.

5. п.2. Страховой полис. Если вид оплаты – медицинское страхование, то записываются реквизиты страхового полиса и страховщика (страховая компания, территориальный фонд ОМС, филиал ТФОМС) с обязательным указанием кода территории, на которой располагается страховщик по действующему классификатору.

6. п.3. Вид оплаты: ОМС – 1, бюджет – 2, платные услуги – 3, в т.ч. ДМС – 4, другое – 5, подчеркивается или обводится в кружок соответствующий реквизит.

7. п.13.Социальный статус отмечается путем обведения в кружок соответствующей позиции и внесения цифры в соответствующую ячейку.

8. п.15. Категория льгот. Заполняется для пациентов, относящихся к категории населения, имеющей право на льготное обеспечение лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения: отмечается соответствующая позиция.

9. Пункты 1-8 формы № 066/у заполняются медицинской сестрой приемного отделения одновременно с заполнением формы № 003/у, или № 003-1/у, или № 096/у, после чего форма № 066/у вкладывается в одну из отмеченных выше форм и хранится в отделении до выписки больного из стационара или смерти больного.

Форма № 066/у на новорожденного заполняется в родильном отделении больницы одновременно с картой развития новорожденного - учетной формой № 097/у (на всех новорожденных, родившихся больными, заболевших, или умерших).

10. Форма № 066/у заполняется лечащим врачом одновременно с записью эпикриза в первичной учетной документации, указанной в пункте 2 этой Инструкции, на всех больных, которые выбыли из стационара (выписанных или умерших), в том числе и на родильниц, которые выписаны после нормальных родов.

11. В форме № 066/у указываются название отделения госпитализации (пункт 20), экстренность госпитализации (пункт 23), сроки госпитализации (пункт 24), результат лечения (пункт 27). Кроме того, в пункте 25 отмечаются сведения относительно того, была госпитализация по поводу данного заболевания в данном году впервые, или повторно.

12. В пункте 28 отмечается дата выписки больного из стационара, а в случае его смерти - дата смерти.

13. При переводе больного из одного отделения в другое этой же больницы форма № 066/у заполняется в отделении, из которого больной выбыл.

14. В форме № 066/у на больных, которые находились в стационаре по поводу травм и отравлений, должна быть сделанная пометка (пункт 26) относительно вида травмы: производственная, бытовая, уличная дорожно-транспортная, школьная, спортивная и тому подобное.

15. При наличии у больного побочного действия лекарственного средства лечащий врач отмечает это в пункте 31 формы № 066/у проявление побочного действия как "основной диагноз", или "осложнения", или "сопутствующие заболевания" и подчеркивает их красным цветом.

В таких случаях лечащим врачом или медицинским статистиком проводится двойная кодировка данного пункта согласно Международной статистической классификации болезней и родственных проблем здравоохранения Десятого пересмотра далее – (МКБ-10): кодируются основной диагноз и осложнение: диапазон рубрик А00-R95, T80.5.6, Т88.2, Т88.6 и другие, в том числе рубрик Y40 - Y59. В тех случаях, когда в форме № 066/у отмечено несколько диагнозов заболеваний, в форме отчетности № 20 "Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20 \_\_ год," заполняется таблица 3220 "Состав больных в стационаре, сроки и результат лечения (количество)", данные о больном будут отмечаться по тому заболеванию, которое было основной причиной госпитализации. Данные о сроках и результате лечения больных, которые переведены в другие стационары, не отмечаются в таблице 3220 "Состав больных в стационаре, сроки и результат лечения (количество)" формы № 20; вносятся в таблицу 3221 формы № 20.

16. В пункте 32 «В случае смерти больного» производится запись согласно пункту 11 врачебного свидетельства о смерти (форма первичной учетной документации № 106/у "Врачебное свидетельство о смерти", в котором указываются патологические состояния, которые привели к непосредственной причине смерти, и другие патологические состояния, способствовавшие смерти.

17. В пункте 33 хирургические операции вносятся в хронологическом порядке, проставляется код операции согласно классификатору оперативных вмешательств (на основании этих данных заполняются таблицы 3500 "Хирургическая работа стационара", 3501, 3502 и 3600 "Экстренная хирургическая помощь больным, которые выбыли из стационара за отчетный период" формы № 20).

18. При заполнении пункта 34отмечаются лишь данные об обследовании, которые были проведены во время лечения больного в данном стационаре.

19. п. 35 Дефекты догоспитального этапа. Отмечаются путем подчеркивания в соответствующей позиции дефекты догоспитального этапа на основании решения лечащего врача, заведующего отделением, врача-эксперта.

20. В форме № 066/у обязательно указывают фамилию, имя и отчество лечащего врача (разборчиво) и его подпись.

21. В случае ведения формы № 066/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится на утвержденном бумажном носителе.

22. Срок хранения формы № 066/у - 5 лет.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой