**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 |
|  |  |  | **№ 069/у** |
| Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | УТВЕРЖДЕНО |
|  |  |  | Приказ МЗ ДНР |
| Код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **ЖУРНАЛ****записи амбулаторных операций** |
| Начат "\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_года  | Окончен"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года  |
|  |
|  |

продолжение ф. № 069/у

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номерп/п | Дата | Фамилия, имя, отчество больного | Возраст (для детей до 1 года - число месяцев, дней) | Местожительство больного | Диагноз |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 продолжение ф. № 069/у

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Обезболевание | Краткое описание операции | Фамилия и подпись врача и младшего специалиста с медицинским образованием |
| 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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**

**№ 069/у "Журнал записи амбулаторных операций"**

 1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 069/у "Журнал записи амбулаторных операций" (дальше – форма № 069/у).

2. Форма № 069/у заполняется врачами хирургического профиля учреждений здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, и хранится в операционной.

3. В форме № 069/у регистрируются все хирургические вмешательства (в том числе операции на челюстно-лицевой области и ротовой полости), которые проведены в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

4. В графах 1 и 2 указываются порядковый номер и дата проведения операции.

5. В графе 3 отмечаются фамилия, имя и отчество больного.

6. В графе 4 указывается возраст больного, а для детей до 1-го года **-** число месяцев, дней.

7. В графе 5 указывается местожительство больного по паспорту (в случае, если больным является ребенок, отмечается местожительство его родителей или других законных представителей).

8. В графе 6 указывается диагноз, который явился причиной амбулаторной операции.

9. В графе 7 отмечаются метод обезболивания, с указанием названия, дозы и пути введения анестетика.

10. В графе 8 коротко отмечается ход проведения операции.

11. В графе 9 указываются фамилия и подпись врача, который проводил операцию, и фамилия младшего специалиста с медицинским образованием.

12. Форма № 069/у должна быть прошита, пронумерована, заверена подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения.

13. Форма № 069/у является основанием для заполнения формы отчетности № 20 "Отчет лечебно-профилактического учреждения за 20**\_\_** год" (таблица 2800 "Хирургическая работа амбулаторно-поликлинического учреждения").

14. Оперативные вмешательства врачей-стоматологов в амбулаторно-поликлинических учреждениях также отмечаются в форме № 039-2/у "Дневник учета работы врача-стоматолога (стоматологической поликлиники, отделения, кабинета)".

15. В случае ведения формы № 069/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

16. Срок хранения формы № 069/у - 5 лет.

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В Кучковой