

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения  Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма  Идентификационный код	<table border="1"><tr><td>0</td><td>2</td><td>0</td><td>6</td><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>5</td></tr></table> № <b>012.1/41</b>	0	2	0	6	2	0	1	5
		0	2	0	6	2	0	1	5
<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b> Форма первичной учетной документации <b>№ 028-2/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ МЗ Донецкой Народной Республики									

**НАПРАВЛЕНИЕ**

**на Комиссию Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель**

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.  
(дата заполнения)

Наименование и адрес учреждения здравоохранения, в котором заполнено направление  
\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_  
2. Возраст \_\_\_\_\_ 3. Местожительство \_\_\_\_\_  
4. Паспорт или другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_  
(наименование документа)  
Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
Кем (наименование учреждения, выдавшего документ) \_\_\_\_\_

5. Диагноз и основания для искусственного прерывания беременности в сроке беременности от 12 до 22 недель (указать срок беременности, название болезни, форму, стадию, степень болезни, примечания)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Копии результатов и даты обследования (прилагаются).*

*Копии документов, которые удостоверяют основания для прерывания беременности (прилагаются).*

Врач \_\_\_\_\_  
(подпись)

Заведующий женской консультацией  
городской/районный акушер-гинеколог

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства  
здравоохранения Донецкой  
Народной Республики  
от 02.06.2015 № 012.1/41

**Инструкция**

**по заполнению формы первичной учетной документации № 028-2/у «Направление на Комиссию Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель»**

1. Форма № 028-2/у «Направление на Комиссию Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики по определению показаний к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель» является одним из основных документов, содержащих показания к искусственному прерыванию беременности в сроке от 12 до 22 недель (далее - форма № 028-2/у).

2. Форма № 028-2/у заполняется врачом женской консультации на основании данных наблюдения и обследования беременной в Индивидуальной карте беременной и родильницы (форма № 111/у).

3. При заполнении формы № 028-2/у врач женской консультации указывает наименование и адрес учреждения, выдавшего форму № 028-2/у, сведения о беременной, направленной на Комиссию, подробно записывает диагноз и основания для искусственного прерывания беременности в сроке от 12 до 22 недель.

4. Форма № 028-2/у заполняется ручкой, разборчивым почерком. Исправления или замазывания неверно заполненных данных не допускаются.

5. Копии результатов и даты обследования, копии документов, подтверждающих основания для прерывания беременности, прилагаются к форме № 028-2/у.

6. В случае ведения формы № 028-2/у в электронном формате, в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном носителе.

7. Срок хранения – 5 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой