

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 _____	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  <b>№ 096/у</b> <b>УТВЕРЖДЕНО</b>  Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <b>0   2   0   6   2   0   1   5   №   012.1/41</b>
--	--

<b>История родов № _____</b>	
Фамилия, имя, отчество _____	Возраст _____ лет.
Национальность _____	
Поступила « _____ » _____ г. _____ часов _____ минут	Группа крови _____ Гемоглобин _____
Выбыла « _____ » _____ г.	Резус-принадлежность _____
Проведено койко-дней _____	Титр антител _____
Палата № _____	Аллергические реакции _____
	RW: число _____, месяц _____, год _____ негативная, позитивная (подчеркнуть) Результат исследований на гонорею _____

Кем направлена _____								
Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) _____								
Адрес _____ телефон _____								
Семейное положение: брак зарегистрирован; не зарегистрирован; одинокая (подчеркнуть).								
Место работы, профессия, должность беременной, родильницы (роженицы) _____								
Относится к 1-3 группе диспансерного учета пострадавших в результате аварии на ЧАЭС: да, нет (подчеркнуть)								
Категория 1, 2, 3 (подчеркнуть), серия удостоверения _____ № _____								
Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет (подчеркнуть)								
Сколько раз _____ Наименование консультации _____								
Диагноз при поступлении _____								
Диагноз клинический _____								
Диагноз заключительный _____								
Код по МКБ-10 <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
Осложнения в родах, после родов _____								
Хирургические операции, методы обезболивания, осложнения _____								
_____								

Наименование операции	Дата, время	Метод обезболивания	Осложнения
Оперировал _____ (подпись)			
Оказание других видов медицинской помощи _____			
Выбыла: выписана, переведена; умерла: беременной, во время родов, после родов (подчеркнуть)			
<p>Рост _____ см. Вес _____ Т° _____</p> <p>Какая беременность (№) _____, роды (№) _____</p> <p>Последняя менструация _____</p> <p>Первое шевеление плода _____</p> <p>Таз: D.Sp _____ D.Cr _____ D.Tr _____</p> <p>C.ext _____ C.diag _____ T.vera _____</p> <p>Окружность живота _____ см.</p> <p>Высота дна матки _____ см.</p> <p>Положение плода, позиция и вид _____</p> <p>Сердцебиение плода, место, число ударов _____</p> <p>Предлежащая часть _____</p> <p>Где находится _____</p> <p>Родовая деятельность _____</p> <p>Предполагаемый вес плода _____</p> <p><b>Врач</b> _____ <b>Акушерка</b> _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>ТЕЧЕНИЕ РОДОВ</b></p> <p>Схватки начались _____</p> <p>Воды отошли _____</p> <p>Качество и количество вод _____</p> <p>Полное открытие _____</p> <p>Начало потуг _____</p> <p>Ребенок родился:</p> <p>Первый _____ дата _____ часов _____ мин.</p> <p>Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть)</p> <p>Пол: м. – 1, ж. – 2 <input type="checkbox"/> масса (вес) _____ рост _____ см.</p> <p>Окружность головки _____ см, грудной клетки _____ см.</p> <p>Второй _____ дата _____ часов _____ мин.</p> <p>Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть)</p> <p>Пол: м. – 1, ж. – 2 <input type="checkbox"/> масса (вес) _____ рост _____ см.</p> <p>Окружность головки _____ см, грудной клетки _____ см.</p>		
<p>Профилактика гонобленореи новорожденного проведена _____ (чем)</p> <p>Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар _____ баллов</p> <p>Послед выделился: самостоятельно, отделенный, удаленный рукой с использованием приема _____ через _____ часов _____ мин.</p> <p>Детское место цело, под сомнением _____</p> <p>Оболочки все, под сомнением _____</p> <p>Пуповина: длина _____ см, обвита вокруг _____ особенности _____</p> <p>Потеря крови в родах _____ мл.</p>	<p>Психопрофилактическая подготовка, медикаментозное обезболивание: (чем) _____</p> <p>Эффект: полный, частичный, без эффекта (подчеркнуть)</p> <p>Длительность родов _____</p> <p>Общая _____ I период _____</p> <p>II период _____ III период _____</p> <p>Приняла ребенка (акушерка, врач) _____</p> <p>Послед осматривал _____</p> <p><b>Дежурный врач</b> _____</p> <p><b>Акушерка</b> _____</p>		

АНАМНЕЗ	ТЕЧЕНИЕ И ОСЛОЖНЕНИЯ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ
Общие заболевания _____	
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Здоровье мужа _____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	Состояние при поступлении (данные внешнего осмотра) _____
Менструация: с _____ лет	_____
Начало половой жизни с _____ лет	_____
Гинекологические заболевания _____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	Сердце _____
Предыдущие беременности (даты родов, аборт, осложнения, оперативные вмешательства, масса (вес) новорожденных) _____	Пульс _____
_____	АД на правой руке _____
_____	на левой _____
_____	Органы дыхания _____
_____	_____
_____	Органы пищеварения _____
_____	_____
_____	Мочеполовая система _____
_____	_____
Сколько детей живых _____	_____
мертвоорожденных _____	_____
умерло _____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	Подпись _____
_____	_____
_____	_____





Числа месяца																													
День пребывания																													
n	t	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В
120	41°																												
110	40°																												
100	39°																												
90	38°																												
80	37°																												
70	36°																												
60	35°																												

Состояние при выписке, переводе \_\_\_\_\_

Выдан листок нетрудоспособности № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ г.

Новорожденный \_\_\_\_\_ выписан \_\_\_\_\_ г. умер \_\_\_\_\_ г.

пол \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Мертворожденный (подчеркнуть) \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут \_\_\_\_\_

Переведен куда и когда \_\_\_\_\_

Палатный ординатор \_\_\_\_\_ Зав. отделением \_\_\_\_\_

подпись \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_



**Инструкция**  
**по заполнению формы первичной учетной документации № 096/у**  
**«История родов № \_\_\_\_\_»**

Форма первичной учетной документации № 096/у «История родов № \_\_\_\_\_» (далее –форма № 096/у) является основным медицинским документом родильного дома (родильного отделения больницы), который заполняется на каждую беременную, роженицу и родильницу, госпитализированную в стационар со сроком беременности 22 недели и больше.

В форме № 096/у должны быть описаны характер течения родов, а также все диагностические и лечебные мероприятия, которые проведены лечащим врачом или акушеркой и записаны в их последовательности.

Форма № 096/у должна дать четкое представление о всей картине течения родов без дополнительных объяснений.

Все внесенные в форму № 096/у исправления подписываются врачом, который отвечает за ведение истории родов.

Изменять исправленный текст и вносить дополнительные записи без соответствующих объяснений не допускается.

За ведение формы № 096/у отвечает непосредственно дежурный врач в части, которая касается течения родов, а лечащий врач – в части, касающейся течения беременности или послеродового периода.

В случаях консультации по поводу состояния женщины с главным врачом, заведующим отделением или со специалистами, которые приглашены извне, в форме № 096/у записывается вывод консилиума за подписью всех консультантов.

Каждая операция вписывается в форму № 096/у с указанием условий и показаний к операции, последовательности ее проведения, лиц, которые проводили операцию, ассистентов, операционной сестры, анестезиологов, а также о введении наркотических препаратов и их количестве.

При выписке (смерти) беременной или родильницы и ее ребенка форма № 096/у подписывается лечащим врачом, заведующим отделением. Лечащим врачом оформляется краткий эпикриз на вкладном листке № 1 (истории родов) – на беременных, на вкладном листке № 2 - на рожениц. После просмотра главным врачом форма № 096/у передается в кабинет медицинской статистики для статистической разработки и учета.

Примечание. На женщин, госпитализированных для прерывания беременности, заполняется «Медицинская карта прерывания беременности» (форма № 003-1/у); на гинекологических больных – «Медицинская карта стационарного больного» (форма № 003/у).

В случае ведения формы № 096/у в электронном формате, она должна включать все данные, которые содержатся в утвержденном бумажном носителе информации.

Срок хранения формы № 096/у – 25 лет.

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой