

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Форма первичной учетной документации

№ 113/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

| 0 | 2 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/41 |

ОБМЕННАЯ КАРТА

родильного дома, родильного отделения больницы

(заполняется на каждую беременную и выдается на руки с момента взятия на учет)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Возраст _____

3. Место жительства _____

Талон 1. Сведения женской консультации о беременной

(заполняется на каждую беременную и выдается на руки с момента взятия на учет)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Возраст _____ 3. Место жительства _____

4. Перенесенные общие, гинекологические заболевания, операции _____

5. Какая беременность _____, какие роды _____

6. Роды: срочные (год) _____

преждевременные (год, в каком сроке) _____

Ребенок родился с массой _____, живой, мертвый, умер (нужное подчеркнуть)

7. Было абортов _____ искусственные (год, в каком сроке) _____

самопроизвольные (год, в каком сроке) _____

8. Особенности течения предыдущих беременностей, родов, послеродового периода _____

9. Последняя менструация _____

(число, месяц, год)

10. Срок беременности _____ недель при первом посещении « _____ » _____ 20__ г.

11. Первое шевеление плода _____

(число, месяц, год)

12. Сделано посещений до 30 недель _____, после 30 недель _____

13. Размеры таза D.sp. _____ D.cr. _____ D. torch. _____

C.ext. _____ C.diag. _____ C.vera. _____

14. Рост _____ Вес (масса) _____

(при первом обращении)

15. Положение плода _____

Предлежащая часть: головка, ягодицы, не определяется (подчеркнуть)

Сердцебиение плода: ясное, ритмичное, ударов _____ в минуту, слева, справа (подчеркнуть)

16. Дата выдачи листка нетрудоспособности или справки по беременности и родам

«__» _____ 20__ г.

17. Предполагаемый срок родов _____

Лабораторные и другие исследования

18. Группа крови беременной _____ Rh-принадлежность _____

Титр антител (дата) _____

Группа крови отца ребенка _____ Rh-принадлежность _____

19. RW	20. ВИЧ	21. HbsAg
«__» _____ 20__ г.	«__» _____ 20__ г.	«__» _____ 20__ г.
«__» _____ 20__ г.	«__» _____ 20__ г.	«__» _____ 20__ г.

23. Общий анализ мочи

Дата													
Сахар													
Белок													
Лейкоциты													
Эритроциты													
Соли													
Бактерии													

Бактериологическое исследование мочи: _____
 (при первом обращении) _____ (в 35-36 недель)

24. Бактериоскопическое исследование мазков из влагалища

Дата									
	C	V	U	C	V	U	C	V	U
Гонококки									
Лейкоциты									
Эпителий									
Флора									
Трихомонады									
Кандиды									
Ключевые клетки									

25. Биохимические исследования (по показаниям)

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

26. Результаты обследования на TORCH-инфекции

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

27. Другие методы обследования

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

28. Обследования у других специалистов _____

- Терапевт I. _____
- II. _____
- Стоматолог _____

29. Консультация врача-генетика (6-8 недель):

29.1 _____

29.2 Скрининг на врожденные пороки развития плода (16-18 недель):

АФП _____

ХГТ _____

Эстриол _____

30. Исследования семьи на туберкулез:

муж (ФЛГ) _____

дети (р. Манту) _____

31. Ультразвуковое обследование

1. (10-13 недель) _____

_____ Ф.И.О. врача _____

2. (16-21 недель) _____

_____ Ф.И.О. врача _____

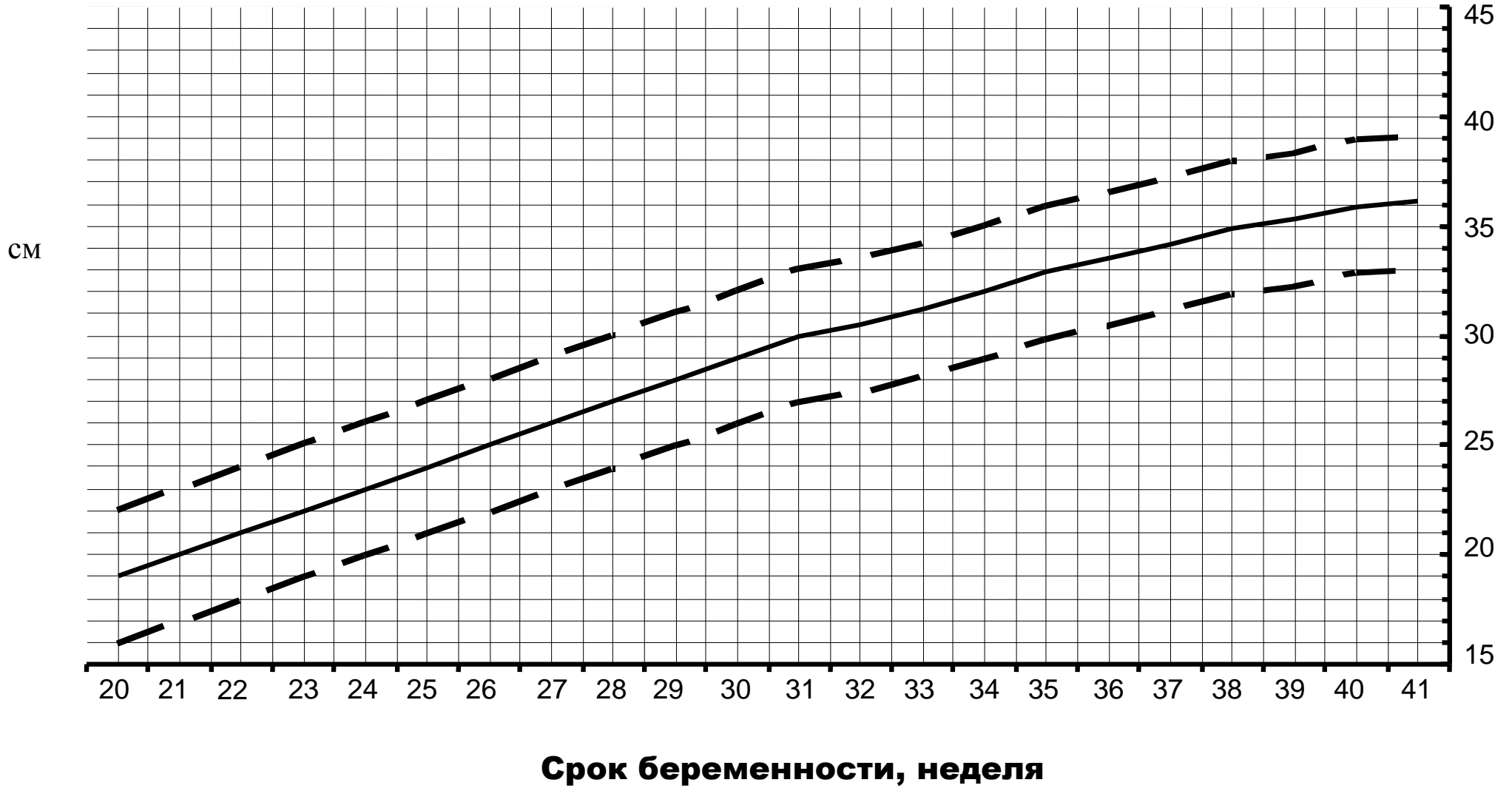
3. (32-36 недель) _____

_____ Ф.И.О. врача _____

32. Психопрофилактическая подготовка (Школа подготовки семьи к родам)

Тема занятия	Дата	Кто проводит
Внутриутробное развитие плода		
Гигиена беременной женщины. Режим труда и отдыха. Рациональное питание		
Признаки начала родовой деятельности. Течение родов (периоды, типы дыхания, приемы обезболивания)		
Послеродовый период. Профилактика непланируемой беременности		
Грудное вскармливание. 10 принципов		
Психопрофилактическая роль партнерской поддержки во время родов		
Семейные роды - «рожаем вместе»		

Гравидограмма



	18.00								
	18.30								
	19.00								
	19.30								
	20.00								
	20.30								
	21.00								

Число движений (меньше 10)

Число движений (меньше 10)	9								
	8								
	7								
	6								
	5								
	4								
	3								
	2								
	1								
0									

Фамилия, имя, отчество _____

Место жительства _____

Домашний телефон _____

Начато _____ 20__ г.
недель.

При сроке беременности _____

Движения плода начинайте считать в 9.00. Когда почувствуете 10-ое движение, отметьте в таблице час.

Например: 10-й раз зарегистрирован Вами между 13.00 и 13.30 и отмечено в графе 1. На следующее утро начинайте считать движения снова.

Если с 9.00 до 20.00 вы почувствовали менее 10 движений, отметьте только их число за это время в нижней частице таблицы.

Запомните, если в течение дня вы наблюдаете менее 10 движений плода, обратитесь к врачу за консультацией.

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 113/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

ОБМЕННАЯ КАРТА

родильного дома, родильного отделения больницы

Талон 2. Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Место жительства _____

3. Роды прошли (число, месяц, год) _____

4. От какой беременности по счету родился ребенок _____ со сроком беременности _____ недель,

Предыдущие беременности закончились: аборт(ами) (искусственными, самопроизвольными) _____,

родами _____, в т.ч. с мертвым плодом _____.

5. Роды одноплодные, многоплодные (подчеркнуть); при многоплодных родах родился _____ по счету.

6. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в родах у матери и плода) _____

7. Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое, эффективность _____

8. Течение послеродового периода (заболевания) _____

9. Выписана на _____ день после родов

10. Состоянии матери при выписке _____

11. Состояние ребенка при рождении _____

в роддоме _____

при выписке _____

12. Вес ребенка: при рождении _____, при выписке _____

13. Рост ребенка при рождении _____

14. Нуждается ли в патронаже мать: да, нет (подчеркнуть), показания _____

15. Особые замечания _____

« _____ » _____ 20__ г.

Врач акушер-гинеколог _____

(фамилия, подпись)

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 113/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

| 0 | 2 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/41 |

ОБМЕННАЯ КАРТА

родильного дома, родильного отделения больницы

Талон 3. Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном

1. Фамилия, имя, отчество родильницы _____

2. Место жительства _____

3. Роды состоялись _____

(число, месяц, год)

4. От какой беременности по счету родился ребенок _____ со сроком беременности _____ недель,

Предыдущие беременности закончились: абортами (искусственными, самопроизвольными) _____,

родами _____, в т.ч. с мертвым плодом _____.

5. Роды одноплодные, многоплодные (подчеркнуть); при многоплодных родах родился _____ по счету.

6. Особенности течения беременности _____

7. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в родах у матери и плода) _____

8. Обезболивание применялось, нет (*подчеркнуть*), какое, эффективность _____

9. Течение послеродового периода (заболевания) _____

10. Выписан на _____ день после родов

11. Состояние матери при выписке _____

Сведения о новорожденном

12. Пол ребенка: мальчик, девочка (*подчеркнуть*), рост при рождении _____ см,
вес при рождении _____ г, при выписке _____ г.

13. Физиологическая потеря массы тела _____ г, вес стабилизировался на _____ сутки.

14. Состояние ребенка:

при рождении - оценка по шкале Апгар - закричал: сразу: нет (*подчеркнуть*),

применялись ли средства по оживлению (какие) _____

совместное пребывание с матерью с _____ часов после родов,

прикладывание к груди на _____ час после родов, кормление грудью достаточное: да, нет (*подчеркнуть*),

вскармливание - грудное, сцеженным молоком матери (*подчеркнуть*), в случае перевода на искусственное вскармливание – указать причину _____

вскармливание молочной смесью, докорм (указать, чем именно) в объеме _____

пупочный остаток отпал на _____ сутки, состояние пупочной ранки (чистая, сухая, другое) _____

15. Течение периода адаптации _____

16. Дополнительные обследования _____

17. Терапия, режим _____

18. Вакцинация БЦЖ _____ 20____ г. 0,05 мг. в 1 мл; серия _____, контроль _____. Если нет, то указать причину _____,

ВГВ _____

Срок годности _____, производитель _____

19. Скрининг на ФКУ: дата _____, результат _____

20. Лекция по уходу за ребенком и вскармливанию проведена _____,

кем (врач - неонатолог, медсестра) _____

21. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на _____ сутки с массой тела _____ г.

22. Диагноз _____

23. Рекомендовано: осмотр участкового врача в первые двое суток после выписки, консультации.

24. Группа здоровья _____

25. Рекомендации _____

26. Особые замечания _____

« _____ » _____ 20__ г.

Врач акушер-гинеколог _____
(фамилия, подпись)

Врач педиатр - неонатолог _____
(фамилия, подпись)

Зав. родильным отделением _____
(фамилия, подпись)

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой

Инструкция
по заполнению формы первичной учетной документации №113/у
«Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы»

1. Форма первичной учетной документации №113/у «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» (далее – форма №113/у) является одним из основных документов учреждений здравоохранения независимо от ведомственного подчинения и формы собственности, содержит сведения об оказании специализированной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

2. Форма №113/у состоит из трех отрывных талонов: талон 1 «Сведения женской консультации о беременной» (далее - талон 1), талон 2 «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице» (далее - талон 2), талон 3 «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном» (далее - талон 3) и предназначается для осуществления последовательного наблюдения за женщиной и ее ребенком женской консультацией, акушерским стационаром и детской поликлиникой. Обменная карта выдается женской консультацией на руки каждой беременной с момента взятия на учет.

3. Врач женской консультации при заполнении талона 1 подробно записывает данные об особенностях течения предыдущих беременностей, родов, послеродового периода и тех особенностях течения данной беременности и состояния беременной, которые имеют важное значение для врача, ведущего роды у данной женщины.

При посещении женской консультации беременная приносит обменную карту для записей в нее данных последующих осмотров и исследований. При госпитализации в стационар (на роды или в отделение патологии беременности) беременная должна предъявить обменную карту.

Талон 1 сохраняется в форме №096/у «История родов».

4. Талон 2 заполняется в акушерском стационаре перед выпиской родильницы и выдается ей для передачи в женскую консультацию. В особых случаях талон 2 направляется в женскую консультацию по почте или нарочным.

Врач акушерского стационара при заполнении талона 2 подробно записывает сведения об особенностях течения родов, послеродового периода и состояния родильницы, требующих специального наблюдения за ней или предоставления ей послеродового отпуска продолжительностью 86 или 110 календарных дней в соответствии со ст. 19 «Отпуск по беременности и родам» Закона Донецкой Народной Республики «Об отпусках».

Талон 2 хранится в форме №111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы».

5. Талон 3 заполняется перед выпиской новорожденного и выдается матери для передачи его в детскую поликлинику. Это не освобождает акушерский стационар от необходимости извещения детской поликлиники о выписке новорожденного (в день

выписки). Врачи акушерского стационара (акушер и педиатр) при заполнении талона 3 подробно вписывают в него сведения об особенностях родов и состоянии новорожденного, требующие специального ухода за ним после выписки из стационара.

Талон 3 сохраняется в форме №112/у «История развития ребенка».

6. В случае ведения формы № 113-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