Приложение 25

к приказу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

06.06.2016 № 555

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ |
|  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **№ 156/у** |
| Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **УТВЕРЖДЕНО** |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики |
|  Идентификационный код  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **ЖУРНАЛ****учета информации об оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях****начат «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_г. окончен «\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_г.** |

2

Продолжение приложения 25

**Раздел 1. Учет информации об оказании медицинской помощи**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата, время поступления информации | Информация о ЧС | Источник поступления информации (откуда), Ф.И.О. передавшего информацию | Принято решение оперативным дежурным | Кого проинформировали о ЧС | Дата, время, способ отправки информации | Номер регистрации информации у адресата | Оперативный дежурный –Ф.И.О., подпись |
| Название ЧС и ее характер | Дата и время возникновения ЧС | Место возникновения | Название объекта и его ведомственная подчиненность | Формирования, принимавшие участие в ликвидации ЧС (кол-во и профиль) | Дополнительные формирования, необходимые для ликвидации ЧС (кол-во и профиль) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

3

Продолжение приложения 25

**Раздел 2. Учет движения пострадавших (больных) при чрезвычайных ситуациях,**

**находящихся в учреждении здравоохранения**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  № п/п | Фамилия, имя, отчество | Число, месяц, год рождения | Пол  | Диагноз | Степень тяжести | Поступил (а) в отделение | Переведен (а) (куда) | Выписан (а) с рекомендацией (куда) | Умер (ла), дата, время |
| М | Ж |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

4

Продолжение приложения 25

**Раздел 3. Итог движения пострадавших (больных) при чрезвычайных ситуациях,**

**находящихся в учреждении здравоохранения за сутки (чел.)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата и время заполнения | Поступило в учреждение  | Выписано по состоянию здоровья | Переведено в другие учреждения | Умерло в учреждении | Получают лечение в учреждении | Дежурный |
| всего | в т.ч. за сутки | всего | в т.ч. за сутки | всего | в т.ч. за сутки | всего | в т.ч. за сутки | всего | в т.ч. в тяжелом и крайне тяжелом состоянии |  |
| 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |