Приложение 15

к приказу Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики

02.09.2016 № 1059

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти,  предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого  принадлежит учреждение здравоохранения  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Идентификационный код |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации  **№ 066/у**  УТВЕРЖДЕНО  Приказ Министерства здравоохранения  Донецкой Народной Республики  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Карта больного, выбывшего из стационара № \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| 1. Код пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Страховой полис серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Выдан кем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код территории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3. Вид оплаты: ОМС – 1; бюджет – 2; платные услуги – 3, в т. ч. ДМС – 4; другое – 5 |\_\_|  4. Дата госпитализации: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_| Номер медицинской карты стационарного больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_  (число, месяц, год) (часов) (минут)  5. Фамилия, имя, отчество больного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  6. Пол: мужской – 1;  женский – 2 |\_\_| 7. Дата рождения:      |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  (число, месяц, год)  8. Возраст (полных лет) \_\_\_\_\_\_ 9. Житель:  городской – 1, сельский – 2   |\_\_| 10. Работает: да – 1, нет – 2 |\_\_|  11. Место работы (должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  12. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  13. Социальный статус: дошкольник – 1;  учащийся – 2;  студент – 3;  рабочий – 4;  служащий – 5;  пенсионер – 6;  домохозяйка – 7; военнослужащий – 8; член семьи военнослужащего – 9; БОМЖ – 10; прочие – 11      |\_\_|  14. Имеет льготы: да – 1; нет – 2 |\_\_|  15. Категория льгот: инвалид ВОВ – 1; участник ВОВ – 2; воин интернационалист – 3; лицо подвергшееся радиационному облучению – 4; в т. ч. в Чернобыле – 5; ребенок-инвалид – 6; инвалид с детства – 10; прочие – 11      |\_\_|  16. Группа инвалидности: инв. I гр. – 1; инв. II гр. – 2; инв. III гр. – 3 |\_\_|  17. Кем направлен (учр. здрав.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № напр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  18. Кем доставлен: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № наряда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  19. Диагноз направившего учреждения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  20. Отделение госпитализации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  21. Доставлен в состоянии опьянения: алкогольного – 1;   наркотического – 2 |\_\_|  22. Профиль коек \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  23. Госпитализация: экстренная – 1; плановая – 2 |\_\_|  24. Сроки госпитализации: до 6 часов – 1;   7-24 часа – 2;   позже 24 часов – 3 |\_\_|  25. Госпитализация по поводу данного заболевания в текущем году: впервые – 1,   повторно – 2 |\_\_|, повторно до 30 дней – 3 |\_\_|  26. Травма: *производственная:*  промышленная – 1; с/хоз. – 2; строит. – 3; транспортная – 4, в т. ч. ДТП – 5; прочие – 6;  *непроизводственная:* бытовая – 7; уличная – 8; транспортная – 9, в т. ч. ДТП – 10; школьная – 11;  спортивная – 12; противоправная – 13; прочие – 14 |\_\_|  27. Результат лечения: выписан(а) с выздоровлением – 1, улучшением – 2, ухудшением – 3, без изменений – 4;  умер(ла) – 5; переведен(а) в другое лечебное заведение – 6; здоровый(а) – 7 |\_\_|  28. Дата выписки (смерти): |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_|  |\_\_|\_\_|  (число, месяц, год) (часов) (минут)  29. Проведено койко-дней: \_\_\_\_\_\_ |

30. **Движение пациента по отделениям**:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код  отде-ления | Профиль  коек | Код врача | Дата  поступ-ления | Дата  выписки,  перевода <\*\*\*> | Код  диагноза  по МКБ | Код медицин-  ского  стандарта | Код прерван-ного случая  <\*\*> | Вид  опла-ты |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <\*\*> Заполняется при использовании в системе оплаты | | | | | | | | | |
| <\*\*\*> При выписке, переводе из отделения реанимации указать время пребывания в часах | | | | | | | | | |

2

Продолжение приложения 15

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 31**. Диагноз стационара (при выписке**): | | | | | | | | | | |
| Основное заболевание | | | | Код  МКБ | Осложнения | Код  МКБ | | | Сопутствующие заболевания | Код  МКБ |
| Клинический заключительный | | | |  |  |  | | |  |  |
| Патологоанатомический | | | |  |  |  | | |  |  |
| 32. В случае смерти (из пункта 11 врачебного свидетельства о смерти № \_\_\_\_\_\_\_\_) указать основную причину, код по МКБ | | | | | | | | | | |
|  |  | І. а) |  | | | |  | Приблизительное время  между началом заболевания  и смертью | | |
|  |  |  | (непосредственная причина смерти) | | | |  |
|  |  | б) |  | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  |
|  |  | в) |  | | | |  |
|  |  |  |  | | | |  |
|  |  | г) |  | | | |  |
|  | | | (б, в – заболевания и патологические состояния, которые обусловили непосредственную причину смерти; | | | | | | | |
|  | | | первоначальная (основная) причина смерти указывается в подпункте «в»; внешняя причина смерти при травмах  и отравлениях указывается в подпункте «г». | | | | | | | |
|  | | | В случае смерти женщины во время беременности или после родов, в период до одного года указать  неделю беременности \_\_\_\_\_\_\_ день послеродового периода \_\_\_\_\_\_, недель после родов \_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| 33. **Хирургические операции** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата,  время | Код  хи­рурга | Код отде­ления | Операция | | Осложнение | | Ане­cтезия  <\*> | Ос-ложн.  <\*\*> | Использование  спец. аппаратуры | | | Вид оплаты |
| Наименование | Код | Наименование | Код | энд. | лазер | криог. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**<\*>** общая – 1, местная – 2.

**<**\*\***>**  остановка сердца, острая сердечная недостаточность – 1, кислотно-аспирационный синдром – 2, неудачные попытки или трудности при интубации трахеи – 3, аллергические реакции – 4, несчастный случай при оказании помощи – 5, другие – 6.

|  |
| --- |
| 34. Обследование на RW: |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|      онкологический профилактический осмотр |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  (число, месяц, год) (число, месяц, год)  на ВИЧ-инфекцию |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|      флюорографический профилактический осмотр   |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (число, месяц, год) (число, месяц, год)  35. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации – 1; недостаточный объем клинико-лабораторного обследования – 2  неправильная тактика лечения – 3;несовпадение диагноза – 4; отсутствие динамического наблюдения – 5    |\_\_|  Лечащий врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество) (подпись)  Заведующий отделением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество) (подпись) |