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**УТВЕРЖДЕНОПриказ 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 | Кодотде-ления | Профиль коек | Код врача | Дата поступ-ления | Датавыписки,перевода <\*\*\*> | Коддиагнозапо МКБ | Код медицин-ского стандарта  | Код прерван-ного случая<\*\*> | Видопла-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 времямежду 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 травмахи 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) |