

УТВЕРЖДЕНО
Приказ Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
от 02.06.2015 № 012.1/41

<p>Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____</p> <p>Наименование и местонахождение (полный почтовый адресов) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____</p> <p>Идентификационный код _____</p>		<p>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ Форма первичной учетной документации № 003-1/у</p> <p>УТВЕРЖДЕНО</p> <p>Приказ МЗ Донецкой Народной Республики 0 2 0 6 2 0 1 5 № 012.1/41 </p>
---	--	--

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Фамилия, имя, отчество женщины _____			
2. Группа крови _____		3. Резус-фактор _____	
4. Реакция Вассермана _____		Результат исследования на гонорею _____	
5. Поступила по направлению _____			
(название учреждения здравоохранения)			
6. Санобработку прошла: да, нет (подчеркнуть)			
7. Дата поступления:	 (число, месяц, год)	8. Дата выписки	 (число, месяц, год)

9. Проведено койко-дней _____

10. Возраст ____ лет, семейное положение: в браке зарегистрированном, не зарегистрированном, одинокая (подчеркнуть)

11. Место жительства: республика _____

район _____ город (село) _____

улица _____ дом _____ корпус _____ кв. _____ тел. _____

12. Место работы _____

(для учащихся название учебного заведения)

13. Должность _____

14. Диагноз при поступлении: основной _____

сопутствующий _____

Подпись акушерки _____

Подпись врача _____

15. Диагноз клинический _____

Код по МКБ-10

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

16. Диагноз при выписке: основной _____

сопутствующий _____

17. Название операции, дата _____

18. Осложнения _____

АНАМНЕЗ

19. Менструация установилась с _____ лет по _____ дней через _____ дней.

Мизерные, умеренные, значительные, болезненные, безболезненные (подчеркнуть)

Последняя нормальная менструация с _____ по _____

Половая жизнь с _____ лет

Пользовалась ли предохранительными мерами против беременности: да, нет, каким способом _____

Какая беременность (1, 2 и тому подобное) _____ Число беременностей, которые закончились родами _____ абортами _____

Последняя беременность была в _____ г. _____ (месяц)

Закончилась: родами срочными, преждевременными, абортom по медицинским показаниям, криминальным, самопроизвольным выкидышем (подчеркнуть)

Были ли осложнения в родах _____

после родов _____

после абортов _____

(указать, какие и годы)

Перенесенные заболевания: болезнь Боткина, сифилис, гонорея, гинекологические заболевания _____

Перенесенные операции, переливания крови (было, не было) _____

Причины нынешнего аборта : _____

нежелание иметь ребенка, жилищные условия, учеба, необеспеченность детским садом, материальная необеспеченность, много детей, нет мужа (подчеркнуть; то, чего не хватает – вписать) _____

20. Состояние при госпитализации

Т° тела _____ общее состояние _____

Внешние покровы, слизистые _____ окраска _____

Органы кровообращения : пульс _____ АД _____

сердце (тоны) _____

Органы дыхания _____

Органы пищеварения _____

Опорожнение _____ Органы мочеиспускания _____

21. Влагалищное исследование

Внешние половые органы без особенностей, влагалище узкое, свободное

Шейка матки цилиндрической, конической формы (подчеркнуть)

Слизистая влагалища и шейки чистая _____ На шейке есть эрозия размером _____

Внешний зев открыт, закрыт _____ Тело матки в положении _____

Увеличено до _____ недель беременности, мягкой консистенции, подвижное, неподвижное, болезненное, безболезненное, безболезненное при пальпации (подчеркнуть)

Левые придатки без особенностей _____ Правые придатки без особенностей _____

Свод свободный _____ Выделения: слизистые, гнойные, кровянистые, умеренные, значительные (подчеркнуть)

Диагноз: беременность _____ недель **Врач** _____

22. Получено информированное добровольное согласие на проведение операции, лечение ф. № 003-6/у: да, нет (подчеркнуть)

23. Операция прерывания беременности _____ год _____ месяц _____ число _____ часов

Метод обезболивания _____

24. После соответствующей обработки внешних половых органов, влагалища и шейки матки, шейка матки взята на пулевые щипцы.

Длина матки по зонду _____ см.

Расширение цервикального канала расширителем Гегара № _____ легко

виброделятатором _____ легко

Плодное яйцо разрушено и удалено кюреткой, абортцангом, вакуумэксскохлеатором

Контрольное выскабливание стенок матки проведено, нет (подчеркнуть)

Матка сократилась, нет (подчеркнуть) Кровопотеря _____ мл Шейка матки обработана йодом _____

Назначения _____

Подпись акушера-гинеколога _____

25. Послеоперационный период

Дата	Первые сутки	Назначения
Т° утром	Жалобы _____	
Т° вечером	Общее состояние _____	
Пульс	Живот при пальпации: безболезненный, болезненный, мягкий, напряженный (подчеркнуть)	
АД		
	Выделения: кровянистые, серозные, значительные, умеренные, незначительные (подчеркнуть)	
	Опорожнение _____	
	Мочеотделение _____	
Врач _____		

Дата	Вторые сутки	Назначения
Т° утром	Жалобы _____	
Т° вечером	Общее состояние _____	
Пульс	Живот при пальпации: безболезненный, болезненный, мягкий, напряженный (подчеркнуть)	
АД		
	Выделения: кровянистые, серозные, значительные, умеренные, незначительные (подчеркнуть)	
	Опорожнение _____	
	Мочеотделение _____	
Врач _____		

Дата		Третьи сутки	Назначения
Т° утром		Жалобы _____	
Т° вечером		Общее состояние _____	
Пульс		Живот при пальпации: безболезненный, болезненный, мягкий, напряженный (подчеркнуть)	
АД			
		Выделения: кровянистые, серозные, значительные, умеренные, незначительные (подчеркнуть)	
		Опорожнение _____	
		Мочеотделение _____	
			Врач _____
« _____ » _____ в _____ г.		Выписана в удовлетворительном состоянии _____	
		Переведена в _____	
26. Рекомендовано _____			
Справку получила _____			
Листок нетрудоспособности с _____ по _____ № _____, трудоспособность восстановлена или продолжает болеть, явка к врачу. серия _____ получила _____			
Врач _____		Зав. отделением _____	
(подпись)		(подпись)	

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой