

**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 _____	<b>МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ</b>  Форма первичной учетной документации  № 097/у  <b>УТВЕРЖДЕНО</b> Приказ МЗ Донецкой Народной Республики <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">0</td><td style="padding: 2px;">2</td><td style="padding: 2px;">0</td><td style="padding: 2px;">6</td><td style="padding: 2px;">2</td><td style="padding: 2px;">0</td><td style="padding: 2px;">1</td><td style="padding: 2px;">5</td> <td style="padding: 2px;">№</td><td style="padding: 2px;">012.1/41</td> </tr> </table>	0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41		

**КАРТА РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННОГО № \_\_\_\_\_**

	матери	отца	ребенка
Группа крови			
Резус - принадлежность			

Фамилия, имя, отчество матери \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ лет

Национальность \_\_\_\_\_ Профессия \_\_\_\_\_

Брак зарегистрирован: да, нет (подчеркнуть)

Постоянное место проживания \_\_\_\_\_

	число	месяц	год	час	минуты	Журнал приема № _____
Родился						Палата ребенка № _____
Поступил						Койка ребенка № _____
Выписан						Палата матери № _____
Умер						Койка матери № _____
Переведен						Ребенок переведен в палату _____
Куда						койка № _____
						Дата перевода _____

Наследственность со стороны матери \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ отца \_\_\_\_\_

**Гинекологический и акушерский анамнез**

Какая беременность (№) \_\_\_\_\_ Какие роды ( №) \_\_\_\_\_

Заболевания, осложнения во время беременности \_\_\_\_\_

Роды: длительность I периода \_\_\_\_\_ II периода \_\_\_\_\_

Особенности течения, операции \_\_\_\_\_

Безводный период \_\_\_\_\_

характеристика околоплодных вод \_\_\_\_\_

Пол	Родился живым/ мертвым	Доношенный/ недоношенный	Масса (вес)	Рост	Окружность		Асфиксия	
					головы	грудной клетки	длительность	мероприятия по оживлению

### Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Время после рождения	Сердцебиение	Дыхание	Цвет кожи	Тонус мышц	Рефлексы	Оценка в баллах

Пороки развития \_\_\_\_\_

Родовые травмы \_\_\_\_\_

Профилактика гонобленореи (название медикамента, время) \_\_\_\_\_

Дежурная акушерка \_\_\_\_\_ Дежурный врач \_\_\_\_\_

Ребенок переведен в отделение новорожденных \_\_\_\_\_  
(дата перевода)

\_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут

Состояние ребенка при переводе из родильного зала \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ цвет кожных покровов, характер крика \_\_\_\_\_

Ребенка сдала акушерка \_\_\_\_\_

Приняла и провела обработку медсестра \_\_\_\_\_

Диагноз предварительный \_\_\_\_\_

Диагноз заключительный \_\_\_\_\_

## Первый осмотр ребенка в палате (отделении) новорожденных

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут  
(дата осмотра)

Общее положение (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Кожные покровы \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Видимые слизистые \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Пуповинный остаток \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Головка (швы, роднички, родовые опухоли) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Форма грудной клетки \_\_\_\_\_

Дыхание. Состояние легких. Оценка по шкале Сильвермана при дыхательной  
недостаточности \_\_\_\_\_

Сердце (границы, наличие шумов, характер ритма) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Пульс \_\_\_\_\_

Нервная система \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Органы брюшной полости \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Отхождение мекония \_\_\_\_\_

Мочеиспускание \_\_\_\_\_

Внешние половые органы \_\_\_\_\_

Наличие ануса \_\_\_\_\_ Состояние тазобедренных суставов \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Выводы и предыдущий диагноз \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Назначения и их обоснование \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Данные наблюдения медицинской сестрой за новорожденным

Дата	День жизни	Температура	Масса (вес)	Изменение состояния			активность сосательного рефлекса	характер опорожнений	Мочевыделение	Время отпадения пуповины	состояние пупочной ранки	Подпись
				наличие приступов в асфиксии	Слизистая							
					глаз	ротовой полости						
	1	У										
		В										
	2	У										
		В										
	3	У										
		В										
	4	У										
		В										
	5	У										
		В										
	6	У										
		В										
	7	У										
		В										

### Противотуберкулезная вакцинация

Дата	День жизни	Доза	№ серии вакцины	Срок годности	Реакция на прививку	Подпись

Вакцинация не проводилась (указать причину) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Дневник врача-неонатолога

Дата	День жизни ребенка	Данные осмотра, обследования	Назначения

Эпикриз \_\_\_\_\_

Состояние ребенка при выписке (переводе) \_\_\_\_\_

Рекомендации участковому врачу - педиатру \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ **Передала ребенка** \_\_\_\_\_ (подпись медицинской сестры)  
(разборчиво)

\_\_\_\_\_ **Приняла ребенка** \_\_\_\_\_ (подпись медицинской сестры, фельдшера)  
(разборчиво)

Справку о рождении ребенка получила \_\_\_\_\_  
(подпись матери)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.

Детская поликлиника № \_\_\_\_\_ о выписке ребенка поставлена в известность.

**Телефонограмму передала** \_\_\_\_\_ **приняла** \_\_\_\_\_  
(фамилия) (фамилия)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой