

**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

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**  
Форма первичной учетной документации

№ 113/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

| 0 | 2 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/41 |

### ОБМЕННАЯ КАРТА

**родильного дома, родильного отделения больницы**

(заполняется на каждую беременную и выдается на руки с момента взятия на учет)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Возраст \_\_\_\_\_

3. Место жительства \_\_\_\_\_

### Талон 1. Сведения женской консультации о беременной

(заполняется на каждую беременную и выдается на руки с момента взятия на учет)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Возраст \_\_\_\_\_ 3. Место жительства \_\_\_\_\_

4. Перенесенные общие, гинекологические заболевания, операции \_\_\_\_\_

5. Какая беременность \_\_\_\_\_, какие роды \_\_\_\_\_

6. Роды: срочные (год) \_\_\_\_\_

преждевременные (год, в каком сроке) \_\_\_\_\_

Ребенок родился с массой \_\_\_\_\_, живой, мертвый, умер (нужное подчеркнуть)

7. Было абортов \_\_\_\_\_ искусственные (год, в каком сроке) \_\_\_\_\_

самопроизвольные (год, в каком сроке) \_\_\_\_\_

8. Особенности течения предыдущих беременностей, родов, послеродового периода \_\_\_\_\_

9. Последняя менструация \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

10. Срок беременности \_\_\_\_\_ недель при первом посещении « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

11. Первое шевеление плода \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

12. Сделано посещений до 30 недель \_\_\_\_\_, после 30 недель \_\_\_\_\_

13. Размеры таза D.sp. \_\_\_\_\_ D.cr. \_\_\_\_\_ D. torch. \_\_\_\_\_

C.ext. \_\_\_\_\_ C.diag. \_\_\_\_\_ C.vera. \_\_\_\_\_

14. Рост \_\_\_\_\_ Вес (масса) \_\_\_\_\_

(при первом обращении)

15. Положение плода \_\_\_\_\_

Предлежащая часть: головка, ягодицы, не определяется (подчеркнуть)

Сердцебиение плода: ясное, ритмичное, ударов \_\_\_\_\_ в минуту, слева, справа (подчеркнуть)

16. Дата выдачи листка нетрудоспособности или справки по беременности и родам

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

17. Предполагаемый срок родов \_\_\_\_\_

### Лабораторные и другие исследования

18. Группа крови беременной \_\_\_\_\_ Rh-принадлежность \_\_\_\_\_

Титр антител (дата) \_\_\_\_\_

Группа крови отца ребенка \_\_\_\_\_ Rh-принадлежность \_\_\_\_\_

19. **RW**

20. **ВИЧ**

21. **HbsAg**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.





**25. Биохимические исследования (по показаниям)**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**26. Результаты обследования на TORCH-инфекции**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**27. Другие методы обследования**

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**28. Обследования у других специалистов \_\_\_\_\_**

**Терапевт**

**I.** \_\_\_\_\_

**II.** \_\_\_\_\_

**Стоматолог**

\_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**29. Консультация врача-генетика (6-8 недель):**

29.1 \_\_\_\_\_

**29.2 Скрининг на врожденные пороки развития плода (16-18 недель):**

АФП \_\_\_\_\_

ХГТ \_\_\_\_\_

Эстриол \_\_\_\_\_

**30. Исследования семьи на туберкулез:**

муж (ФЛГ) \_\_\_\_\_

дети (р. Манту) \_\_\_\_\_

**31. Ультразвуковое обследование**

1. (10-13 недель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

2. (16-21 недель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

3. (32-36 недель) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

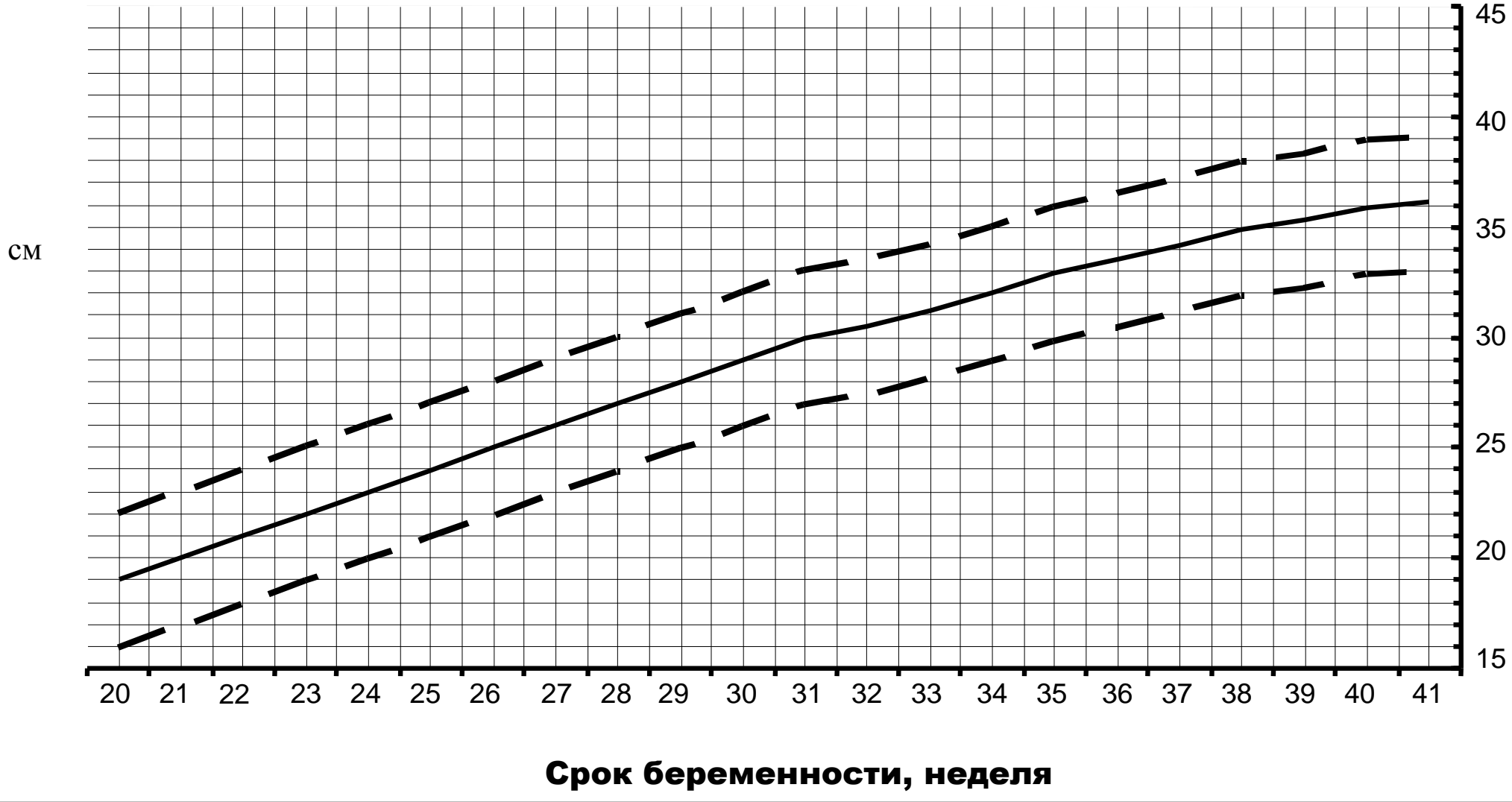
**32. Психопрофилактическая подготовка (Школа подготовки семьи к родам)**

Тема занятия	Дата	Кто проводит
Внутриутробное развитие плода		
Гигиена беременной женщины. Режим труда и отдыха. Рациональное питание		
Признаки начала родовой деятельности. Течение родов (периоды, типы дыхания, приемы обезболивания)		
Послеродовый период. Профилактика непланируемой беременности		
Грудное вскармливание. 10 принципов		
Психопрофилактическая роль партнерской поддержки во время родов		
Семейные роды - «рожаем вместе»		





# Гравидограмма







18.00									
18.30									
19.00									
19.30									
20.00									
20.30									
21.00									

**Число движений (меньше 10)**

<b>Число движений (меньше 10)</b>	9								
	8								
	7								
	6								
	5								
	4								
	3								
	2								
	1								
0									

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

Домашний телефон \_\_\_\_\_

Начато \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
недель.

При сроке беременности \_\_\_\_\_

Движения плода начинайте считать в 9.00. Когда почувствуете 10-ое движение, отметьте в таблице час.

Например: 10-й раз зарегистрирован Вами между 13.00 и 13.30 и отмечено в графе 1. На следующее утро начинайте считать движения снова.

Если с 9.00 до 20.00 вы почувствовали менее 10 движений, отметьте только их число за это время в нижней частице таблицы.

***Запомните, если в течение дня вы наблюдаете менее 10 движений плода, обратитесь к врачу за консультацией.***

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

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**  
Форма первичной учетной документации  
№ 113/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

0	2	0	6	2	0	1	5	№	012.1/41
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----------

## ОБМЕННАЯ КАРТА

**родильного дома, родильного отделения больницы**

**Талон 2. Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Место жительства \_\_\_\_\_

3. Роды прошли (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

4. От какой беременности по счету родился ребенок \_\_\_\_\_ со сроком беременности \_\_\_\_\_ недель,

Предыдущие беременности закончились: абортами (искусственными, самопроизвольными) \_\_\_\_\_,

родами \_\_\_\_\_, в т.ч. с мертвым плодом \_\_\_\_\_.

5. Роды одноплодные, многоплодные (подчеркнуть); при многоплодных родах родился \_\_\_\_\_ по счету.

6. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в родах у матери и плода) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое, эффективность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Течение послеродового периода (заболевания) \_\_\_\_\_

9. Выписана на \_\_\_\_\_ день после родов

10. Состоянии матери при выписке \_\_\_\_\_

11. Состояние ребенка при рождении \_\_\_\_\_

в роддоме \_\_\_\_\_

при выписке \_\_\_\_\_

12. Вес ребенка: при рождении \_\_\_\_\_, при выписке \_\_\_\_\_

13. Рост ребенка при рождении \_\_\_\_\_

14. Нуждается ли в патронаже мать: да, нет (подчеркнуть), показания \_\_\_\_\_

15. Особые замечания \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач акушер-гинеколог \_\_\_\_\_

(фамилия, подпись)

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

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

**МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ**

Форма первичной учетной документации

№ 113/у

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ МЗ

Донецкой Народной Республики

| 0 | 2 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 5 | № | 012.1/41 |

**ОБМЕННАЯ КАРТА**

**родильного дома, родильного отделения больницы**

**Талон 3. Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном**

1. Фамилия, имя, отчество родильницы \_\_\_\_\_

2. Место жительства \_\_\_\_\_

3. Роды состоялись \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

4. От какой беременности по счету родился ребенок \_\_\_\_\_ со сроком беременности \_\_\_\_\_ недель,

Предыдущие беременности закончились: аборт(ами) (искусственными, самопроизвольными) \_\_\_\_\_,

родами \_\_\_\_\_, в т.ч. с мертвым плодом \_\_\_\_\_.

5. Роды одноплодные, многоплодные (подчеркнуть); при многоплодных родах родился \_\_\_\_\_ по счету.

6. Особенности течения беременности \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Особенности течения родов (продолжительность, осложнения в родах у матери и плода) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



8. Обезболивание применялось, нет (*подчеркнуть*), какое, эффективность \_\_\_\_\_

9. Течение послеродового периода (заболевания) \_\_\_\_\_

10. Выписан на \_\_\_\_\_ день после родов

11. Состояние матери при выписке \_\_\_\_\_

### Сведения о новорожденном

12. Пол ребенка: мальчик, девочка (*подчеркнуть*), рост при рождении \_\_\_\_\_ см,  
вес при рождении \_\_\_\_\_ г, при выписке \_\_\_\_\_ г.

13. Физиологическая потеря массы тела \_\_\_\_\_ г, вес стабилизировался на \_\_\_\_\_ сутки.

14. Состояние ребенка:

при рождении - оценка по шкале Апгар - закричал: сразу: нет (*подчеркнуть*),

применялись ли средства по оживлению (какие) \_\_\_\_\_

совместное пребывание с матерью с \_\_\_\_\_ часов после родов,

прикладывание к груди на \_\_\_\_\_ час после родов, кормление грудью достаточное: да, нет (*подчеркнуть*),

вскармливание - грудное, сцеженным молоком матери (*подчеркнуть*), в случае перевода на искусственное вскармливание – указать причину \_\_\_\_\_

вскармливание молочной смесью, докорм (указать, чем именно) в объеме \_\_\_\_\_

пупочный остаток отпал на \_\_\_\_\_ сутки, состояние пупочной ранки (чистая, сухая, другое) \_\_\_\_\_

15. Течение периода адаптации \_\_\_\_\_

16. Дополнительные обследования \_\_\_\_\_

17. Терапия, режим \_\_\_\_\_

18. Вакцинация БЦЖ \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. 0,05 мг. в 1 мл; серия \_\_\_\_\_, контроль \_\_\_\_\_. Если нет, то указать причину \_\_\_\_\_,

ВГВ \_\_\_\_\_

Срок годности \_\_\_\_\_, производитель \_\_\_\_\_

19. Скрининг на ФКУ: дата \_\_\_\_\_, результат \_\_\_\_\_

20. Лекция по уходу за ребенком и вскармливанию проведена \_\_\_\_\_,

кем (врач - неонатолог, медсестра) \_\_\_\_\_

21. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии на \_\_\_\_\_ сутки с массой тела \_\_\_\_\_ г.

22. Диагноз \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

23. Рекомендовано: осмотр участкового врача в первые двое суток после выписки, консультации.

24. Группа здоровья \_\_\_\_\_

25. Рекомендации \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

26. Особые замечания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Врач акушер-гинеколог \_\_\_\_\_  
(фамилия, подпись)

Врач педиатр - неонатолог \_\_\_\_\_  
(фамилия, подпись)

Зав. родильным отделением \_\_\_\_\_  
(фамилия, подпись)

Министр здравоохранения  
Донецкой Народной Республики



В.В. Кучковой