|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | УТВЕРЖДЕНО Приказ Министерства  здравоохранения Донецкой  Народной Республики | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | от 12.03.2015№ 312 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **№ 027/у** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) заведения здравоохранения, в котором заполняется форма | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | УТВЕРЖДЕНО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | Приказ МЗ ДНР | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код | | | | |  |  | | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | № | | |  | |  | |  | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ВЫПИСКА**  **из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (наименование и месторасположение учреждения здравоохранения, куда направляется выписка) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Фамилия, имя, отчество больного | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Дата рождения | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Местожительство больного : область\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, район\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| город (село)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_\_\_, кв.\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Место работы (должность) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Дата: а) в амбулаторно-поликлиническом учреждении: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| заболевания | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | |
| направление в стационар | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | |
| б) в стационаре: поступление | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | |
| выписки или смерти (подчеркнуть) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (число, месяц, год) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующие заболевания и осложнения) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| продолжение формы № 027/у | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. Короткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 8. Лечебные и трудовые рекомендации | | |  | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| “\_\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_году |  | | | Лечащий врач |  | |
|  | |  | | | | (фамилия, подпись) |

Министр здравоохранения

Донецкой Народной Республики В.В. Кучковой

**УТВЕРЖДЕНО**

Приказ Министерства

здравоохранения Донецкой

Народной Республики

от 12.03.2015 № 312

Зарегистрировано в Министерстве

юстиции Донецкой Народной

Республики за регистрационным

№ 141 от 20.05.2015

(в ред. приказа Министерства

здравоохранения ДНР от

17.04.2019 № 719)

Инструкция

по заполнению формы первичной учетной документации

№ 027/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного"

1. Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 027/у "Выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного" (дальше - форма № 027/у).

2. Форма № 027/у заполняется врачами учреждений здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую помощь, при направлении больного на консультацию в другие учреждения здравоохранения или на стационарное лечение. Также форма № 027/у заполняется врачами стационаров при направлении больного на консультацию в другие учреждения.

*(пункт 2 в нов. ред. на основании приказа Министерства здравоохранения от 17.04.2019 № 719)*

3. В пунктах 1-3 указываются фамилия, имя, отчество больного, дата рождения, местожительство согласно паспортным данным.

4. В пункте 4 отмечаются место работы и занимаемая должность.

5. В пункте 5 указываются:

в амбулаторно-поликлиническом учреждении - дата (число, месяц, год) начала заболевания и направления в стационар (на консультацию);

в стационаре – дата поступления.

*(абзац третий пункта 5 в нов. ред. на основании приказа Министерства здравоохранения от 17.04.2019 № 719)*

6. В пункте 6 указывается полный клинический диагноз основного заболевания, сопутствующие заболевания и осложнения, которые возникли во время стационарного (амбулаторного) лечения.

7. В пункте 7 указываются краткий анамнез, состояние при направлении, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение.

8. В пункте 8 указываются необходимые лечебные и трудовые рекомендации. Для работающих лиц необходимо указать сроки временной нетрудоспособности.

9. В конце формы указывают дату заполнения и подпись врача, который заполнил выписку больному.

10. Форма № 027/у предназначена для взаимообмена информацией амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений здравоохранения относительно диагноза, течения заболевания, состояния больного при направлении (выписке), проведении исследований, консультаций в других учреждениях здравоохранения, лечения, диспансерного наблюдения и других рекомендаций больному.

11. Форма № 027/у выдается на руки больному или пересылается по почте в течение трех дней или передается непосредственно в учреждение здравоохранения, которое направляло больного.

12. В случае ведения формы № 027/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

13. Срок хранения формы № 027/у – 25 лет.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Министр здравоохранения  Донецкой Народной Республики |  | В.В. Кучковой |