Приложение

к Инструкции по заполнению

формы первичной учетной

документации №069-5/у

(пункт 1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения | | | | | | | | | | | | |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** | | | | | | | | | | | |
| Форма первичной учетной документации | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | **№ 069-5 /у** | | | | | | | | | | | |
| Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма | | | | | | | | | | | | | **УТВЕРЖДЕНО**  Приказ Министерства здравоохранения | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | Донецкой Народной Республики | | | | | | | | | | | |
| Идентификационный код | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **№** |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **ЖУРНАЛ**  **выдачи результатов беременным**  **для проведения инвазивной диагностики** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Начат «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_г. | | | | | | | | | | | | Окончен «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

.

продолжение приложения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Дата регистрации** | **Ф.И.О. беременной** | **Возраст** | **Домашний адрес** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

продолжение приложения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **«Д» учет**  **(учреждение здравоохранения, Ф.И.О. врача)** | **Показания для амниоцентеза** | **Дата назначения амниоцентеза** | **С риском рождения ребенка с хромосомной патологией и риском проведения АЦ, ознакомлена** |
| **6** | **7** | **8** | **9** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

.