Приложение к Инструкции по заполнению формы первичной учетной документации №149-1/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  **№149-1/у** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Идентификационный код I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I | | | | | | | | | | |
| **УТВЕРЖДЕНО**  Приказ Министерства здравоохранения  Донецкой Народной Республики | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  | |  | | | |  | | |  | |  | | | |  | | № | | |
|  | |  | |  | |  | | | | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |
| **ИЗВЕЩЕНИЕ**  **на ребенка с врожденными пороками развития**  Дата заполнения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Полное наименование и адрес учреждения | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, имя, отчество ребенка:  Дата рождения:  Дата смерти:  Фамилия, имя, отчество матери: | | | | | | | | Место проживания матери во время беременности  Республика | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| р-н | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| город/пгт/село/ поселок | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Место рождения ребенка: | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименованиеучреждения | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Республика | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| р-н | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| город/пгт/село/ поселок | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 6.Возраст матери | |  |  | 7.Порядковый номер родов | | | | |  | | |  | 8.Масса тела при рождении: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | |  | | | г | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 9. Состояние при рождении: | | | | | живорожденный | | | |  | | | мертворожденный | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 10.Пол ребенка: | | | | | | М Ж | | | | | | | | | интерсекс неизвестен | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11.Близнецовость | | | | | | да | | | | | | | | | нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 12.Выписан (переведен): | | | | | | домой  жив | | | | | | | | | в больницу  умер | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 13. Направление на аутопсию: | | | | | | да | | | | | | | | | нет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Продолжение приложения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Описание врожденных пороков и аномалий развития (продолжение): | | | | | |
| Диагноз: | |  | | Код по МКБ – 10 | |
| Выявлен впервые | | да | | нет | |
| Примечание: информация родильного отделения о врожденном пороке (пороках) развития  подтверждается:  Да Нет | | | | | |
| Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.  (фамилия, подпись) | | | | | |
|  |  | |  | |  |

.