Приложение

к Инструкции по заполнению

формы первичной учетной

документации №264/у

(пункт 1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Наименование и месторасположение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Лаборатория (название) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Идентификационный код I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |  | **МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ** |
| Форма первичной учетной документации**№ 264/у****УТВЕРЖДЕНО**Приказ Министерства здравоохраненияДонецкой Народной РеспубликиI\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I № I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I |
| **ЖУРНАЛ** **преаналитического (долабораторного) этапа****генетических скринингов/исследований** Начат «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. Окончен «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. |

продолжение приложения

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата****взятия биомате-риала** | **№ п\п** | **Ф.И.О. пациента** | **Число, месяц, год рождения** | **Анамнез/****клинический диагноз** | **Вид исследований:** |
| биохимический скрининг беременных: | массовый неонатальный скрининг |
| I триместр | II триместр | двойной тест | фенилкетонурия | муковисцидоз | врожденный гипотиреоз | адрено-генитальный синдром |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

.

продолжение приложения

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид исследований:** | **Подпись о согласии пациента на взятие биомате-****риала и обработку персональных данных** |
| биохимический селективный скрининг: | молекулярно-генетическая диагностика: | молекулярно-генетический анализ генетической предрасположенности к: |  |
| аминоацидопатий | дисплазии соединительной ткани | углеводов | пуринов и пиримидинов | лизосомных бол. накопления | нейромышечных заболеваний | митохондриальных заболеваний | нарушения обмена меди | фенилкетонурия | муковисцидоз | лактазная недостаточность | несиндромальной нейросенсорной тугоухости | Вильсона-Коновалова | изолированным ВПР | Привыч. невын. женск.беспл. планирования беременности нарушению сист.гемостаза | мужскому бесплодию | цитогенетическое исследование |
| **13** | **14** | **15** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

.