

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіҚазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2024 жылғы 14 қарашадағы № 95
бұйрығы. Қазақстан
Республикасының Әділет
министрлігінде 2024 жылғы 20
қарашада № 35380 болып тіркелдіМинистерство здравоохранения Республики
Казахстан

**«Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын,
сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы»
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін
атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
өзгерістер енгізу туралы**

БҰЙЫРАМЫН:

1. «Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын, сондай-ақ оларды толтыру жөніндегі нұсқаулықтарды бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 21579 болып тіркелген) мынадай өзгерістер енгізілсін:

көрсетілген бұйрыққа 1-қосымшамен бекітілген стационарларда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

көрсетілген бұйрыққа 2-қосымшамен бекітілген стационарларда және амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

көрсетілген бұйрыққа 3-қосымшамен бекітілген стационарларда және амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу



құжаттамасының нысандары осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын;

көрсетілген бұйрыққа 7-қосымшамен бекітілген медицина қызметкерлерінің толтыруы үшін міндетті құжаттаманың тізбесі осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес жаңа редакцияда жазылсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіпшен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты ресми жарияланғаннан кейін оны Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1) және 2) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі

А. Альназарова

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2024 жылғы 14 қарашадағы
№ 95 Бұйрыққа
1-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 1-қосымша

**Стационарларда пайдаланылатын медициналық есепке алу
құжаттамасының нысандары**

«Стационарлық пациенттің № ___ медициналық картасы» № 001/е нысаны

1-бөлім. Қабылдау бөлімі

Жалпы бөлім:

1. ЖСН _____

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

3. Туған күні – « ___ » _____ 20 ___ ЖЫЛ

4. Жынысы



ер



әйел

5. Жасы _____

6. Ұлты _____

7. Азаматтығы (елдер анықтамдылығы) _____

8. Тұрғын _____



қала



ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы _____

10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны _____

Кәсібі Білімі _____

11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің № _____

12. Мүгедектік тобы _____

13. Өтеу түрі _____

14. Әлеуметтік мәртебесі _____

15. Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің
мекемелерінде ұсталатын адам

16. Пациент жолданды _____

17. Емдеуге жатқызу түрі _____

18. Емдеуге жатқызу коды _____

19. Ауруы салдарынан осы жылы емдеуге жатқызылды

20. Жолдаған ұйымның диагнозы _____

Денсаулығы туралы ақпаратты мыналарға хабарлауға рұқсат етемін:

Туысының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Кім болады	Телефон
---------------------------------------	------------	---------

Емдеуге жатқызу кезінде қабылдау бөліміндегі дәрігердің алғашқы қарап-
тексеруі:

1. Қарап-тексеру күні – «___» мен _____ уақыты

2. Шағымдар _____

3. Ауру анамнезі _____

4. Өмір анамнезі _____

5. Аллергиялық реакцияға (препараттардың төзімділігін қоса алғанда)



иә



жоқ

6. Басынан өткерген инфекциялық аурулар



жоқ



иә (коды атауы)

Туберкулез



иә



жоқ

тері-вен



иә



жоқ

Гепатит



иә



жоқ басқа

Вирусты гепатит



иә



жоқ

Қызылша, қызамық



иә



жоқ

Желшешек



иә



жоқ

эпидемиялық паротит



иә



жоқ



АИТВ/ЖИТС



иә



жоқ

COVID-19 коронавируc инфекциясы



иә



жоқ

Соңғы 35 күнде инфекциялық пациенттермен қатынаста болмаған

7. Объективті деректер _____

8. Түскен кезіндегі зертханалық-аспаптық зерттеулердің деректері _____

9. Түскен кезіндегі қойылған диагноз _____

10. Алдын-ала қойылған диагноз _____

11. Құлау тәуекелін бағалау

иә

жоқ

12. Ауырсынуды бағалау

иә

жоқ

Пациентты іріктеу (қабылдау бөлімі) _____

13. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты « ____ » _____ 20 ____

жыл _____

14. Триаж-жүйесі бойынша іріктеу _____

15. Пациенттің идентификациялық бейджі

16. Пациентке нұсқаулық _____

17. Санитарлық өңдеуден өтті _____



иә



жоқ (егер өтсе, уақытын, тазарту көлемін, көрсетілімдерді жазыңыз)

18. Тасымалдау түрлері _____

19. Инфекциялардың белгілері _____

иә

жоқ

Бар болған жағдайда толтырылады:

дененің жоғары температурасы

күсу

диарея

бөртпе

мұрынның бітелуі

жөтелу

Егер иә болса, пациент изоляторға орналастырылады

иә

жоқ

20. Тұрғынүй- тұрмыс шарттары (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

21. Араласу ортасы (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

22. Материалдық қамтылуы (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

23. Әлеуметтік демеу (мейіргерлік күтім ауруханаларына емдеуге жатқызу кезінде)

Қарап-тексеру өткізген: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),
ID _____

2-бөлім. Емдеуші дәрігердің алғашқы қарап-тексеруі:

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты, бөлімшесі, палата №, төсегі- 20 ____ « ____ »

2. Шағымдары _____

3. Пациенттің объективті деректері _____

4. Ауру анамнезі _____

5. Өмір анамнезі _____

6. Тұқым

қуалаушылық _____

7. Емдеуге жатқызу кезінде дәрі-дәрмектерді қабылдау

жоқ

иә (атауы, қашан және қабылдау себептері)

8. Алдын-ала қойылған диагноз _____

9. Зерттеп-қарау

жоспары _____

10. Емдеу жоспары (4 қосымша парағы) _____

Емдеуші дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),
ID _____

Босану кезінде толтырылады: _____

1. Босану күні мен уақыты 20__ жыл «_____»

2. Жалпы ақпарат (бойы, салмағы, соңғы етеккірі, ұрықтың бірінші қозғалуы, іш шеңберінің өлшемі, жатыр түбінің биіктігі, ұрықтың жатқан жатысы, позициясы және түрі, ұрықтың жүрек соғысы, орны, ЖЖЖ келетін бөлігі, босану қызметі, ұрықтың болжамды салмағы)

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),
ID _____

3. Босану ағымы (толғақ уақыты, қағанақ суы кетті, судың сапасы мен мөлшері, толық ашылуы, күшену басталуы, бала туды (бірінші, екінші), тірі туу өлшемшарттары, жынысы, бойы, салмағы, басының айналымы)

Акушер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),
ID _____

*«Стационарлық пациенттің медициналық картасы» (бұдан әрі - медициналық карта) № 001/е нысанында емделіп шығу жағдайы туралы деректерді енгізуді аяқтау пациент стационардан шығарылған күні жүзеге асырылады. Медициналық картаға енгізілген деректер расталғаннан кейін, гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу жағдайларын қоспағанда, түзетуге жатпайды.

Пациент қайтыс болған жағдайда медициналық карта патологиялық-анатомиялық бюросы (бұдан әрі - ПАБ) /облыстың орталық патологиялық-анатомиялық бюросы (бұдан әрі - ОПАБ)/патологиялық-анатомиялық бөлімшеге (бұдан әрі - ПАБ) қайтыс болу фактісі анықталған күннен кейінгі күні таңертеңгі сағат 10-нан кешіктірілмей беріледі. ОПАБ/ ПАБ/ ПАБ медициналық картасын беру фактісінен кейін пациенттің көзі тірісінде жүргізілген гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу, сондай-ақ патологиялық-анатомиялық ашып-қарау жүргізілгеннен кейін патологиялық-анатомиялық

диагнозды енгізу жағдайларын қоспағанда, деректерді жүргізу, қалыптастыру және түзету жүзеге асырылмайды.

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
1-қосымша парақ

Пациенттің объективті статусы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты « _____ » _____ 20 _____
ЖЫЛ _____
2. Бойы (түскен кезде және МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде)
_____;
3. Салмағы (түскен кезде және МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде)
_____;
4. ЖЖЖ _____
5. ТАӘ _____
6. АҚ _____
7. Температурасы _____
8. Ішілген сұйықтық көлемі _____
9. Несеп пен нәжістің болуы/болмауы _____
10. Жалпы жай-күйі (психикалық-эмоциялық статусы, сыртқы әлпеті, мінез – құлық адамгершілік нормалары, өзін-өзі бағалауы, байланысқа түсуі, қоршаған ортаны қабылдауының адекваттығы, зердесі, өз өмірін қамтамасыз етуді бақылауы, еңбекке қабілеттілігі, орындайтын жұмысы, ұйқысы мен демалуы, сексуалдық қанағаттануы, тыныс алуы бұзылуы, жөтел, оттегіне мұқтаждығы, қан айналым жүйесі, тәбеті, тілі, күнделікті рационы мен тамақтану режимі, тамақтану кезінде басқалардың көмегіне тәуелділік, тамақтануының бұзылу себептері, диета сақтау туралы кеңес, несеп шығару жүйесінің жағдайы, сұйықтықтар тұтыну мөлшері, су балансы) (МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде)

;

11. Физиологиялық сыртқа шыққан қалдықтар (физиологиялық сыртқа шыққан қалдықтар барысында, қуықтың өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі, несеп сипаты, дизуриялық бұзылулар, несеп шығару, ішектің өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі, нәжіс сипаты, іш қатулар, іш өтулер, дефекация, іш айдатқы заттарды қолдану, дефекация кезінде басқалардың көмегіне тәуелділік) (МҰ бейініне байланысты қажеттілік кезінде)

;

12. Қозғалу белсенділігі (бұлшық ет тонусы, буындар жағдайы, буындар қозғалғыштығының дәрежесі, жауыржара қауіпі) (МҰ бейіні қажеттілігіне байланысты)

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
2-қосымша парақ

Күнделік

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты _____ « ____ » _____ 20 ____
жыл _____

2. Пациенттің объективті деректері _____

3. Шағымдары _____

4. Пациенттің жай-күйінің динамикасы _____

5. Зертханалық-аспаптық зерттеулер _____

6. Босанудан кейінгі кезеңнің ағыны (тек қана осы санаттағы пациенттарға байқауды жүргізетін ұйымдар үшін)

7. Партограмма (тек қана осы санаттағы пациенттарға байқауды жүргізетін ұйымдар үшін)

Қарап-тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),
ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
3-қосымша парақ

Пациенттің хабардар етілген келісімі*

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 134-бабының 3-тармағына сәйкес (медициналық көмек пациенттің ауызша немесе жазбаша ерікті түрдегі келісімін алғаннан кейін көрсетілуі керек)

ЖСН _____

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (толық)

Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің мекемелерінде ұсталатын адам

Туған күні – « ____ » _____ 20 ____
жыл _____

МҰ бола отыра (МҰ атауы) _____

Медициналық араласудың мынадай түрлерін өткізуге ерікті түрде келісімімді беремін:

1) Маған қан және оның компоненттерін құюдың (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

2) Туберкулезді емдеу кезінде пациент құқықтары мен міндеттері туралы, туберкулезбен ауыратын пациенттің мінез-құлқы бойынша ұсынымдарды сақтау туралы, жағымсыз реакциялардың пайда болуы, жалтарған және/немесе бөлінген жағдайда мәжбүрлеп оқшаулау шараларын қолдану туралы (режимді бұзу) түсіндірілді.

3) Мен денсаулығым туралы, емделудің алдыңғы эпизодтары, қосарласқан аурулар, бастан өткерген операциялар, жарақаттар, аллергиялық реакциялар туралы және емдеудің дұрыс тактикасын таңдау үшін қажетті барлық ақпарат бердім.

4) Менде кез-келген сұрақтар қою мүмкіндігі болды, және мен қол жетімді түрде барлық сұрақтарға толық жауап алдым.

Қолы: _____ Күні мен уақыты 20 ____ жыл « ____ » _____

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (толық)

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Күні мен уақыты « ____ » _____ 20 ____ жыл _____

Ескертпе:

Медициналық қызметкерлер көрсетілімдер бойынша инвазиялық араласуларды бастап кеткен және пациенттің өміріне қауіп төнуіне байланысты оны тоқтату және қайтару мүмкін болмаған жағдайларды қоспағанда, инвазиялық араласулар жүргізуге келісім қайтаруға жатады.

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
4-қосымша парақ

Дәрігерлік тағайындаулар парағы

1. Күні мен уақыты-20 ____ жыл _____ « ____ » _____

2. Тәртібі _____

3. Ем-дәм _____

4. Көрсетілетін қызметтердің, дәрілік заттардың атауы (оларды тағайындау уақыты мен күшін жою уақыты бойынша нақты ұсыныстармен)

5. Тағайындау күні (уақытымен) мен аяқтау күні 20 ____ « ____ » _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
5-қосымша парақ

Клиникалық диагнозды негіздеу (ішкі қағидаларға сәйкес, негіздемелер саны тек көрсетілгендермен ғана шектелмейді)

1. Күні мен уақыты -20 _____ « _____ » _____
 2. Объективті деректері _____
 3. Шағымдары _____
 4. Қолжетімді зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру _____
 5. Диагноз _____
 6. Дәрігерлік тағайындаулар парағы _____
- Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
6-қосымша парақ

«Трансфузия алдындағы эпикриз»

Ауру тарихындағы трансфузиялық анамнез:

трансфузиларя бұрын өткізілмеген

ерекшеліктері жоқ трансфузиялық анамнез

трансфузиядан кейінгі асқынулар орын алды, қандай екенін көрсету қажет
Әйелдер үшін акушерлік анамнез:

ерекшеліктері жоқ

көп реттік (5 және одан артық) жүктілік, өлі туу, ерте мерзімдегі аборт және түсік жағдайларын қоса алғанда

Иммунды гематологиялық ерекшеліктер:



болған жоқ



антигендердің немесе экстраагглютининдердің нұсқалы түрлері табылған



иммундық антиэритроцитарлық анти денелер табылған (белгілі болса, ерекшеліктерін көрсету қажет)



антиэритроцитарлық анти денелер зерттелген жоқ

Құрамында эритроциттер бар қан компоненттері үшін көрсетілімдер (ЭҚК) ЖҚА, ҚСЖ

Ересектерде консервіленген эритроциттердің бір дозасы гемоглобинді шамамен 10 г/л көбейтеді



Жіті қаназдық, гемоглобин г/л



созылмалы теңгерілмеген қаназдық гемоглобин г/л, клиникалық деректер: айқын әлсіздікке шағым, ТЖ, Ps, АҚ



0 қаназдық кезінде O₂ жеткізудің төмендеуі Hb г/л, PaO₂ мм. сын. бағ, PvO₂ мм. сын. бағ

Есептелген дозасы _____

СЗП/криопреципитат үшін көрсетілімдер _____

Соңғы коагулограмманың деректері: (коагулограмманың өзгерген бір көрсеткіші немесе 30 минуттан артық ҚҰУ жеткілікті) ПТИ %, ХНҚ, БІТУ
Фибриноген г/л, АТШ _____

Плазманың гепаринге төзімділігі, ҚҰУ мин _____

Талдау күні/айы

/жылы _____

коагуляциялық гемостаза факторларының тапшылығы

плазмалық антикоагулянттардың тапшылығы

плазмаалмасу

Есептелген доза (12-20мл/кг) _____

КТ үшін көрсеткіштер: тромбоциттердің соңғы саны *10⁹/л _____

Талдау күні/айы

/жылы _____

Геморрагиялық тромбоцитопениялық синдром

Геморрагиялық синдромсыз 10*10⁹/л төмен тромбоцитопения50*10⁹/л төмен тромбоцитопения, хирургиялық операция100*10⁹/л төмен тромбоцитопения, нейрохирургиялық операция

Тромбоцитопатия, геморрагиялық синдром

Есептелген доза _____

Трансфузияға көрсетілімдерді негіздеген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Трансфузияға көрсетілімдер тексерілгенін растаймын _____

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID _____

Қан және оның компоненттері трансфузиясының хаттамасы

1. Трансфузия жүргізілетін бөлімшенің атауы – _____

2. Трансфузияны жүргізу күні – 20 ____ жылғы « ____ » _____

басталған уақыты жылы/айы/күні, басталды 20 ____ жылғы « ____ »

аяқталды 20 ____ жылғы « ____ » _____

3. Пациент туралы мәліметтер –

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____,

ЖСН _____,

топтық және резус-тиістілігі _____.

4. Трансфузиялық орта туралы мәліметтер-заттаңба нөмірі _____,

атауы _____, донордың топтық және резус-

тиістілігі _____, трансфузиялық ортаны дайындаушы ұйымның атауы

_____, Жарамдылық мерзімі _____.

5. Трансфузияға дейінгі зертханалық зерттеулердің нәтижелері _____,

зерттеу жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса)/ID _____.

6. Биологиялық сынаmanın нәтижесі _____,

Сынама жүргізген дәрігердің Т.А.Ә (бар болса), ID _____.

7. Трансфузия туралы мәліметтер - құйылды/ мл _____, тамыр ішіне

құюдың жылдамдығы (тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып-

сорғалатып _____,

Трансфузияны жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса)/ID _____.

8. Пациенттің жай-күйі, жүрек соғуының жиілігі, артериялық қан қысымы, дене

температурасы туралы мәліметтер

1) трансфузияға дейін: Ps_, АҚК_, t0 _ ;

2) трансфузия кезінде: Ps_, АҚК_, t0 _ ;

3) трансфузиядан кейін: Ps_, АҚК_, t0 _ ;

4) трансфузиядан кейінгі

1 сағаттан соң Ps_, АҚК_, t0 _;

2 сағаттан соң Ps_, АҚК_, t0 _

3 сағаттан соң Ps_, АҚК_, t0 _

Бақылауды жүргізген медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)
/ _____

9. Құрамында эритроциттер бар компонентінің әрбір дозасын құюдан кейінгі
алғашқы несеп порциясының түсі туралы деректер _____.

Бақылауды жүргізген дәрігердің Т. А. Ә. (бар болған жағдайда)/ID
_____.

10. Пациенттің қаны мен несепін бақылаушы зертханалық зерттеудің, тәуліктік
диурез көлемінің көрсеткіштері _____.

Орта буын медицина қызметкерінің Т.А.Ә (бар болған жағдайда),
ID _____

Күні, уақыты – 20 ____ жылғы « ____ » _____

11. Трансфузия мен орындалған емдік шараларының жанама салдары белгілерінің
бар-жоғы туралы деректер _____

Трансфузиялық парак

1. Күні-20 ____ « ____ » _____

2. Трансфузиялық ортаның атауы _____

3. Мөлшері _____ мл

4. Донордың қан тобы, Rh _____

5. Көрсетілімдер _____

6. Заттаңба №, өндіруші ел _____

7. Асқынулар _____

8. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
7-қосымша парақ

Диагностикалық зерттеулер/көрсетілетін қызметтер хаттамасы

1. Өткізу күні мен уақыты - 20__ жыл _____ «__»

2. Тарификатордан қызметтің атауы _____

3. Өткізілген зерттеулер туралы ақпарат _____

4. Қорытындысы _____

5. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
8-қосымша парақ

Реанимация және қарқынды терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы)
пациенттің жай-күйінің негізгі көрсеткіштері мен тағайындаулар картасы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты – 20__ жыл _____ «__»

2. Объективті деректері (температура, ЖЖЖ, ӨЖВ, SpO2 / FiO2, ОВҚ, АҚ,
ВАШ бойынша ауырсынуды бағалау, RASS делириясын бағалау)

3. Дәрігерлік тағайындаулар парағы (қажет болған жағдайда манипуляция
өткізу уақытын көрсетуі керек) _____

4. Диагноз _____

5. Күнделік (қосымша өмірді қамтамасыз ететін аспаптар мәртебесі, бар
болған жағдайда гидробаланс сипаттамасы) _____

6. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына

9-қосымша парақ

Маман консультациясы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты - 20 _____ жыл « _____ » _____

2. Консультация
түрі _____

3. Шағымдар:

4. Өмір анамнезі:

5. Ауру анамнезі:

6. Объективті деректер:

7. Зертханалық талдаулар және диагностикалық зерттеулердің, қосымша
зерттеулердің нәтижелерін
түсіндіру _____

8. Диагноз _____

9. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау _____

10. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),
ID _____

Бар болған жағдайда:

11. Жазбалары консилиум (диагнозы бойынша келісілген зерттеп-қараумен және емдеу ұсыныстарын қамтуы тиіс. Консилиум қатысушыларының бірінде ерекше позициясы болған кезде, оның пікірі тіркеледі)

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
10-қосымша парақ

Операция/ем-шара/ аферез хаттамасы

1. Күні мен уақыты - 20__ жыл «__» ____ . _____

2. Операция/ем-шара / аферезге
көрсетілімдер _____

3. Клиникалық диагноз (жүрек-қан тамырлары операцияларын жүргізу кезінде операция алдындағы пациенттің жай-күі, наркозға дайындық, әрбір 5 минут сайын объективті деректерді өлшеу, наркоз және операция барысында асқынулар сипатталады)

4. Анестезиялық құрал _____

5. Операция/ем-шара / аферез хаттамасы:

5.1 Операция/ем-шара / аферез басталған және аяқталған күні мен уақыты

5.2 Операция/ем-шара / аферез ағымы (сипаттамасы), орындау техникасын қоса алғанда

5.3 Операция/ем-шара / аферез кезінде консультанттардың қатысуы, ұсынымдары

5.4 Қосымша зерттеулер әдістерін және зертханалық зерттеуді жүргізу

5.5 Операцияның ақыры, операция кезіндегі асқынулар (егер болмаса «Операция/ем-шара / аферез кезінде асқынулар болған жоқ» деп көрсету қажет)

5.6 Қан

кету _____

 (мл)**5.7 Операция/ем-шара / аферез коды мен**

атауы _____

5.8 Операция/ем-шара / аферезден кейінгі

диагнозы _____

5.9

Ұсынымдар _____

**5.10 Операция/ем-шара / аферез жасаған дәрігерлердің, ассистенттердің,
анестезиолог пен ОМҚ Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),**

ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
11-қосымша парақ**Жаңа туған нәрестенің даму тарихы**

Босану бөлімшесінде толтырылады:

Уақыты мен күні - 20____ жыл «____» _____

1. Ата-анасы туралы ақпарат (қан тобы, резус-тиістілік) _____

2. Жаңа туған нәрестенің туу/қайтыс болу, түсуі, шығуы, ауыстырылуы
туралы толық сипаттамасымен ақпарат _____

3. Жаңа туған нәрестенің қорытынды диагнозы _____

4. Анасы/әкесі жағынан тұқым қуалаушылық _____

5. Жаңа туған нәресте және босану үрдісі туралы
ақпарат _____6. Жаңа туған нәрестені Апгар шкаласы бойынша
бағалау _____

7. Емшек сүтімен тамақтандыру, даму ақаулары, туу, жарақаттанушылық, гонобленореяның профилактикасы туралы ақпарат _____

8. Тұқым қуалайтын патологияға скринингі (фенилкетонурия, туа біткен гипотиреоз, аудиологиялық скрининг) жүргізу күні _____

Кезекші акушер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Жаңа туған нәрестені босану залынан бөлімшеге ауыстыру кезінде толтырылады:

Уақыты мен күні -20 ____ жыл « ____ » _____

1. Жаңа туған нәрестені бөлімшеге ауыстыру туралы ақпарат, палата № _____

2. Босану залынан ауыстырылғандағы нәрестенің жай-күйі _____

3. Алдын ала қойылатын диагноз _____

4. Нәрестені қабылдаған және өңдеген мейіргер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Жаңа туған нәрестелер палатасында (бөлімшесінде) нәрестені алғашқы рет қарап-тексеру

Уақыты мен күні - 20 __ жыл « ____ » _____

1. Жалпы жай-күйі (нәрестенің жатқан жатысы, дауысының сипаттамасы, тремор, бұлшық ет тонусы), тері қабаты, көрінетін жылбысқы қабықтары, кіндік қалдығы, емізу кезінде көкірек клеткасының қалпы _____

2. Емшек сүтімен тамақтандыру жиілігі _____

3. Өкпесінің, тамыр соғуының жай-
күйі _____

4. жаңа туған нәрестені күнделікті жалпы қарап-тексеру деректері, жаңа
туған нәрестенің жай-күйінің өзгеруі _____

5. Вакцинациялар, тұқым қуалайтын патологияларға скрининг,
аудиологиялық неонаталды скрининг _____

Кезекші акушер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),
ID _____

Кезекші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),
ID _____

Қорытынды және алдын ала қойылған
диагноз _____

1. Ұсынымдар мен олардың
негізделуі _____

2. Диагноз _____

Қорытынды бөлім: _____

Шығару эпикризі _____

Эпикриз пациенттің жай-күйіндегі динамикалық өзгерістерді; емдеу
кезіндегі асқынуларды; зертханалық зерттеулердің, сондай-ақ
консультациялардың нәтижелерін қорытындылауды; диагнозға сүйене отырып,
емдеудің одан әрі әдісін анықтауды, бар болған жағдайда оңалту әлеуетін, оңалту
диагнозын және оңалту бағдарының ауқымын көрсететін ұсыныстар беруді
қамтиды. Сұрау бойынша пациентқа эпикриздің көшірмесі беріледі.

1. Клиникалық диагноз _____

Қойылған күні - 20 ____ жыл « ____ » _____

2. Емдеудің басқа түрлері _____

3. Еңбекке уақытша жарамсыздық парағын беру туралы белгі _____

еңбекке жарамсыздық парағының №, ашылған және жабылған күні

4. Немен аяқталды _____

МҰ ауыстырылды (МҰ тіркелімінен)

5. Еңбекке қабілеттілігі _____

6. Шыққан күні мен уақыты _____

7. Өткізген төсек-күндер _____

8. Сараптамаға түскендер үшін –

қорытынды _____

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID _____

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID _____

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды күні/айы/жылы – « ____ » _____ 20 ____ жыл _____

Аутопсия жүргізілді:

иә

жоқ

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды:

Патологиялық морфологиялық диагноз (негізгі)

негізгі ауруының асқынуы _____

қосалқы _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID _____

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына
12-қосымша парақ

Қатыгез қарау нәтижесінде дене жарақаттарын алу және (немесе)
психологиялық әсер ету себебі бойынша стационар жағдайында медициналық

көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына жүгінген (түскен) кездегі
медициналық қарап-тексеру картасы

Жүгінген күні мен уақыты

Төлкүжат деректері

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

3. Туған күні: күні, айы, жылы

4. Жынысы ер әйел

5. Жасы

6. Ұлты

7. Ауыл тұрғыны қала

8. Азаматтығы тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс және (немесе) оқу және (немесе) балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Өтеу түрі

12. Әлеуметтік мәртебесі

13. Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің
мекемелерінде ұсталатын адам

14. Жүгіну себебі: дене жарақаты және(немесе) психологиялық әсер ету
(астын сызу)

15. Шағымдар

16. Анамнез:

Деректерді көрсету:

Уақыты мен күнін көрсете отырып физикалық және психологиялық зорлық
көрсету жағдайлары туралы;

Қару және (немесе) қару ретінде қолданылған құралдарды қолдану туралы.

17. Дене жарақаттарының сипаттамасы:

Тырналудың сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық локализация (сызбада көрсету)
2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты
3. Бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға;
4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);
5. Түбінің және жабынды қыртысының жай-күйі - ылғалды, айналасындағы тері деңгейіне қатысты батады; қоршаған тері деңгейінде ; қоршаған тері деңгейінен жоғары , периферия бойынша шыққан гиперпигментация учаскесі ; гипопигментация ;
6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну, гиперемияланған, қан, топырақ салу

Көгерудің сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты, 3. Бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;
4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);
5. Көгерудің түсі – қызыл-қызғылт , көкшіл-күлгін, қоңыр, жасыл, сары ;
6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну, гиперемияланған, қан, қыртыс.

Жараның сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Жараның пішіні мен өлшемдері: сызықты, шпиндель тәрізді;
3. Мата ақауының сипаты мен ерекшеліктері: «минус-мата» ақауының болуы;
4. Шеттердің ерекшеліктері: шөгу, көгеру, бөліну, ластану, бөгде қосындылар;
5. Қабырғалардың бедері: біртегіс, тегіс, тік орналасқан бір қабырға қисайған, ал екіншісі қазылған;

6. Шеттерінің шөгуі;

7. Түбінің ерекшеліктері: тінаралық байланысатын тіндік түйісулердің болуы, бұлшықеттің зақымдануы, сүйек;

8. Жараның аймағындағы шаштың зақымдану ерекшеліктері; жараның бастапқы және ортаңғы үштен бір бөлігінде көлденең немесе қиғаш қиылысуы, шаштың соңғы бөлігінде бадананың сыртқа айналуы .

9. Тілу, кесу, арамен кескенде шеміршек, сүйек жазықтығындағы микрорельефтің ерекшеліктері: тегіс, тегіс емес, кертіктелген;

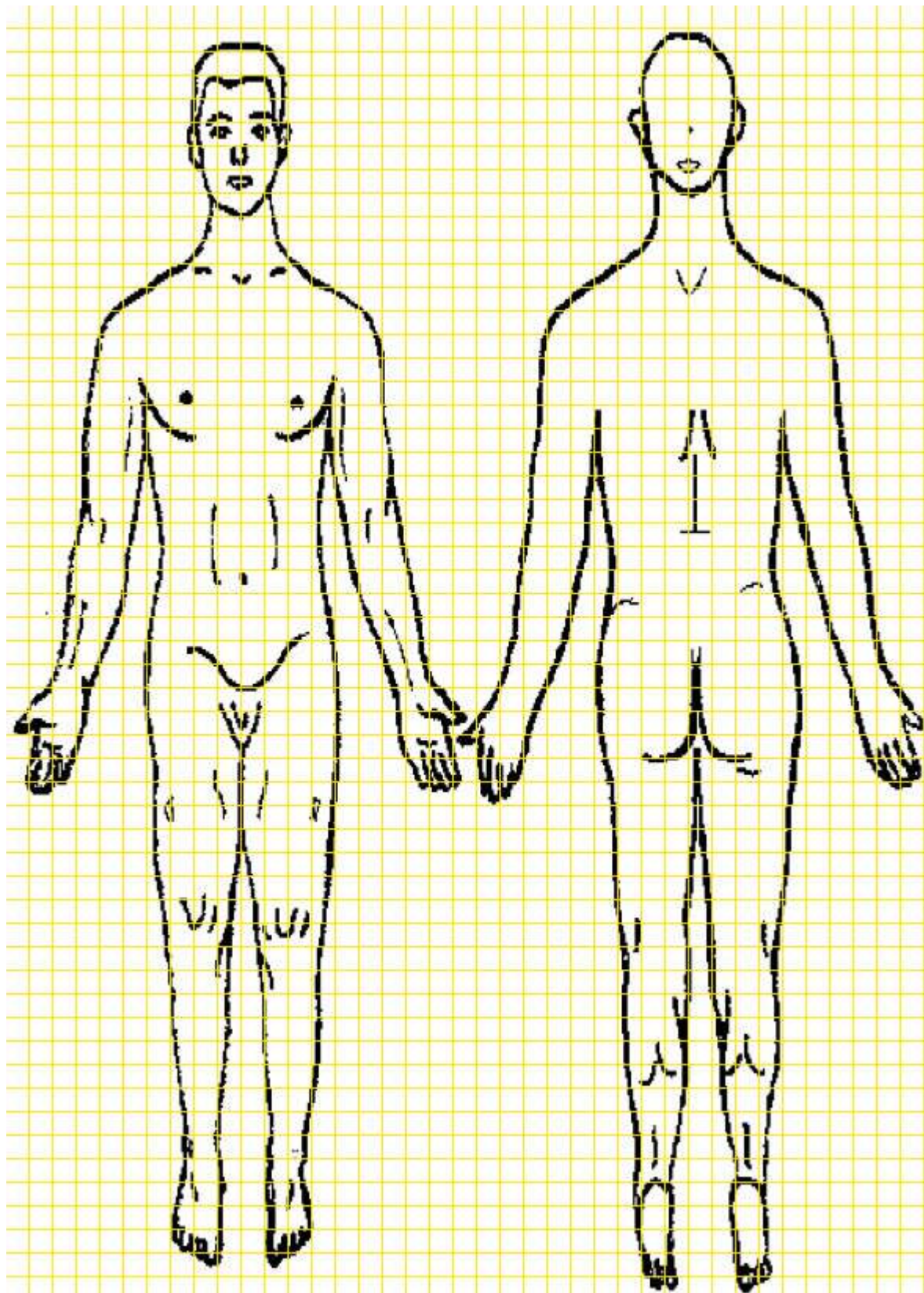
Сынықтың сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Пішіні сызықты, тұрақты емес, көп қырлы
3. Өлшемдері XXXсм,
4. Сыну сызықтарының бағыты тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;
5. Бос сынықтардың, ақаулардың, сүйек сынықтарының және жаншылған сынықтардың өлшемдері, бағдарлануы.

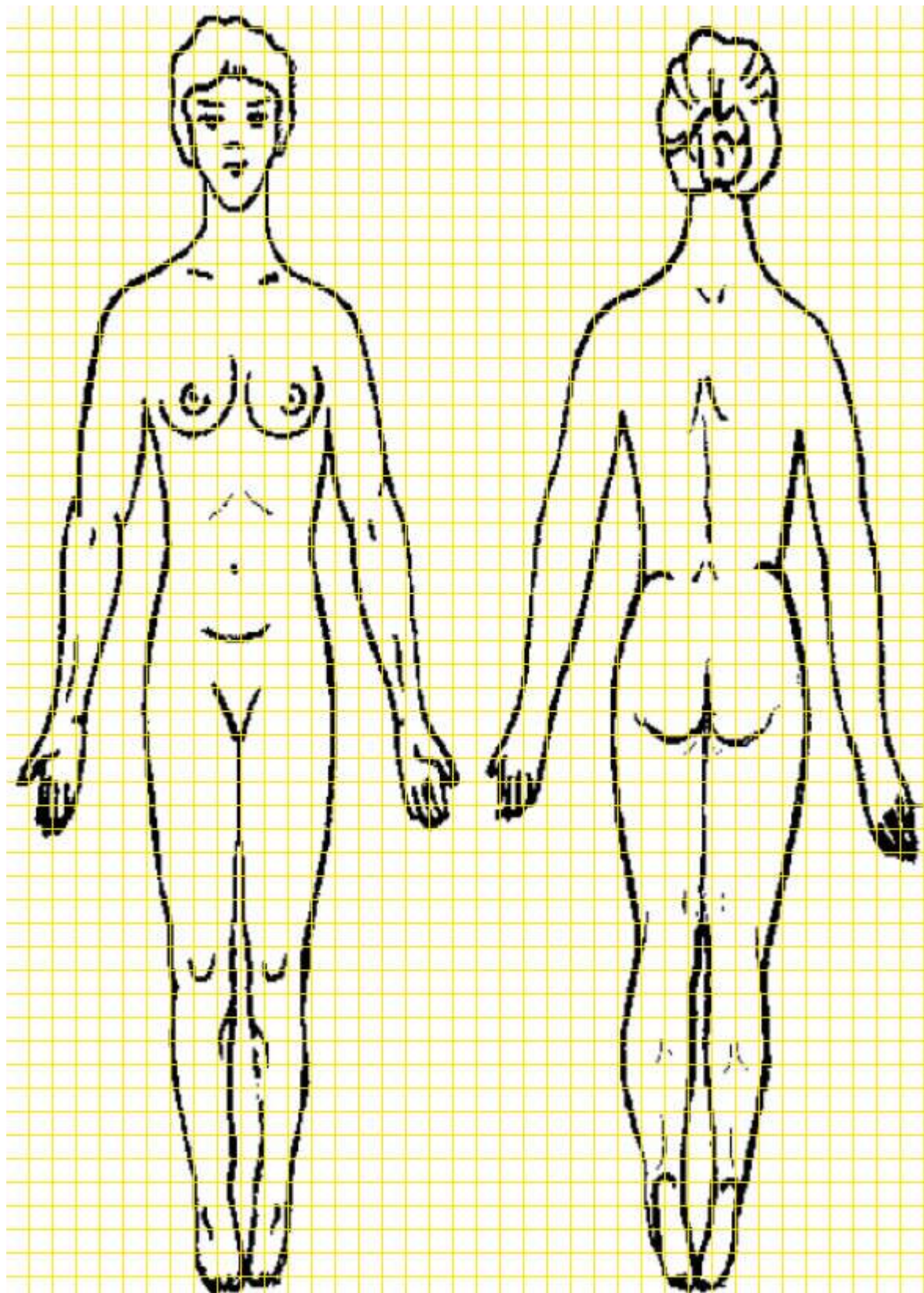
6. Омыртқаның зақымдануының ерекшеліктері: омыртқаны қоршаған тіндердегі қан кетулердің локализациясы және қасиеттері; омыртқа денесінің, омыртқа доғаларының және өсінділерінің сынуы, олардың жылжу сипаты; байламды аппараттың, омыртқааралық дискілердің, үстіңгі және астыңғы қан кетулердің, жұлынның зақымдануы.

Анатомиялық орналасу схемасы

Еркек схемасы



Әйелдің схемасы



17. Психикалық жай-күйді зерттеп-қарау

1. Сана

1.1 сана анық, бұзылмаған;

1.2 сана бұзылған, адасқан:

уақытқа байланысты ,

орынға байланысты,

жеке тұлғада;

1.3 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

2. Мінез-құлқы

2.1 адекватты;

2.2 пассивті, мәңгірген;

2.3 мелшиген;

2.4 қозған;

2.5 қорқақ;

2.6 жылауық;

2.7 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

3. Көңіл-күй мен эмоциялар

3.1 тегіс көңіл-күй фоны;

3.2 көңіл-күйдің төмендеуі (пассивтілік, көңілсіздік, пессимизм);

3.3 ашулану және (немесе) ызаланған;

3.4 көңіл-күйдің жоғарылауы (жарқын жүзділік, сергектік, оптимист) ;

3.5 қорқыныш, үрей;

3.6 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)

4. Ойлау, есте сақтау, сөйлеу (керегінің астын сызу);

4.1 ерекшеліктері жоқ;

4.2 баяу ойлау, сөйлеу;

4.3 жедел ойлау, сөйлеу;

4.4 толық (егжей-тегжейлі) ойлау, сөйлеу;

-
- 4.5 байланыссыз ойлау;
 - 4.6 сандырақ идеялар;
 - 4.7 өлім, өзін-өзі өлтіру туралы ойлар;
 - 4.8 жадының бұзылуы;
 - 4.9 назардың бұзылуы;
 - 4.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)
 - 5. Соматовегетативтік бұзылулар (пациенттің шағымдары бойынша анықталады)
 - 5.1 жылдам немесе жиіленген жүрек соғысы, жүрек аймағындағы ыңғайсыздық сезімі;
 - 5.2 қатты терлеу, ыстық жыпылықтау немесе қалтырау, құрғақтық ауызда;
 - 5.3 қол және (немесе) аяқта және (немесе) денедегі дірілдеу;
 - 5.4 бұлшықет кернеуі, босаңсуға қабілетсіздік;
 - 5.5 тамақтың тұншығуы немесе бітелуі, тыныс алудың қиындауы;
 - 5.6 кеудедегі жайсыздық немесе ауырсыну сезімі, "кеудедегі ауырлық";
 - 5.7 бас айналу, бас ауруы;
 - 5.8 әлсіздік, шаршау сезімі;
 - 5.9 ұйып қалу және (немесе) шаншу сезімі,
 - 5.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда)
 - 6. Жоғарыдағы тармақтарда көрсетілмеген, медицина қызметкері анықтаған белгілер
 - 6.1 Ұйқының бұзылуы,
 - 6.2 Тәбеттің бұзылуы,
 - 6.3 Психологиялық жарақаттың болуы;
 - 6.4 Қызығушылықты жоғалту;
 - 6.5 Құпия, сенімсіздік;
 - 6.6 Алкогольді тұтыну туралы хабарламалар;
 - 6.7 Үмітсіздік сезімі;

6.8 Елестеулер (пациент көреді, көрінбейтін сұхбаттасушымен сөйлеседі) ;

6.9 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болған жағдайда) ;

Қысқарған сөздер тізімі:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

1. Қосымша медициналық мәліметтер (құжаттар)

Медициналық қарап-тексеру кезінде ұсынылған медициналық карталар, медициналық қорытындылар, үзінділер, клиникалық-зертханалық зерттеулердің деректері: о жоқ о бар (көрсетіңіз)

о Жоқ

о Бар (көрсетіңіз)

2. Бағытталған:

зерттеуге (қандай екенін көрсету),
консультацияларға (көрсету)
емдеуге (көрсету)

3. Зорлық-зомбылық туралы Ішкі істер органдарына/прокуратураға белгіленген тәртіппен хабарланды

Хабарлама күні

Ішкі істер органының/прокуратураның атауы

Идентификатор, дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Стационарлық пациенттің
медициналық картасына

13- қосымша парақ

Сурдологиялық пациенттің қарап-тексеру картасы

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің мекемелерінде ұсталатын адам

Жасы

ЖСН _____

Мекенжайы _____

Аудиологиялық скрининг аясында жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Ауруы бойынша жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Алғашқы анықталған ауруы ИӘ/ЖОҚ

Бұрыннан белгілі ауруы

Шағымдар

Ауру анамнезі

Зерттеп-қарау тәсілі:

ДИАГНОЗЫ (арасынан таңдап алу):

Сыртқы құлақ дамуының туа біткен ақауы (құлақ қалқанының ауытқуы, сыртқы есту жолының атрезиясы)	Бір жақты	AD	AS		
	Екі жақты	AD	AS		
Ішкі құлақ дамуының туа біткен ақауы (ішкі құлақ иірімінің, есту нервісінің ауытқуы)	Бір жақты	AD	AS		
	Екі жақты	AD	AS		
Есту (аудиторлық) нейропатиясы спектрінің аурулары	Бір жақты	AD	AS		
	Екі жақты	AD	AS		
Сенсоневральді есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты	AD	AS	
		екі жақты	AD	AS	
	2-дәрежелі	бір жақты	AD	AS	
		екі жақты	AD	AS	
	3-дәрежелі	бір жақты	AD	AS	
		екі жақты	AD	AS	
	4-дәрежелі	бір жақты	AD	AS	

		екі жақты	AD	AS		
	Керендік	бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		
Кондуктивтік есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		
	2-дәрежелі	бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		
	3-дәрежелі	бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		
	4-дәрежелі	бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		
	Керендік	бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		
	Аралас есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты	AD	AS	
			екі жақты	AD	AS	
2-дәрежелі		бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		
3-дәрежелі		бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		
4-дәрежелі		бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		
Керендік		бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		

Керегін белгілеу

Есту аппараты (бар/жоқ)	Ауа өткізгіштік	AD	AS	
-------------------------	-----------------	----	----	--

		Сүйек өткізгіштік	AD	AS	
Имплантталатын жүйе (бар/жоқ)		Орта құлақ	AD	AS	
		Сүйек өткізгіштік	AD	AS	
		Кохлеарлық имплантация	AD	AS	
	Білім беру мекемесі/жұмыс орны	Мектепке дейінгі мекеме	жалпы білім беру	Иә	Жоқ
түзету			Иә	Жоқ	
Мектеп мекемесі		жалпы білім беру	Иә	Жоқ	
		түзету	Иә	Жоқ	
Жоғары /орта оқу орны			Иә	Жоқ	
Жұмыс орны					
Ұйымдастырылмаған			Иә	Жоқ	

**«Стационарлық пациенттің медициналық картасы» № 001/е нысанының
қысқарған сөздер тізімі:**

1	FiO2	Оксигенация индексі
2	Hb	Гемоглобин
3	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтанба, QR коды (машина оқитын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін бірегей белгі)
4	Ps	Матрицалық штрих-код түріне арналған сауда маркасы
5	Rh	Резус факторы
6	SpO2	Қанның оттегімен қанықтыру деңгейі
7	t0	Дене температурасы
8	АҚ	Артериялық қысым
9	АТШ	Антитромбин III
10	БІТУ	Белсендірілген ішінара тромбопластин уақыты
11	КАШ	Көрнекі аналогтық шкала
12	ЕТ	Емшек сүтімен тамақтандыру
13	ӨЖЖ	Өкпені жасанды желдету
14	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
15	КТ	Компьютерлік томография
16	мл	Миллилитр
17	мм сын. бағ.	Миллиметр сынап бағынасында
18	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
19	МҰ	Медициналық ұйым
20	RASS делирия бағалау	Richmond Agitation-Sedation Scale делирия бағалау
21	ПТИ	Протромбин индексі
22	PvO2	Қанның газ құрамы
23	PaO2	Қанның газ құрамы
24	ЖМП	Жаңа мұздатылған плазма
25	ОМҚ	Орта медицина қызметкерлері
26	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

27	ОВҚ	Орталық веналық қысым
28	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
29	ЖЖЖ	Жүрек жиырылуының жиілігі

**«Стационарлық пациенттің медициналық картасынан
үзінді көшірме № ____» № 001-1/е нысаны
Форма № 001-1/у «Выписка
из медицинской карты стационарного пациента № ____»**

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес организации куда направляется выписка)

1. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного)

2. Тергеу изоляторы мен қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесінің мекемелерінде ұсталатын адам

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) _____

5. Күндері: түсуі (Даты: поступления) _____

Шығуы (выбытия) _____

6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) _____

Қорытынды диагноз: (Заключительный диагноз:) _____

Қосалқы аурулар: (Сопутствующие заболевания:) _____

7. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем, жолданғандағы, шыққандағы жағдайы (Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке) _____

Түскен кездегі шағымдар: (Жалобы при поступлении:) _____

Ауру анамнезі: (Анамнез заболевания): _____

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни): _____

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез:) _____

Объективті деректер: (Объективные данные:) _____

Мамандардың консультациясы: (Консультации специалистов:) _____

Зертханалық-диагностикалық зерттеулер: (Лабораторно-диагностические
исследования:)

Өткізілген емдеу: (Проведенное лечение:)

Шығару кезіндегі жағдай: (Состояние при выписке:)

Емдеу нәтижесі: (Исход лечения:)

Емдеу және еңбек ұсыныстары: (Лечебные и трудовые рекомендации:)

Қаржыландыру көзі: (Источник финансирования:)

Емдеу құны: (Стоимость лечения:)

Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)):

қолы (подпись) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись:) _____

**«Стационарлық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірме» (бұдан әрі - үзінді көшірме) №001/е нысанында емделіп шығу жағдайы туралы деректерді енгізуді аяқтау пациент стационардан шығарылған күні жүзеге асырылады. Үзінді көшірмеге енгізілген деректер расталғаннан кейін, гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу жағдайларын қоспағанда, түзетуге жатпайды.

«Патологоанатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы)» № 002/е нысаны №

Хаттаманы толтырған ұйымның мекенжайы

Пациент картасының №

Пациенттің ЖСН _____

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

Туған күні-« _____ » _____ 20 ____ г

Жынысы

ер

әйел

Жасы

Ұлты

Тұрғыны



қала



ауыл

Азаматтығы _____

Тұрғылықты мекен-жайы _____

Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны _____

Кәсібі Білімі _____

Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің

№ _____

МҰ емдеу атауы (МҰ тіркелімінен) _____

Ауруханаға әкелінді

(сағаттан (күннен) кейін сырқаты басталғаннан соң)

Өткізілген төсек-күн

Қайтыс болған күні _____

Мәйітті ашу күні мен уақыты _____

Емдеуші дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мәйітті ашуға қатысқандар Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),

ID _____

Жолдаған ұйымның
диагнозы _____

Түскен кездегі
диагнозы _____

Стационардағы клиникалық диагноздары және олардың қойылған күні _____

Қорытынды клиникалық диагноз және оны қойған күні _____

Негізгі ауру _____

Негізгі аурудың асқынуы _____

Қосалқы аурулары _____

Қайтыс болу себебі _____

Клиникалық –зертханалық зерттеулер нәтижелері _____

Патологоанатомиялық диагноз (негізгі ауруы, асқынулары, қосалқы аурулары)

Клиникалық диагностикалау қателері (керекті астын сызыңыз, жазыңыз):

Негізгі ауруы бойынша диагноздың айырмашылықтары

Кеш диагностикалау

негізгі ауруы

асқынулары бойынша

қайтыс болуға әкелген асқынуының

қосалқы аурулары бойынша

басқа

Диагноз айырмашылықтарының себептері

Диагностикадағы объективті қиындықтар

Аз уақыт болуы

Пациенттің толық қаралмауы

Қарау деректерін асыра бағалау

Аурудың сиректігі

Диагнозының дұрыс ресімделмеуі

Қайтыс болу себептері №

қайтыс болғаны туралы дәрігерлік куәлікте №

мынадай жазбалар жасалған

Диагноздың АХЖ-10 бойынша коды мен
атауы _____

Дәрігердің, патологоанатомның, бөлімше меңгерушісінің Т.А.Ә. (бар болған
жағдайда),

ID _____

Патологоанатомиялық зерттеудің нәтижелері

Бойы:

Дене салмағы:

Дене мүшелері салмағы:

Ми:

Жүрек:

Өкпе:

Бауыр:

Көк бауыр:

Сол бүйрек, оң бүйрек:

Тимус:

Қысқаша клиникалық деректер:

Патологиялық зерттеуге тілімдер алынды

Блоктар дайындалды

Басқа зерттеу әдістеріне материал алынды

Бір данада толтырылады. Сызбалар мен фотосуреттер қоса беріледі

Гистологиялық зерттеу нәтижелері

Қосымша ___ парақ

Сызбалар, кестелер, фотосуреттер (қанша)

Конференцияда талқылану күні

Патологоанатомның Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

№ 002/е «Патологоанатомиялық зерттеухаттамасы (картасы)» нысанының
қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция)
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

**«Қан, оның компоненттері және диагностикалық стандарттардың
қозғалысын
есепке алу нысаны» № 003/е нысаны**

1. Өнімді алған күні мен уақыты – «___» _____ 20__ г. _____

2. Дайындаушы

Ұйым _____

3. Заттаңбаның нөмірі (сериясы)

Түскен пациенттардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Осы аурухананың басқа бөлімшелерінен ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) осы аурухананың басқа бөлімшелеріне	Ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда).		Қайтыс болғандардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Ескерту
			Шығарылғандардың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда).	басқа стационарларға		
1	2	3	4	5	6	7

«Пациенттар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы» № 005/е нысанын толтыру бойынша бойынша түсініктеме:

Стационардағы төсек қоры мен пациенттар қозғалысын есепке алу парағы ұйымның ішкі бұйрығымен бекітілген сметасына сәйкес аурухананың құрамындағы бөлінген әр бөлімшеде толтырылады.

Аурухана бойынша ішкі бұйрықпен бекітілген өз ішінде арнайы бейінге (мысалы, хирургиялық және гинекологиялық бөлімшелер құрамындағы онкотөсектер, неврология бөлімшесінде балаларға арналған төсектер) бөлінген төсектері бар бөлімшелерде, паракқа бірінші жолмен барлық төсектер саны және барлық пациенттар қозғалысы туралы мәлімет жазылады (арнайы бейіндер төсектері туралы мәліметтерді қоса), ал арнайы бейіндердің төсектері мен пациенттарының қозғалысы туралы мәлімет келесі жолдарда жазылады.

Бөлімшелердің құрамынан арнайы бейіндерге бөлінген төсектер туралы жолдарды толтырғанда, бөлінген төсектердің бейініне сай келетін сырқатымен жатқан пациенттар қозғалысы, бөлімшенің қай төсегінде жатқанына қарамастан көрсетіледі. Мысалы, хирургия бөлімшесінің құрамынан ішкі бұйрықпен урологиялық пациенттарға 3 төсек бөлінді, ал іс жүзінде бөлімшеде 3 емес 5 урологиялық пациент жатқан жағдайда, бұл пациенттар қозғалысы урологиялық төсектермен көрсетіледі. Сонымен қатар урологиялық ауруы бар пациенттар құрамында урологиялық төсектері жоқ басқа бөлімшелерге де жатқызылуы мүмкін. Бұл пациенттар туралы деректер, тек олар жатқан бөлімшелердің мәліметінде көрсетіледі; құрамында урологиялық төсектері бар бөлімшенің урологиялық пациенттары туралы мәліметке қосылмайды. Аурухана бойынша

жиынтық мәлімет алу үшін, статистика бөлмесіне бөлімшелерден өткізіліп, тексерілген парақтардағы мәліметтерді бүкіл аурухана бойынша жүргізілетін пациенттар мен төсек қорын есепке алу күнделігіне жазады.

Ескерту: егер аурухана мен оның бөлімшелерінің есебін мейірбике жүргізетін болса, онда жеке-жеке парақтар толтыру керек емес. Мұндай ауруханаларда пациенттар мен төсек қорын есепке алу күнделігі бүкіл аурухана бойынша жүргізіледі, арнайы бейіндегі бөлімшелер мен төсектер туралы деректер әр күн сайын толтырылып, айдың аяғында қосындысы шығарылады.

3 - бағанда жөндеу жұмыстарына, карантинге, басқа себептермен байланысты уақытша жиылған төсектерді қоса, смета аумағында іс жүзінде қанша төсек жазылғанын көрсетеді. Бұл санға бөлімшенің толып кетуіне байланысты палаталардың, дәліздердің және тағы басқа бос жерлерінде жазылған төсектер саны қосылмайды. 3-бағанда көрсетілген төсектер санынан, 4 -бағанда жөндеуге және басқа себептермен жиылған төсектер саны көрсетіледі.

5 – 17 - бағандарда өткен тәуліктер, кешегі таңғы сағат 9-дан ертеңгі күнгі таңғы сағат 9-ға дейін (бұрыннан жатқан, жаңадан түскен, бір бөлімшеден екіншісіне ауысқан, ауруханадан шыққан, қайтыс болған) болған пациенттар қозғалысы жазылады. 18 и 19 - бағандарда бөлімшеде бүгінгі сағат 9-дан жатқан пациенттар саны жазылады. Өткен күннің 18 - бағандағы пациенттар саны бүгінгі күннің 5-бағанына көшіріліп жазылады.

Күнделікті пациенттар санын салыстырып тексеріп отыру керек, яғни бүгінгі күннің басында көрсетілген пациенттар саны (16), өткен күннің басындағы (5), жаңа түскен (6), және басқа бөлімшеден ауыстырылған (10) пациенттар санының қосындысынан басқа бөлімшелерге ауысқан (11), шығарылған (12), және қайтыс болған (17) пациенттар санын шегергендегі санға тең, $5 + 6 + 10 - 11 - 12 - 17 = 18$.

21-22 бағандарда жақын арадағы бес күндегі бос төсек орындарының болжамды саны көрсетіледі.

23-32 бағандарда төсектердің бейіні бойынша ең жақын 5 күнге бос орындардың болжамды саны беріледі.

Күнделікті деректерді бөлім меңгерушісі медициналық ұйымның статистика қызметіне беруі тиіс, олар одан әрі өңірлік емдеуге жатқызу бюросына ақпаратты жібереді. Стационардағы бос төсектерді есепке алу парағына бөлім меңгерушісі және басшысы қол қоюы тиіс.

«Қанды, оның компоненттерін құюды есепке алу нысаны» № 006/е нысаны

1. Қан құю күні мен уақыты
2. Қан құю жиілігі (біріншілікті, қайта)
3. Медициналық карта нөмірі
4. Пациенттің жеке сәйкестендіру нөмірі
5. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
6. Пациенттің туған күні
7. Қан тобы, резус-тиістілігі
8. Қан құюға көрсетілімдері
9. Трансфузиялық ортаның атауы
10. Құйылатын донор қаны мен оның компоненттерінің тобы мен резус-тиістігі (бар болған жағдайда)
11. Заттаңба №, сериясы
12. Дайындаушы ұйымы
13. Дайындалған күні/сақталу мерзімі
14. Құйылған өнімнің мөлшері
15. Құю тәсілі
16. Трансфузияның жағымсыз әсері (түрі, ауырлығы)
17. Қан құюдың өткізген маманның идентификаторы

«Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алуды есеп нысаны»
№ 007/е нысаны

1. Пациенттің жеке сәйкестендіру нөмірі
2. Пациенттің ЖСН
3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

4. Тұрғылықты мекенжайы
5. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны
6. Тіркелген МҰ
7. Стационарда болу мерзімі
8. Төсек-орын бейіні
9. АХЖ-10 коды
10. Барлық трансфузиялардың жритроциттер/ дозалары, плазма/дозалары, тромбоциттер, дозалары, гранулоциттер/дозалары

«Мәйіттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы» № 008/е нысаны

_____ ЖЫЛ

Р /с №	Мәйіттің түскен күні	Жеке сәйкестендіру нөмірі	Қайтыс болған адамның Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Туған күні	Жынысы (ер, әйел)	Мәйітті кім қабылдап алды (Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Мәйіт әкелінген бөлімшесінің немесе осы МҰ аты	Стационарлық пациент картасының №	Қайтыс болған адам жерленетін зират атауы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Мәйіттерді беруді негіздеу	Мәйітті кім берді (Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Мәйітті беру немесе аураhana жерлеген күн	Кімнің өкімі бойынша мәйіт ашусыз берілді	Мәйіт жерлеуге берілген туыстарының немесе басқа адамдардың қолхаты және олардың төлқұжатының №, сериясы	Ілестірілуінің тегі
11	12	13	14	15	16

«Биологиялық өлімді констатациялау/ транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу/ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі» № 009/е нысаны

Толтырылған күні мен уақыты

ЖСН

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Медициналық картасының №

Медициналық ұйымның атауы

Негізгі диагнозы

Өлім себебі

Комиссия құрамы:

Реанимация бөлімінің меңгерушісінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Реаниматолог дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Емдеуші дәрігерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Сот-медицина сарапшысының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Азаматтың биологиялық өлімін констатациялау уақыты

Транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу кезінде
толтырылады:

Донорлық ағзалар мен тіндердің алынуы пациенттің өлімі (ми өлімі)
констатацияланған соң, рұқсат берген адам (ұйымын, лауазымын, Т.А.Ә.
көрсетіңіз)

Донорлық ағзалар мен тіндерді алуды жүргізген дәрігер (лер)-хирург (тар):
Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID, лауазымы

Донорлық ағзаларды алу тәсілі (құрал қолдану әрекеттері мен
операциялардың сипаттамасы)

Донорлық ағзалар мен тіндерді алу кезінде қатысқандар:

сот-медицина сарапшысы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

реаниматолог Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Донорлық ағзалар мен тіндер қайда салынды, кімге берілді

Алудың басталған уақыты

Алудың аяталған уақыты

Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау кезінде толтырылады:

Ми өліміне әкеп соққан ауруының диагнозы

Комиссия құрамы:

Емдеуші анестезиолог-реаниматор дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Невропатолог Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Маман-дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Азаматтың жағдайын қарап анықтады:

							далған күні АВ (N) топтары		нің көлемі	дың жалпы саны	(эозин сынамасы)	териологиялық тексеру	ындаған дәрігердің тегі
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

024/е н. артқы беті

Мұздату күні	Еріту						Сүйек кемігі қайда берілді		Берілген күні мен уақыты (сағат, минут)	Жарамдылық мерзімі	Сүйек кемігін алған адамның қолхаты
	Күні	Контейнерлер №	Транспланттауға дайындалған сүйек миының көлемі мен құтылардың саны	Ядролы клеткалардың саны млрд-пен	Клеткалардың өмірге қабілеттілігі (эозин сынамасы)	Батериологиялық тексеру	Сүйек кемігін еріткен дәрігердің тегі				
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

«Консервіленген донорлық тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) паспорты» № 011/е нысаны

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алған денсаулық сақтау ұйымы

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) атауы, саны

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) алынған күні және уақыты

Донордың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) жасы, жынысы

Қан тобы, резус

Түскен уақыты

Сырқатнаманың №

Диагноз

Өкпенің жасанды ауаны жаңартуда болу уақыты

Гипотензия уақыты _____

Соңғы тәуліктегі, сағаттағы диурез _____

Донорды фармдайындау _____

Ишемия кезеңі _____

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алу ерекшеліктері

Жуу кезіндегі қысым _____

Жуу сатысы _____

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) консервілеу әдісі,
консервілейтін ерітіндінің атауы:

Консервілейтін ерітіндінің пайдалану мерзімі:

ИФА және (немесе) ПЦР өткізу күні және зерттеу нәтижелері:

- АИТВ:

- Гепатит В:

- Гепатит С:

- Сифилис:

Консервілеу кезеңі:

Бүйректің оң _____ сол _____

Өкпенің оң _____ сол _____

Жүректің _____

Бауырдың _____

Басқа _____

Реципиенттердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

1. _____ 2. _____

Жасы, қан тобы 1. _____

2. _____

Донордың иммунологиялық көрсеткіштері

Реципиенттердің

1. _____

2. _____

Трансплантат функциялары _____

Денсаулық сақтау ұйымының атауы, тіндерді және (немесе) ағзаларды
(ағзалардың бөліктері) алған және консервілеген тұлғалардың қызметі, Т.А.Ә.
(бар болған жағдайда):

Консервілеуге жауапты тұлғалардың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), қолы:

Күні, айы, жылы, уақыты: « _____ » _____ 20__ жыл « _____ » сағат
« _____ » минут

**«Стационардан шыққанның статистикалық картасы» № 012/е нысаны
(тәуліктік, күндізгі)**

№ ____

Жалпы бөлім:

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

3. Туған күні – « ____ » _____

19 ____ жыл

4. ЖЫНЫСЫ

5. Жасы

6. ҰЛТЫ

7. Азаматтығы (елдер анықтамалығы)

8. Тұрғын

қала



ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Лауазымы

Білімі _____

11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің
№ _____

12. Өтеу түрі _____

13. Әлеуметтік
мәртебесі _____

14. Емдеуге жатқызу түрі

бірінші рет

қайталап

Жоспарлы емдеуге жатқызу кезінде толтырылады:

Емдеуге жатқызу коды _____

Арнайы стационарлар үшін қосымша толтырылады:

Емдеуге жатқызу мақсаты (онкологиялық бейін, наркологиялық бейін,
психикалық бейін)

15. Пациент кіммен
жіберілді _____

16. Жолдаған МҰ атауы (МҰ тіркелімінен)

17. Жолдаған ұйымның диагнозы _____

18. Түскен кездегі диагнозы _____

19. Жарақаттың түрі:

1) Тұрмыстық

2) Көшеде

3) ЖКО

4) Мектепте

5) Спорттық

20. Қатыгездікпен қарау синдромы:

оның ішінде:

1) караусыз қалу немесе бас тарту

2) физикалық қатыгездік

3) сексуалдық қатыгездік,

4) психологиялық қатыгездік

5) қатыгездікпен қараудың басқа да синдромдары

6) анықталмаған қатыгездік синдромы

21. Емдеуге жатқызылды:



қарайтын адаммен



баланы емізетін анамен

22. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты

23. Бөлімше, палата №

24. Реанимацияда болды

25. Төсек бейіні

26. Тасымалдау түрі

27. АИТВ-ға зерттеп-қарау

28. Қан тобы, резус-фактор

29. Аллергиялық реакциялары

30. Дәрілердің жағымсыз әсерлері (жақпауы)

иә

жоқ

препараттың атауы, жағымсыз әсерінің сипаты

31. Қорытынды клиникалық асқынулар диагнозы

Қосарласқан ауру 1

Қосарласқан ауру 2

Стационарлар толтырады:

1. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы

Көрсетілген қызметтердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	

Қолданылған операциялық және анестезиологиялық дәрі-дәрмектердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы

№	Код	Өлшем бірлігі	Саны	

2. Хирургиялық операция

--	--	--	--	--

Күні Уақы- ты	Операцияның ата- уы мен коды	Анесте- зия (ко- ды)	Операцияның түрі: 1-шү- ғыл, 2- жоспарлы	Операциядан кейін- гі асқынулар	Арнаулы аппара- тура (коды)	Дәрігер- лердің ко- ды
Хирургиялық операциялар						
	код атауы			код атауы		Хирург Ас- систент
	код атауы			код атауы		Хирург Ас- систент
	код атауы			код атауы		Хирург Ас- систент
	код атауы			код атауы		Хирург Ас- систент

Нашақор пациенттарға көмек көрсететін стационарларға толтырады:

Есірткіні пайдалану түрі:

	Есірткінің түрі	Тұрақты пайдалану мерзімі (жыл)	Есірткіні алғашқы пайдалан- ған жасы	Пайдалану тә- сілі	Пайдалану жиі- лігі
Негізгі есірткі					
Басқа есірт- кі (1)					
Басқа есірт- кі (2)					

Онкологиялық пациенттарға көмек көрсететін стационарларға толтырады:

Ісіктің орналасуы

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Ісіктің морфологиялық түрі

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Ісік процесінің сатысы:

TNM жүйесі бойынша сатысы:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Алыс метастаздардың орналасуы:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Асқынған сатыда алғаш рет анықталған ісіктер үшін:

*Ескертпе: C81-C96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Процестің өрістеуі кезінде:

*Ескертпе: С81-С96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Диагнозды растау әдісі:

- нұсқалықты көрсету:

(С81-96) – қауіп тобы:

Осы емдеуге жатқызу кезеңінде жүргізілген емнің сипаты:

Емдеу көлемі:

Толық емделмеу себебі

Емдеу түрі. Сәулемен емдеу

Сәулемен емдеу курсының басталған күні

Сәулелеу тәсілі:

Сыртқы сәулелендіру



Тіркескен сәулелендіру



Сәулелелендірудің басқа түрі

Сәулелік терапия түрі:

Сәулелік терапия әдісі:



Үзіліссіз



Фракцияланған



Фракцияланған дәстүрлі емес



Сәулелік терапия

Радиомодификаторларды қолдану:

Сәулелендірудің қосынды ошақтық дозасы: ісікке

гр., метастазаға гр.

гр.

Сәулелік емдеудің асқынулары:

Сәулелік терапевт ID

Химия-терапиялық емдеу курсының басталған күні

Химия-терапия түрі:

Пациенттарға акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін стационарларға толтырады:

Босану орны:

Жүктілік саны №

Босандыру сипаты

Босану саны

Жүктілікті үзу, босану немесе өлім кезіндегі жүктілік мерзімі, апта

Аборт түрлері: *хирургиялық жағдайда.

Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер:

Туу күні уақыты	
Бала туды	
Баланың жынысы	
айы-күні жетіп/ шала	
Туу кезіндегі баланың физикалық өсуі	<p>Бойы</p> <input type="text"/> <p>Салмағы</p> <input type="text"/> <p>Кеуде айналымы</p> <input type="text"/> <p>Бас айналымы</p> <input type="text"/>
Тұқым қуалайтын патологияларға скрининг	

Аудиологиялық скрининг	Күні, нәтижесі
Офтальмологиялық скрининг	Күні, нәтижесі
Вакцинация	БЦЖ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> жоқ ИПВ (ОПВ) <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> жоқ Гепатит <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> жоқ
Шығуы	
Тууына қатысты өлім	
АХЖ-10 диагнозы Диагноз атауы	

Жаңа туған нәресте перзетханада емдеуден өтті

иә

жоқ

Қорытынды бөлім стационарлық көмек көрсетудің кез-келген жағдайында толтырылады

1. Ауруханада болуы немен аяқталды
2. Емдеу немен аяқталды
3. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты
4. Төсек-күндер өткізілді

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

«Стационардан шыққанның статистикалық картасы» № 012/е нысанының қысқартулары:

1	ID	
---	----	--

		Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін бірегей белгі))
2	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
3	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
4	МҰ	Медициналық ұйым
5	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Стационардан шыққанның
статистикалық картасына
1-қосымша парақ

Жіті коронарлық синдромы бар пациенттің картасы № картаны толтыру күні

ЖКС:

жоқ

иә

ST көтеруімен

ST көтерілуісіз

1. ST көтеруімен ЖКС орналасуы

алдыңғы

төменгі

қапталық

оң жақ қарынша (ОҚ) (RV3R, RV4R бұру) (правый желудочек (ПЖ)
(отведение RV3R, RV4R)



Белгісіз

2. ST көтерусіз ЖКС Орналасуы



алдыңғы



төменгі



қапталық



оң жақ қарынша (ОҚ)



белгісіз

3. Алғашқы ЭКГ жасалған күні және уақыты

Индекстік жағдайдың уақыты (ишемия белгілерінің басталуы) уақыты (кк /аа)

Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну)
(белгі картасы бойынша қабылдаған шақырту уақыты)

Медициналық персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты

Жағдай орын алған орын



үйде



жұмыста



қоғамдың орында



басқа

Келу орны:

қабылдау бөлімі

РжҚТБ/ ҚТА/ ҚТП (қабылдау бөліміне соқпай)

зертхана (қабылдау бөліміне соқпай, РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП)

4. Қауіп факторлары

Артериялық гипертензия

жоқ

иә

белгісіз

Қант диабеті

жоқ

иә (ем-дәм терапиясы, пероральды терапия, инсулин терапиясы)

белгісіз

темекі шегу

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Алкоголь (нашақорлық)

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Артық дене салмағы

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Төмен физикалық белсенділік

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз

Дислипидемия

жоқ



иә (кейде, үнемі)



белгісіз

Тұқым қуалау бейімділігі



жоқ



иә (кейде, үнемі)



белгісіз

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары



жоқ



иә (кейде, үнемі)



белгісіз

Басқалар



жоқ



иә (кейде, үнемі)



белгісіз

5. Бұрын болған кардиалық анамнез

Басынан өткерген миокарды инфаркт

жоқ

иә

белгісіз

Жүрекшелер фибрилляциясы

жоқ

иә

белгісіз

Тұрақты стенокардия ширыққан

жоқ

иә

белгісіз

Тұрақсыз стенокардия

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

ЭКС/ИКД /СҚТ (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

Жүрек қақпашаларының аурулары

жоқ

иә

белгісіз

Кардиомиопатия

жоқ

иә

белгісіз

Жүректің созылмалы жеткіліксіздігі

жоқ

иә (NYNA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

белгісіз

6. Ілеспелі кардиалық емес патология

МҚЖБ (ОНМК)

жоқ

иә

1-геморрагиялық инсульт,

2- ми инфаркті,

3-транзиторлық ишемиялық өршу

белгісіз

Бүйректің созылмалы ауруы (БСА)

жоқ

иә

белгісіз

Перифериялық тамырлар ауруы/ қолқа аневризмасы

жоқ

иә

белгісіз

Соңғы 5 жылдың ішіндегі онкологиялық аурулар

жоқ



иә



белгісіз

АГЖ аурулары (ойықжаралар, эрозиялар)



жоқ



иә



белгісіз

ӨСОА



жоқ



иә



белгісіз

Өмір сүру сапасын төмендететін басқа аурулар



жоқ



иә



белгісіз

Отбасы анамнез



жоқ

иә

белгісіз

7. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі

Белгілері:

Кеудедегі жайсыздық/ ауырсыну

жоқ

иә

белгісіз

Ентігу

жоқ

иә

белгісіз

Жүректің тоқтауы

жоқ

иә

белгісіз

Талу

жоқ

иә

белгісіз

Қысымының төмендеуі

жоқ

иә

белгісіз

Әлсіздік

жоқ

иә

белгісіз

Басқа симптомдар

жоқ

иә

белгісіз

Симптомсыз ағым

жоқ

иә

белгісіз

8. Физикалық деректері (түсу кезінде)

ЖЖЖ

минутына соғу

Систолалық АҚ

мм. сын. бағ. диастолалық

орта АҚ

мм.сын.бағ.

минутына соғу

9. Жүрек функциясының жеткіліксіздігі (ЖФЖ) түскен кездегі Killip бойынша класс

I,

II ,

III,

IV

белгісіз

Қан талдамасы (түскен кезде)

Вч-Тропонин I/T (түскен кезде)

жоқ

иә

а) Вч-Тропонин I/T (ең жоғары мағына)

МВ-КФК

жоқ

иә

d - димер

жоқ

иә

BNP/pro BNP

жоқ



иә

Гемоглобин



жоқ



иә

Гематокрит



жоқ



иә

Тромбоцит



жоқ



иә

Глюкоза



жоқ



иә

Липидты спектр



жоқ



иә, ТТЛП

жоқ

иә, ЖТЛП

жоқ

иә, ТГ

жоқ

иә)

Креатинин

жоқ

иә мкмоль/л

Креатининнің шумақшалық сүзілу жылдамдығы _____ (автоматты
есептеу)

Калий

жоқ

иә

Магний

жоқ



иә

Кальций



жоқ



иә

10. Аспаптық зерттеу әдістері

ЭКГ (түскен кезде/ динамикада)



жоқ



иә

Ырғақ (Ритм)



синустық



жүрекшелер фибрилляциясы



электрокардиостимулятор ырғағы (ЭКС)



басқа



белгісіз

QRS



қалыпты



Гис шоғыры сол жақ қарыншасының блокадасы (ШСАБ)



Гис шоғыры оң жақ қарыншасының блокадасы (ШОАБ)



басқа



белгісіз

ST T



ST сегментін көтерумен



ST сегменті көтерусіз



T тетігінің инверсиясы



қалыпты ЭКГ



басқа



белгісіз

ЭхоКГ (түсу кезінде)



жоқ



иә;

N (>50%)Симпсон бойынша солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)

болмашы төмендеу (41-50%)

қалыпты төмендеу (31-40%)

айқын сипатталған төмендеу (<30%)

Сол жақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ
Жергілікті жиырылғыштың бұзылған аймақтарының болуы:

жоқ

иә (

гипокинезия,

-акинезия)

КТ

жоқ

иә

МРТ

ЖОҚ

ИӘ

11. Қауіп шкалалары:

GRACE ишемия қауіпінің шкаласы (түсу кезіндегі қауіп санаты)

ЖОҚ

ИӘ

Клиникалық себептері		Баллдар
Жасы (жас)	<30	0
	30-39	8
	40-49	25
	50-59	41
	60-69	58
	70-79	75
	80-89	91
	>90	100
Жүректің жиырылу жиілігі (минутына соғу)	<50	0
	50-69	3
	70-89	9
	90-109	15
	110-149	24
	150-199	38
	>200	46
Систолалық артериялық қысым (мм. сын. бағ.)	<80	58
	80-99	53
	100-119	43
	120-139	34
	140-159	24
	160-199	10
	>200	0
Сарысу креатининің деңгейі (мкмоль/л)	0-35.3	1
	35-70	4
	71-105	7
	106-140	10
	141-176	13

	177-353	21
	>354	28
Жүректің жеткіліксіздік классы (Killip жіктемесі бойынша)	I	0
	II	20
	III	39
	IV	59
Жүректің тоқтап қалуы (пациент түскен уақытта)	Иә	39
ST сегментінің девиациясы	Иә	28
Кардиоспецификалық ферменттердің деңгейі диагностикалық мағынада артуының болуы	Иә	14

Баллдар саны

GRACE <http://www.outcomes.org/grace> электрондық калькулятор

GRACE 2 электрондық калькулятор (креатинин деңгейі және Killip бойынша ауырлық класстары туралы деректер болмаған кезде пайдаланылады)

Баллдардың жалпы саны

Жоғары >140 балл

Орташа 109 – 140 балл

Төмен <108 балл

Пациенттардың қаупін клиникалық бағалау

ST ЖКС бар пациенттар қаупінің стратификациясы:

жоқ

иә

Өте жоғары қауіп өлшемшарттары

ЖОҚ

ИӘ

гемодинамикалық тұрақсыздық немесе кардиогендік шок

Keудедегі қайталанатын немесе жалғасқан ауырсыну, дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты

Өмірге қауіпті аритмиялар немесе жүректің тоқтауы

МИ механикалық асқынулары

Рефрактерлі стенокардиямен немесе ST сегментінің ауытқуы бар жүрек функциясының жіті жеткіліксіздігі

ST сегментінің немесе Т ирегінің қайталанған динамикалық өзгерістері, әсіресе ST сегментінің ауыспалы элевациясымен

Жоғары қауіп өлшемшарттары

ЖОҚ

ИӘ

МИ байланысты, жүрек тропониндері деңгейінің көтерілуі немесе төмендеуі

ST сегментінің немесе Т ирегінің динамикалық өзгерістері (симптомдық немесе асимптомдық)



GRACE шкаласы бойынша баллдардың сомасы >140

Аралық қауіп өлшемшарттары



жоқ



иә



Қант диабеті



Бүйректің жеткіліксіздігі (ШСЖ < 60 мл/мин/1,73 м²)



Дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты



ОҚ ШФ <40% немесе жүрек функциясының іркілген жеткіліксіздігі



Ерте инфарктен кейінгі стенокардия



Жақында өткізілген ТКА



Бұрын жасалған АҚШ



GRACE қауіп шкаласы бойынша баллдардың қосындысы >109 және

Төмен қауіп өлшемшарттары



жоқ



иә



Жоғарыда аталмаған кез келген сипаттамалар (ишемияның қайталанған белгілері жоқ, өзгеріссіз. ЭКГ, тропониндеңгейі жоғарламаған)

CRUSADE қан кету қауіп шкаласы

Көрсеткіш (предиктор)	Мағыналар интервалы	Баллдар
Бастапқы гематокрит (%)	<31	9
	31-33.9	7
	34-36.9	3
	37-39.9	2
	≥ 40	0
Креатинин клиренсі *	≤ 15	39
	>15-30	35
	>30-60	28
	>60-90	17
	>90-120	7
>120	0	
Жүрек жиырылуының жиілігі (минутына/соғу)	≤ 70	0
	71-80	1
	81-90	3
	91-100	6
	101-110	8
	111-120	10
	≥ 121	11
Жынысы	Ер	0
	Әйел	8

CRUSADE электрондық калькуляторы: <http://www.crusadebleedingscore.org/>

Баллдардың жалпы саны

CRUSADE қан кету қауіп



жоқ



иә

12. Тромботикалық асқынулар қауіпін бағалауға арналған CHA2DS2-VASC шкаласы (Жүрекшелер фибрилляциясы кезінде)

Баллдардың жалпы саны:

(баллдар қосындысы 1 және одан жоғары болғанда инсульттің даму қаупі бар (антикоагулянтты терапия тағайындау қажет))

13. Емдеу

Атауы	Түскенге дейін қабылдады	Стационарда тағайындалды және қабылдады	
		Емдеуге жатқызудың алғашқы тәулігі (24 сағатқа дейін)	24 сағаттан кеш
Ацетилсалицил қышқылы	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Тикагрелор	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Клопидогрел	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
*Тромбоциттердің гликопротеин ІІb/ІІІa рецепторларының ингибиторлары	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
ФЕГ (гепарин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз

Фонда паринукс	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
ТМГ (эноксапарин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
*Бивалирудин (тек анамнезінде гепарининдукцияланған тромбоцитопения бар болған кезде)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
β-блокаторлары (ампулалардағы метопролол)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
β-блокаторлары (ампуладағы метопропол)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Нитроглицерин (таблеткалар* ампулалар, аэрозоль)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Аз уақыт әсер ететін нитраттар (мононитраттар)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз

	<input type="checkbox"/> Белгісіз		
Аз уақыт әсер ететін ААФИ	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз <input type="checkbox"/> басқа	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Есірткілік анальгетик (ампулалардағы морфин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
БРА (ААФ ингибиторлары жақпаған кезде)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Статиндер	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Седативті, анксиолитикалық терапия (ампулалардығы Диазепам)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Са антагонисттері (b-блокаторлар жақпаған кезде ұзақ әсер ететін)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз

Амиодарон	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Басқа антиаритмиктер	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Инсулин	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Қант деңгейін түсіретін препараттар	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
К дәруменінің антагонистері/ Пероральды антикоагулянттар**	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Альдостерон антагонистері (Спиронолактон /*эк-леренон	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Диуретиктер	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз

	<input type="checkbox"/> Белгісіз		
Инотроптар (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Дигоксин	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Кардиоверсия дефибриляция	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Жоқ <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Қанайналымды механикалық қолдау құрылғысы	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)	<input type="checkbox"/> Иә (да) Экстракорпоральная мембранная оксигенация <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> Внутриаортальная баллонная контрпульсация <input type="checkbox"/> Баска <input type="checkbox"/> Белгісіз	<input type="checkbox"/> Иә (да) Экстракорпоральная мембранная оксигенация <input type="checkbox"/> Impella <input type="checkbox"/> Внутриаортальная баллонная контрпульсация <input type="checkbox"/> Баска <input type="checkbox"/> Белгісіз
Дене қызуы төмендеуі	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Жоқ (нет) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)	<input type="checkbox"/> Иә (да) <input type="checkbox"/> Белгісіз (неизвестно)
ӨЖЖ	<input type="checkbox"/> Иә	<input type="checkbox"/> Иә	<input type="checkbox"/> Иә

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Жоқ	Белгісіз	Белгісіз
<input type="checkbox"/>		
Белгісіз		

* Препараттардың патенттелмеген атауы

** CHA2DS2-VASc шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

*** HAS-BLED шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Әріп	Клиникалық сипаттамасы	Баллдар
H	Гипертензия	1
A	Бүйрек функциясының бұзылуы және (әрбіріне 1 балл)	1+1
S	Ми инфаркты	1
B	Қан кету	1
L	Тұрақсыз МНО	1
E	Егде жас (>66 лет)	1
D	Дәрі-дәрмек немесе алкоголь (әрбіріне 1 балл)	1+1
Баллдардың ең жоғары саны		9

Баллдардың жалпы саны:

(3 және одан жоғары баллдардың қосындысында қан кету даму қаупі бар (сақтықпен антикоагулянтты терапияны тағайындау қажет))

14. Тромболитикалық терапия

Жоқ

Тромболитикалық терапияны жасамау себептері

кеш жүгіну (12 сағаттан артық)

қарсы көрсетілімдер

абсолютты,



салыстырмалы



ЭКГ өлшемшарттары жоқ



бастапқы ТКА



Иә,

тромболизистік терапия өткізу уақытының басталуы (күні/айы/).

тромболизистік терапия өткізу уақытының соңы (күні/айы/).

15. Тромболитикалық терапия өткізу кезеңі



Емдеуге жатқызуға дейін



Емдеуге жатқызу



қабылдау бөлімі



ҚТП/ ҚТА



басқасы



тиімсіз



тиімді (60 мин. ішінде ST 50% және одан жоғары төмендеуі, реперфузиялық аритмиялар)

16. Препарат

а) препарат түрі:

фибринге тән

фибринге тән емес

б) препарат атауы:

актилизе

тенектеплаза

ретеплаза

басқа

в) дозасы

толық доза

жарты доза

Тромболизис асқынуының болуы

жоқ

иә

Коронароангиография

жоқ

иә

Күні

Қызмет кодының атауы

Жоқ

Белгісіз

Тамырлы қолжетімдік:

радиалды

сан

Қалыпты КАГ:

жоқ

иә

Егер жоқ болса:

	СКА дiңгегi	АТА	УЗ	ОКА	Шунт	Басқа (др.)
окклюзия						
стеноз \geq 50%						
стеноз $<$ 50%						
коронароспазм						
инфарктқа тәуелдi артерия						
Интакты						

Көп тамырлы зақымдану

0,



1



2,



3 және жоғары



белгісіз

ТІМІ бойынша ИЗА немесе симптомдық тамырдағы қан ағу:



0



1



2



3

Реваскуляризация әдісін таңдау (бар болған жағдайда)

Syntax шкаласы



жоқ



иә

балдардың жалпы саны (общее количество баллов)

«Жүрек тобы» консилиумды таңдау



жоқ



иә

Теріастылық коронарлық араласу

Операция кодының атауы

Балонды үрлеу/ стентті орнату күні және уақыты



ST көтеруімен ЖКС:



Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.)



Сәтсіз тромболизистен кейін кезек күттірмейтін ТАК



Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат)



Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе ОҚ ШФ <40-50 жағдайда шығу алдында)



Реперфузиялық емсіз



ST көтерусіз ЖКС:



Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия /рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар ЖТ/ҚФ)



Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл)



Кеш инвазивті стратегия <72 сағат (қалыпты қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар 109-140 балл)



Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде)

	СКА дінгегі	АТА	УЗ	ОКА	Шунт	Бас-ка
Жабыны бар стент						
Жабыны жоқ стент						
Тромб аспирациясы						
Тек баллдық ангиопластика						
Қанағымның және басқаның фракциялық резервін өлшеу						
ТІМІ-ІІ ИЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша коронарлық қанағымды қалпына келтіру дәрежесі	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 0, <input type="checkbox"/> 1, <input type="checkbox"/> 2, <input type="checkbox"/> 3

Стент ішіндегі рестеноз



жоқ



иә

Бифуркацияларды тарту



жоқ



иә

Тромбоэктомиялық құрылғыларды қолдану



жоқ



иә



Белгісіз

17. КАГ, ТКА кезіндегі асқынулар



Жоқ



Иә



стенд тромбозы



операция алдыңғы МИ



қан кету



ми инсульты



индукцияланған нефропатия контрастысы



сан арқылы ену жағынан солқылдайтын гематома



белгісіз



өлім



Белгісіз

Сәтті ТАА:

жоқ

иә

Белгісіз

Толық реваскуляризация:

жоқ

иә

Белгісіз

стационарлық емдеу кезінде 1 емшарадан артық:

жоқ

иә

Белгісіз

Аорталық-коронарлық шунттеу

жоқ

иә

Белгісіз

Операция кодының атауы

Жоқ

Иә АКШ бастау күні

ШҰҒЫЛ

ауру басталғаннан кейін 4-6 сағатқа дейін

24 сағатқа дейін

72 сағаттан артық

Шунттер:

вена

ЛГА

ПГА

басқа

Операциямен байланысты асқынулар:

операциядан кейінгі МИ

неврологиялық тапшылық

қан кету

жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуы

медиастенит

төссүйек тұрақсыздығы

басқалар

Электрокардиостимуляторды имплантанттау (имплантация
электрокардиостимулятора

жоқ

иә

Белгісіз

Шұғыл

Жоспарлы

Операция кодының атауы

Уақытша ЭКС

-
- Бір камералық
 - Екі камералық
 - Тұрақты ЭКС
 - Бір камералық
 - Екі камералық
 - басқа
 - Кардиовертел-дефибрилляторды имплантантау
 - жоқ
 - иә
 - Белгісіз
 - Шұғыл
 - операция кодының атауы
 - Кардиоресинхрондаушы құрылғыны (СРТИ) имплантациялау
 - жоқ
 - иә

Операция кодының атауы

Басқа операциялар:

жоқ

иә

Белгісіз

Шұғыл

Жоспарлы

Операция кодының атауы

18. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар

Кілір бойынша СН классы

I

II

III

IV

белгісіз

Қайталанған МИ

жоқ

	<input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
ЖФ (алғашқы рет болған)	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
ФЖ	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
АВ блокада II-III дәрежелі	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Механикалық асқынулар *	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Инсульт	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Қан кету	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Қан трансфузиясы	<input type="checkbox"/>

	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Төмен гемоглобин	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
БЖЖ (карама-қарсы индукцияланған) нефропатия	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз
Басқалар	<input type="checkbox"/> жоқ <input type="checkbox"/> иә <input type="checkbox"/> Белгісіз

19. МИ механикалық асқынулар кезіндегі операциялар

жоқ

иә

Күні

Операция кодының атауы

20. Шығару кезіндегі зерттеулер

Шығару кезіндегі ЭКГ

синусты



ЖФ



ST көтеруімен жаңа МИ



өзгеріс жоқ

Шығару кезінде ЭХОКГ



N Симпсоны бойынша солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)



болмашы төмендеу (41-50%)



қалыпты төмендеу (31-40%)



айқын сипатталған төмендеу (<30%)



солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ

Шығару кезіндегі Killip бойынша СН классы



I



II



III



IV



белгісіз

Шығару кезіндегі стресс тест:

Жоқ

Иә (

стресс-ЭКГ (ВЭМ, тредмил),

стресс ЭхоКГ)

Тест нәтижесі теріс

Тест нәтижесі оң (стресс-индуц. Миокард ишемиясы)

Басқа диагностикалық зерттеулер

жоқ

иә

қаупі төмен көтерусіз ЖКС кезінде

МРТ

басқа

21. Қорытынды диагноз

Диагноз, Инфаркт түрі коды

22. Қорытынды клиникалық диагноз

	Диагнозы	код	Инфаркт түрі
Қорытынды клиникалық диагноз	код. код.	1.	
		2.	
Асқынулар *	код. код.		
Қосарласқан ауру 1	код. код.		
Қосарласқан ауру 2	код. код.		

*Жүректің созылмалы жетіспеушілігі ЖСЖ (NYNA бойынша функционалдық класы) болған жағдайда

I,

II,

III,

IV

ЖКС аяқталуы:

ST көтерумен МИ (трансмуральды)

үзілген МИ

ST көтерусіз МИ (субэндокардиальды)

басқа аурулар:

Өкпе артериялары тармақтарының тромбоэмболиясы (ӨАТТ)

Қолқаның қабатталған аневризмасы

Такотсубо кардиомиопатиясы

Миокардит

басқа диагноздар

Стационардан шыққанның
статистикалық картасына
2-қосымша парак

**Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациенттің картасы №
картаны толтыру күні**

ишемиялық

геморрагиялық

транзиторлық ишемиялық өршу

пациент Д-есебінде тұрады ма

жоқ

иә

белгісіз

Пациент базистік гипотензиялық терапия қабылдады ма

жоқ

иә

белгісіз

антикоагулянтты терапия

жоқ

иә

тұрақты емес

белгісіз

антиагрегантты терапия

жоқ

иә

тұрақты емес

белгісіз

статиндер

жоқ

иә

тұрақты емес

белгісіз

Ишемиялық инсульттың кіші түрі:

атеротромбдық

артерио-артериялық эмболиялар

ми тамырларының тромбоздары

кардиоэмболикалық

гемодинамикалық

қуыстық

гемореологиялық микроокклюзия түрі бойынша

Индекстік жағдайға байланысты МҚЖБ алғашқы белгілерінің уақыты:

Жағдай орын алған орын:

үйде

жұмыста

қоғамдың орында

басқа

Қауіп факторлары

Артериялық гипертензия

жоқ

иә

белгісіз

Қант диабеті

жоқ

иә

белгісіз

Қан аурулары

жоқ

иә

белгісіз

Негізгі тамырлардың тарылу өзгерістері

жоқ

иә

белгісіз

Темекі шегу

жоқ

иә

белгісіз

Алкоголь

жоқ

иә

белгісіз

Артық дене салмағы

жоқ

иә

белгісіз

Дислипидемия

жоқ

иә

белгісіз

Тұқым қуалау бейімділігі

жоқ

иә

белгісіз

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары

жоқ

иә

белгісіз

Гормон алмастыру терапиясы

жоқ

иә

белгісіз

Жүктілік

жоқ

иә

белгісіз

Контрацептивтер

жоқ

иә

белгісіз

Басқалар

Бұрын болған жүрек-тамырлары анамнезі

Бұрын болған инсульт диагнозы

жоқ

иә

белгісіз

Транзиторлық ишемиялық өршу диагнозы

жоқ

иә

белгісіз

Басынан өткерген миокард инфаркты

жоқ

иә

белгісіз

Жүректің ишемиялық ауруы

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА

жоқ



иә



белгісіз

ЭКС/КДИ



жоқ



иә



белгісіз

Жүрек қақпақшаларының ауруы



жоқ



иә



белгісіз

Кардиомиопатия



жоқ



иә



белгісіз

Созылмалы жүрек функциясының жеткіліксіздігі



жоқ

Иә (NYNA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

белгісіз

Жүрекшелер фибрилляциясы

жоқ

иә

белгісіз

Жыпылықтау аритмиясы

жоқ

иә

белгісіз

Түсу кезіндегі Глазго комасы шкаласы бойынша естің деңгейі. Балл:

15 баллдан бастап– есі айқын

13-тен – 14-ке дейін – орташа есеңгіру

10-нан – 12-ке дейін терең есеңгіру

8-ден – 9-ға дейін сопор

6-дан – 7-ге дейін қалыпты кома

4-тен – 5-ке дейін терең кома

3-тен – терминалды кома

NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау:

ең төменгі тапшылық

орташа тапшылық

ауыр тапшылық

өте ауыр тапшылық

NIHSS шкаласы бойынша баллды көрсету

Рэнкин шкаласы

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері болуы

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері

Бір жұтым суды кедергісіз ішеді:

жоқ

иә

Компьютерлік Томография жасалынды ма? (КТ):

жоқ

иә; күні

а) ағымдағы жағдайдағы инфаркт:

жоқ

иә

б) ағымдағы жағдайдағы қан кету:

жоқ

иә (да),

қан кету сипаттамасын анықтаңыз:

субарахноидальдық

паренхиматозды

ми діңгегі

вентрикулярлы

субтенториальды

КТА жасалынды ма?

жоқ

иә

Аневризма

жоқ

иә

АВМ

жоқ

иә

Тамырлар стенозы

жоқ

иә

Тамырлар окклюзиясы

жоқ

иә

МРТ жасалынды ма?

жоқ

иә Күні

инфаркт

жоқ

иә қан кету

жоқ

иә аневризма

жоқ

иә АВМ

жоқ

иә

тамыр стенозы

жоқ

иә

тамыр тромбозы

жоқ

иә

Дәрілік терапия

Тромболиттік терапия

жоқ

иә

Гипотензивті терапия

жоқ

иә

Антиагреганттық терапия

жоқ

иә

Антикоагулянтты терапия

жоқ

иә

Статиндер

жоқ

иә

Оңалтудың жеке бағдарламасының картасы бар ма?

жоқ

иә

Қай МДК мамандарының консультациясы жасалынды?

невролог

нейрохирург

реабилитолог

логопед

эрготерапевт

психиатр

ине рефлексотерапевт

кинезиотерапевт

Пациентты оңалтудың жеке бағдарламасында қандай негізгі іс-шаралар жасалынды?

бағдарланған

кезең-кезеңмен сатылы

жеке ЕФК

Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде логопедтің емдеу іс шаралары жүргізілді ме?

тек диагностика жасалынды

сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар

Қозғалыс бұзылыстары кезінде емдеу іс шаралар жасалынды ма?



өзіне-өзі қызмет етудің тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру бойынша оқулар



жеке пассивті және активті ЕФК, аяқ-қолдарды механикалық жұмыс істету



биобасқару,



физиотерапия

Оңалту әлеуетін айқындау



қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру)



қолайсыз (үйде күтім жасау)

Оңалту алдында жай-күйді бағалау бойынша тесттер:

а) Бартель индексі баллды көрсету



Жоқ



Иә қорытынды

0-ден – 25-ке дейін – пациенттің толық тәуелді болуына сәйкес келеді



25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу



65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу



91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу



100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау

б) Психикалық жай-күйдің тесті-мини-сызбасы (ПЖМИ) Mini-Mental State Examination (MMSE)



Жоқ



Иә қорытынды



когнитивті функцияларының бұзылулары жоқ



деменция алдыңғы когнитивтібұзылулар



сипаты жеңіл дәрежедегі деменция



сипаты қалыпты деңгейдегі деменция



ауыр деменция

в) Ривермид күнделікті өмірде мобильдік шкалдары, балды көрсету



Жоқ (нет)



Иә (да) қорытынды



0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)



6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)



11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі



Жоқ



Иә қорытынды

Балды көрсету



1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы



2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы



3-дәреже – мүгедектіктің әлсіз көрінетін белгілері



4-дәреже – мүгедектіктің айқын көрінетін белгілерінің болуы



5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері

Жүйелі тромболитикалық терапия жасалынды ма?



Жоқ, тромболикалық терапия жүргізілмеу себептері



Иә, терапияны бастау күні және уақыты. Қандай доза жасалынды?



доза

Тромболизистен кейін асқынуларының болуы

жоқ

иә, түрін көрсету қажет

Тромболизис жасағаннан кейін бірінші тәулікте жай-күйді бағалау

NIHSS шкаласы бойынша балл

Тромболизис жасағаннан кейін 7-ші күннен кейін жай-күйді бағалау

NIHSS шкаласы бойынша балл

Механикалық тромбэкстракция жасалды ма?

жоқ

иә

терапияны бастау күні мен уақыты

терапияны аяқтау күні мен уақыты

Нейрохирургиялық операция атауының коды

Операция коды

Жоқ

Иә күні (кк/мм)

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін

24 сағатқа дейін

72 сағаттан артық

Операциямен байланысты асқынулар:

атау коды

а) NIHSS шкаласы бойынша операциядан кейін неврологиялық
тапшылықты бағалау, балл

0-3- ең төменгі тапшылық

4-10: орташа тапшылық

10-21: ауыр тапшылық

>21: өте ауыр тапшылық

б) Бартель индексі баллды көрсету

Жоқ

Иә

қорытынды

0-ден – 25-ке дейін – пациенттің толық тәуелді болуына сәйкес келеді

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау

в) Ривермид күнделікті өмірде мобильдік шкаалдары, баллды көрсету

жоқ

иә қорытынды

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды көрсету

балл

жоқ

иә қорытынды

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері

Нейрореанимацияда болды (ҚТП/ҚТА):

жоқ,

иә күн саны

«Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) есеп нысаны» № 013/е нысаны

1. Босану тарихы мен нәрестенің даму тарихының №

2. Бала бөлімшеге қайдан түсті және түскен күні

3. Анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), жеке сәйкестендіру нөмірі

4. Нәрестенің туған күні мен уақыты

5. Жынысы

6. Бойы, см

7. Салмағы, гр

8. Апгар шкаласы бойынша бағалау; бала мерзімінде/мерзімінен бұрын туылды № 003/е есептік нысанның қосымша парағы

9. Нәрестелік кезеңінің ағымы пациенттанып (сырқаттанып) туған балалар үшін клиникалық диагнозы

10. Егу туралы ақпарат

Шығару кезінде № 001/е есептік нысанның қосымша парағы

11. Ауруханада болуы немен аяқталды

12. Шыққанда (ауыстырылғанда) баланың салмағы

13. Баланың шыққаны туралы, балалар емханасына хабарланғаны туралы белгі (иә, жоқ)

«Туберкулезге шалдыққан пациенттің медициналық картасы» № ТБ 014/е
нысаны

Тіркелу күні Жатқызылу күні

I. Пациент туралы ақпарат:

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

3. Пациенттің тіркеу №

4. Туған күні

5. Жынысы

ер

әй ел

6. Жасы

7. Ұлты, азаматтығы

8. Тұрғыны



қала



ауыл



БТОЖ

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Пациенттің жақын адамының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

11. Пациенттің жақын адамының мекенжайы

II. Анықтау:

1. қаралу



қауіп тобы



міндетті контингент



басқа

2. алдын ала тексеру



қауіп тобы



міндетті контингент



басқа

3. қайтыс болғаннан кейін



қауіп тобы



міндетті контингент



басқа

4. Алғашқы белгілері пайда болған күні

5. МСАК қаралған күні

6. Туберкулезге қарсы ұйымға - болған жағдайда (бұдан әрі – ТҚҰ) қаралған күні

III. Әлеуметтік-кәсіптік мәртебесі

IV. Қауіп факторлары:



туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБ);



жүктілік;



БЦЖ егілмеген



Көптеген дәріге көнбейтін туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – ҚДТ ТБ);



Keң ауқымды дәріге көнбейтін туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – КАДТ ТБ);



қант диабеті;



нашақорлық;



ішімдікке салыну;



соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу;



АИТВ;



белгісіз.



босанғаннан кейін 1 жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер;

V. Пациентты жіктеу

VI. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі:

Диагноз

Туберкулез процессінің асқынуы



жоқ



иә

VII. Зерттеу қорытындылары:

1. Зерттеудің атауы;

2. Зерттеу күні мен уақыты;

3. Зерттеудің нәтижесі;

4. Қақырықтың дақылы;

5. Рентген суреттері (күні, нәтижесі)

6. Гистологиялық верификациямен

VIII. Ем туралы ақпарат:

1. Қарқынды кезеңдегі МҰ

2. Ем басталған күн;

3. Ем аяқтаған күн;

4. Қолдау фазасы кезеңінде МҰ

5. Ем (стационарлық, амбулаторлық)

Хирургиялық ем:

Коды, атауы, МҰ ID

IX. Ем категориясы мен емдеу үлгісі:

1. Қарқынды кезең (ем басталған, аяқталған күн, атауы);

2. Жалғастыру кезеңі (ем басталған, аяқталған күн, атауы);

Ретровирустарға қарсы терапия басталды:

ия

жоқ

Басталған жағдайда, күні

Котримоксазолмен алдын ала емі басталды:

ия

жоқ

Басталған жағдайда, күні

X. Туберкулезге қарсы препараттар (тағайындаулар парағы)

1. Қабылдауды бастаған күн;

2. Препарат атауы (қарқынды кезеңде, жалғастыруша кезеңде);

3. Мөлшері (мг);

4. Дозасы

5. Пациенттің объективті өлшемдері.

XI. Емнің аяқталған күні

XII. Ем нәтижелері

Қайтыс болған жағдайда:

Қайтыс болды

Қайтыс болған орны

XIII. Сараптамасы алынды

Қорытынды диагноз

Ескертулер:

Фтизиатр Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Ескертпе:

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды

Аутопсия жүргізілді:

иә

жоқ

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды: Патоморфологиялық диагноз негізгі код наименование негізгі ауруының асқынуы код наименование қосалқы код наименование

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

№ ТБ 014/е «Туберкулезге шалдыққан пациенттің медициналық картасы»

нысанының қысқартылымдары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МҰ	Медициналық ұйым
4	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
5	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
6	БТОЖ	Белгілі тұрғылықты орны жоқ
7	АМСК	Алғашқы медициналық санитариялық көмек
8	ТҚҰ	Туберкулезге қарсы ұйым

9	БЦЖ	Туберкулезге қарсы вакцина
10	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
11	ДДС	Дәрі-дәрмектерге сезімталдықты тексеру

**«Туберкулезге шалдыққан IV категориялық пациенттің медициналық картасы»
№ ТБ 015/е нысаны**

Тіркелген күні

Емдеуге жатқызу күні

I. Пациент туралы ақпарат:

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

3. Пациенттің тіркеу №

4. Туған күні

5. Жынысы

ер

әйел

6. Жасы

7. Ұлты

8. Азаматтығы

9. Тұрғыны

қала

ауыл

БТОЖ

10. Тұрғылықты мекенжайы

11. Пациентқа жақын адамның Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

12. Пациентқа жақын адамның мекен-жайы

II. Анықтау:

1. қаралу



қауіп тобы



міндетті контингент



басқа

2. алдын ала тексеру



қауіп тобы



міндетті контингент



басқа

3. өлгеннен кейін



қауіп тобы



міндетті контингент



басқа

Алғашқы белгілері пайда болған күні

III. Алдағы өткен ем жағдайлары

№	Ем басталған күні	Түрі	Ем үлгісі	Нәтиже	Ем аяқталған күні
1					

IV. Қауіп-қатер факторлары:

туберкулез (бұдан әрі – ТБ);

бас бостандығынан айыру орындарында болу

соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу;

АИТВ;

белгісіз.

Кең ауқымды дәріге көнбейтін туберкулез

босанғаннан кейін 1 жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер;

жүктілік;

қант диабеті;

БЦЖ егілмеген.

нашақорлық;

ішімдікке салыну;

V. Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі:

VI. Пациентты жіктеу

VII. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі:

Диагноз Туберкулез процессінің асқынуы

жоқ

иә

VIII. IV категориясы ауыстыру себебі

IX. Орталық дәрігерлік консультациялық комиссиясының (бұдан әрі – ДКК)

қорытындысы

1. ТБ түрі;

2. ДКК өткізген күні;

3. Қабылданған шешім ҚДК ТБ кезінде:

4. ҚДК ТБ қорытындысы

5. Себебі КАДК ТБ кезінде:

6. Басқа тәртіпке ауыстыру күні

7. Тағайындамау себебі

8. Басқа тәртіпке ауыстыру күні

X. Ем туралы ақпарат:

1. Қарқынды кезеңдегі МҰ

2. Ем басталған күн;

3. Ем аяқтаған күн;

4. қолдау фазасындағы МҰ

5. Ем (стационарлық, амбулаториялық)

Хирургиялық ем:

Атауы, коды, МҰ ID

113 код оң нәтижелі пациенттар үшін:



Ретровирустарға қарсы терапия басталды:



Клотримазолмен алдын ала емі басталды:

XI. Зерттеу қорытындылары:

1. Зерттеудің атауы;
2. Зерттеу күні мен уақыты;
3. Зерттеудің нәтижесі;
4. Қақырықтың дақылы;
5. Рентген суреттері (күні, нәтижесі)

XII. IV категория тәртібі

1. Препараттың атауы;
2. Ем басталған күн;
3. Өлшем бірлігі;
4. Мөлшері (мг);
5. Мөлшерін өзгерту немесе препаратты қабылдауды тоқтату;
6. Пациенттің объективті өлшемдері.

XIII. Емнің аяқталған күні

XIV. Ем нәтижелері

Қайтыс боған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болған күні мен уақыты

Қайтыс болған орны

XV. Сараптамасы алынды

Ескертулер

Фтизиатр Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Ескертпе:

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды Аутопсия жүргізілді:



иә



жоқ.

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды: Патоморфологиялық диагноз негізгі код наименование негізгі ауруының асқынуы код наименование қосалқы код наименование

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

«Туберкулезге шалдыққан IV категориялық пациенттің медициналық картасы» № ТБ 015/е нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МҰ	Медициналық ұйым
4	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
5	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
6	БТОЖ	Белгілі тұрғылықты орны жоқ
7	АМСК	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
8	ТҚҰ	Туберкулезге қарсы ұйым
9	БЦЖ	Туберкулезге қарсы вакцина
10	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
11	ДДС	Дәрі-дәрмектерге сезімталдықты тексеру

«Туберкулезге шалдыққан пациенттарды тіркеу нысаны» № ТБ 016/е
НЫСАНЫ

1. Тіркеу күні
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі
3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
4. Туған күні

Кестенің жалғасы

Ем жүргізу барысында қақырық жағындысы (Ж) мен қақырық дақылы (Д) микроскопияның қорытындылары (егер бір айдың ішінде бірден артық зерттеулер жүргізілсе, онда соңғы оң нәтижелі қорытынды енгізіледі)											
Айлар											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д
Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	

*1- Жаңа жағдай; 2- Қайталанған ауру; 3- Ем тәртібі бұзылды; 4- I кат кейінгі сәтсіз ем; 5- II кат кейінгі сәтсіз ем/; 6- III кат кейінгі сәтсіз ем/; 7- Ауыстырылды; 8- Басқалар: 8.1 – қайталанған ем ТМБ (-); 8.2 - үзілістен кейінгі ем ТМБ (-); 8.3 – сәтсіз ем ТМБ (-); 8.4 – симптоматикалық ем. Молекулярлы: Хайн-тест, G-Xpert

20_ жыл

												ортаңғы жағы					
Ем жүргізу барысында қақырық жағындысы (Ж) мен қақырық дақылы (Д) микроскопияның қорытындылары (егер бір айдың ішінде біртүрлі зерттеулер жүргізілсе, онда соңғы оң нәтижелі қорытынды енгізіледі)																	
Айлар																	
12	13	14	15	18	21	24	27	30	33	34	35	36					
Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д				
Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №				
												оң жағы					
Ем нәтижелері(күні)														АИТВ ЖҚТБ бойынша іс-шаралар(нәтижесі күні)		Ескертулер*	
Сауықты	Ем аяқталды	Сәтсіз ем	Ем тәртібі бұзылды	Ауыстырылды	Қайтыс болды			Тестілеу	РҚТ	КАТ							
					ТБ-ден От ТБ		Басқа себептерден										
					Стационарда	Стационардан тыс											

Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары: Бірінші қатарТҚП: Н – Изониазид R - Рифампицин E – Этамбутол S-Стрептомицин Z-Пиразинамид

Екінші қатардағы ТҚП/: Am – Амикацин; Km – Канамицин Cm – Капреомицин; Cfx-Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин; Lfx-Левифлоксацин; Mfx-Моксифлоксацин; Gfx-Гатифлоксацин; Pto-Протионамид; Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS –П-аминосалицилдік қышқылы;

РҚТ-ретровирусқа қарсы терапия, КАТ – клотримазолмен алдын-алу терапия

«Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы» № ТБ 018/е
нысаны

Басталған күні

ДҰ ұсынған препараттың халықаралық патенттелмеген атауы, мөлшері
Саудалық атауы Өндіруші Өндіруші ел
Жеткізіп берушінің қосымша құжаты №

Өнім түрі:

Өлшем бірлігі: Сериясы

Жарамдылық мерзімі

№ п /п	Күні, айы	Айдың күннің, жылдың басындағы қалдық	Кіріс /Саны				Қалдықты қоса есептегендегі барлық кіріс
			Рұқсат қағазы бойынша	қосымша құжаты №	Басқа ведомстволардан, ұйымдардан	қосымша құжаты №	Саны
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Шығыс			Барлық шығыс		Айдың күннің, сонындағы қалдық	Ескертулер (қайтарым, шығындар)
Қайда (аудандық ТҚҰ, МСАК, бөлімше)	қосымша құжаты №	ТҚП саны	Мекеме ішінде	Басқа жерлерге (аудандар, ТҚҰ, МСАК)		
9	1	2	3	4	5	6

«Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы» № ТБ 018/е
нысанының қысқартулары:

1	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
2	ТҚҰ	Туберкулезге қарсы ұйым

3	ДДС	Дәрі-дәрмектерге сезімталдықты тексеру
---	-----	--

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2024 жылғы 14 қарашадағы
№ 95 Бұйрыққа
2-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 2-қосымша

**Стационарларда және амбулаториялық-емханалық ұйымдарда
пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары**

«Операциялық әрекеттерді/манипуляцияларды есепке алу нысаны» № 019/е
нысаны

1. Операция күні мен уақыты
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі

3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
4. Туған күні
5. Тұрғылықты мекенжайы
6. Кім жолдады
7. Гистологияға алынды
8. Диагноз (операциялық әрекеттерге/манипуляцияларға дейін, кейін)
9. Операциялық әрекеттердің/манипуляциялардың атауы мен коды
10. Ауырсындырмау әдісі
11. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) дәрігер, дәрігер ассистенті
мен операциялық мейіргердің идентификаторы

«Босануды есепке алу нысаны» № 020/е нысаны

1. Жүгіну күні мен уақыты

2. Жеке сәйкестендіру нөмірі

3. Босанушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

4. Туған күні

5. Тұрғылықты мекенжайы

6. Нешінші жүктілік, нешінші босану

7. Босану мерзімінде немесе мерзімінен бұрын

8. Босануға психикалық профилактикалық даярлау

9. Дәрі-дәрмекпен босанудағы ауырсынуды басу (қандай дәрімен, көрсетіңіз)

10. Босану кезіндегі асқынулар. Экстрагениталдық сырқаттар.

11. Операциялар, босануларда көрсетілген жәрдем ақша (қайсысы, көрсетіңіз)

12. Босанған күні мен уақыты (күні, айы, сағ, мин.)

13. Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер (тірі, өлі туды, жынысы)

14. Босандырған кімдер (дәрігер, акушерка), тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

«Медициналық куәландыруды, анықтамалар беру есептік нысаны» № 021/е
нысаны

1. Куәландыруды немесе анықтама беру өткізу күні және уақыты

2. Жеке сәйкестендіру нөмірі

3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

4. Туған күні

5. Тұрғылықты мекенжайы

6. Кім жолдады (жолдама болған кезінде толтырылады)

7. Жолдаманың № (жолдама болған кезінде толтырылады)

8. Жолдау себебі (жолдама болған кезінде толтырылады)

9. Жеткізген кіснің идентификаторы немесе тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (жолдама болған кезінде толтырылады)

10. Ұйғарым

11. Куәландыруды немесе анықтама берген қызметкердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

«Диализ картасы» № 022/е нысаны

МАҚ болмаған немесе жарамаған жағдайда, картаның мәтінінде жазылады.

Жалпы бөлім

1. ЖСН

2. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

3. Туған күні

4. ЖЫНЫСЫ

е

ә

5. Жасы

6. ҰЛТЫ

7. Азаматтығы

8. Тұрғыны

қала

ауыл

Тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Кәсібі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Мүгедектік тобы

12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Пациент жолданды: жолдаған МҰ атауы (МҰ регистрінен)

15. Негізгі диагнозы

16. Фондық аурулар

Денсаулығым туралы ақпаратты келесілерге хабарлауға рұқсат етемін:

Жақынының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Кім болады	Телефон

17. Гемодиализ емін бастау күні

18. Аталған мекемеде гемодиализ емін бастау күні:

19. Өткізген мерзімі: басталды аяқталды

20. Гемодиализ №

Аппарат №

21. Диализатор үлгісі:

төмен ағынды

жоғары ағынды өлшем

көлемі м², өндіруші

22. Гемодиализ:



бикарбонатный



23. Ультрасүзгілеу бейіні:



ОУФ (ИУФ)



УФ



Na

24. Тамыр арқылы жету әдісі:



A-V фистула



протез



катетер

25. Антикоагулянт:



гепарин



клексан



Фраксипарин

26. Мөлшер бірлік

27. Тәсілі

28. Қанағым жылдамдығы мл/мин. Диализат ағынының жылдамдығы мл /мин

29. ГД белгіленген уақыты (сағат) ГД тиімді уақыты (сағат)

30. Құрғақ салмағы

31. ГД дейінгі салмақ, ГД кейінгі салмақ

32. Ультрасүзгілеу

33. Артериялық қысым:

	ГД дейін	1 сағат	2 сағат	3 сағат	4 сағат	ГД кейін
АҚ						

34. Дәрілік препараттар

Препараттың атауы	Өлшем бірлігі	Саны

35. Техникалық асқынулар

36. Аталған мекемеде гемодиализ емін тоқтату күні:

37. ГД тоқтату себебі

38. ГД тоқтату күні:

Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә (бар болған жағдайда), ID

ГД мейіргерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

РЕТ бағалау парағына қолданылады:

Өткізу күні:

СНМК №

Салмағы

Бойы

BSA (m²)

BW(L)

Түнгі құю: ерітінді

Бөгеліс уақыты

Құю көлемі

Құйылыс көлемі

РЕТ: ерітінді

Құюды бастау

құюды аяқтау

Құю көлемі

Құйылыс көлемі

Ультрасүзгілеу

Құйылыс ұзақтығы

Қан	Креатинин (мкмоль/л)		Несепнәр (ммоль/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Фосфор (ммоль/л)
0 минут					
120 минут					
240 минут					
Диализат	Креатинин (мкмоль/л)		Несепнәр (ммоль/л)	Глюкоза (ммоль/л)	Фосфор (ммоль/л)
түнгі					
жаңа алынған талдау					
0 минут					
30 минут					
60 минут					
120 минут					
180 минут					
240 минут					
Қан	Креатинин	Глюкоза	Коррегирленген креатинин		
Қан 2-х сағаттық					
Диализат	Креатинин	Глюкоза	Коррегирленген креатинин	D/P	D/D0
Диализат 0 сағаттық			0 сағаттық		
Диализат 2х сағаттық			2х сағаттық		
Диализат 4х сағаттық			4х сағаттық		

Түзету факторы (ТФ)
ТФ = креатининнің жаңа ерітіндісі ÷ глюкозаның жаңа ерітіндісі
ТФ =
Коррегірленген креатинин
2 сағаттық қан
Креатинин _____ (-)
Глюкоза = (_____) x ТФ = _____
Коррегірленген креатинин = _____
Диализат
0 сағаттық креатинин
* _____ (-)
Глюкоза = (_____) x ТФ = _____
Коррегірленген креатинин = _____
2 сағаттық креатинин
_____ (-)
Глюкоза = (_____) x ТФ = _____
Коррегірленген креатинин / = _____
4 сағаттық креатинин * _____ (-)
Глюкоза = (_____) x ТФ = _____
Коррегірленген креатинин = _____

4 сағаттық креатинин * _____ (-)
Глюкоза = (_____) x ФК = _____
Коррегірленген креатинин = _____

D/P Dialysate/Plasma Ratios

0 сағаттық D/P
Диализаттың коррегірленген креатинині, 0 сағаттық
Қанның коррегірленген креатинині
2 сағаттық D/P
Диализаттың коррегірленген, 2 сағаттық
Қанның коррегірленген креатинині
4 сағаттық D/P
Диализаттың коррегірленген креатинині, 4 сағаттық
Қанның коррегірленген креатинині

D/D₀
Глюкоза 2 сағаттық = _____
Глюкоза 0 сағаттық _____

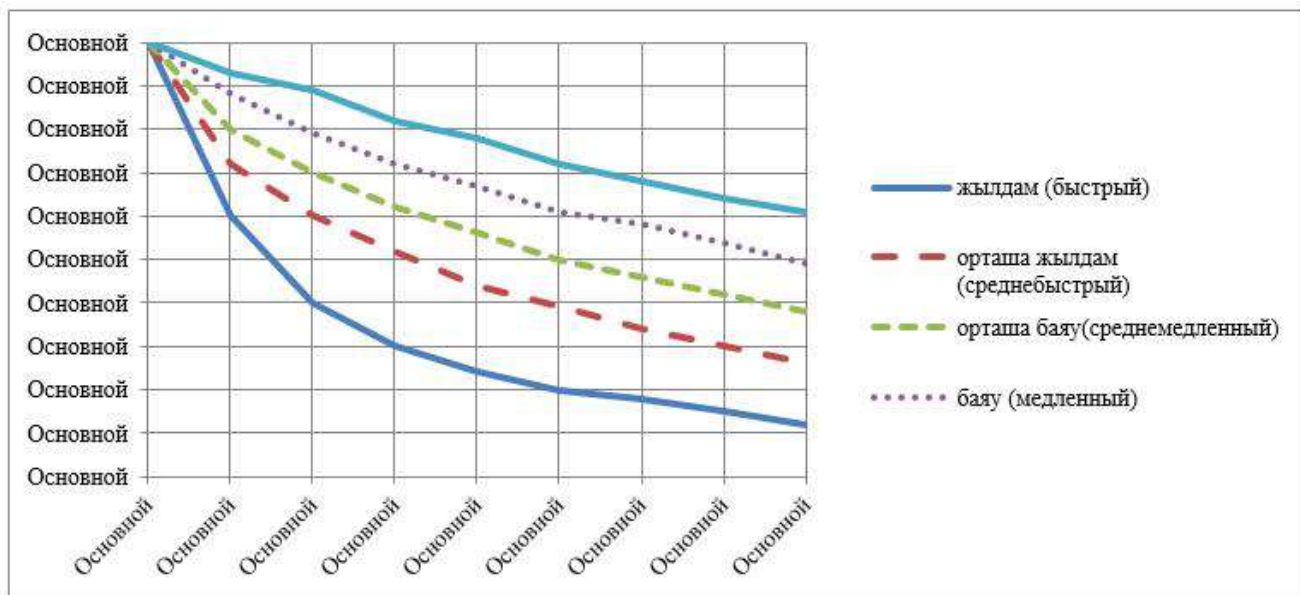
Глюкоза 4 сағаттық = _____
Глюкоза 0 сағаттық _____

Креатинин* - өлшенген креатинин

Конверциялау факторы: Глюкоза: мг/дл=ммоль/л x 18, Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷ 88

Несепнәр: мг/дл=ммоль/л x 2,82

D/D₀ Глюкоза



L/week/ 1.73m2																			
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Urea Clearance L/week Cr Clearance L/week Residual Urea Clearance L/week Residual CrClL/week Dialysate Urea Clearance L/week Dialysate CrCl L/week Urea Generation Rate mg/min Cr Generation Rate mg/min Normalized CrCl L/week/1.73m2

Өткізу күні Қорытынды Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

АПД картасы																		
СНМК № _____ Диагноз: _____																		
Күні			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Дианил тәуліктегі қапшықтар	1,36%	5,0 л																
	2,27%	5,0 л																
	3,86%	5,0 л																
Физионил тәуліктегі қапшықтар	1,36%	2,0 л																
	2,27%	2,0 л																
Экстранил		2,0 л																
Нутринил		2,0 л																
АПД циклдарының саны																		
АПД жалпы уақыты																		
Жалпы қию көлемі																		
АПД-ны экспозициялау уақыты																		
(1 цикл)																		
АПД-дағы бір жолғы құйылыс көлемі																		
Бір жолғы күндізгі құйылым көлемі																		
Бастапқы дренаждау көлемі																		
АПД-дағы УК																		
Жалпы УК/ (АПД+күндізгі құйылым)																		
АҚ	қосар алдында (кеш)																	
сөндірілгеннен кейін (таң)																		
Таңғы несептің жалпы көлемі (өткен тәулік үшін)																		

№ 022/е «Диализ картасы» нысанының қысқартылымдары:

1	4-hr CRT	4 сағаттық катетермен байланысты тромбоз (Catheter-Related Thrombosis)
2	Age	Жасы
3	Albumin	Альбумин
4	BSA	Дене бетінің ауданы (body surface area)
5	BSA	Дене бетінің ауданы м2
6	BW	Пациенттің жасы
7	CCr	Креатининді тазарту (creatinine clearance)

8	Creatinine clearance	Креатининді тазарту
9	Dialysate Urea Clearance	Диализделген өнім
10	eGFR (epidermal growth factor receptor)	Эпидермальды өсу факторлары рецепторы
11	Fluid removal	Сұйықтықты ағызу
12	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
13	Modality	Әсер ету әдісі
14	Net vol	Таза көлемі, миллилитр
15	Normalized CrCl	Нормаланған креатининді тазартқыш
16	nPCR, NPCR	АКСД – ақуыз катаболизмінің стандартталған деңгейі (normalized protein catabolic rate)
17	PET	перитонеальді баланс тесті (peritoneal equilibration test)
18	Residual Urea Clearance	Несепнәрден тазартудың қалған уақыты
19	Total KT/V	Теңгерімді несепнәрден тазарту уақытқа көбейтіліп, судың жалпы көлемімен стандартталған - мочевианың бөліну көлемі
20	Transport type	Транспортировка түрі
21	Urea Clearance	Несепнәрді тазарту
22	Urea Generation Rate	Несепнәр қалыптастыру деңгейі
23	Vol in ml	Құйылды, миллилитры
24	Vol out ml	Ағызылды, миллилитры
25	АПД	Автоматты перитонеальді диализ
26	ГД	Гемодиализ
27	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
28	ОУФ	Оқшауланған ультрафилтрация
29	СНМК	Стационарлық пациенттің медициналық картасы
30	МҰ	Медициналық ұйым
31	ПД	Перитонеальді диализ
32	УФ	Ультрафилтрация
33	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
34	Түзету коэффициенті	Түзету коэффициенті

«Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы» № 023/е нысаны
20 __ жылғы

Цито-статиктің атауы (дәрілік заттың ХПА)	Цито-статикті ерітуге берілген күні	Берген тұлғаның аты-жөні (бар болған жағдайда), қолы, қызметкердің идентификаторы	Са-ны	Ері-тіл-ген кү-ні	Цито-статикті ерітуге ежіберген бөлімшенің атауы	Шы-ғын (мг, құты /амп.	Цито-статиктің жалпы қалдығы	Жойы-латын қалдық өлшері (мг, құ-	Құтының, ампула-ның ашылған уақыты, цитостатиктің нұсқаулығы бойынша сақтау уақыты және температурасы	Еріткен қызметкердің аты-жөні, оның идентификаторы
---	-------------------------------------	---	-------	-------------------	--	------------------------	------------------------------	-----------------------------------	---	--

								ты /амп. саны)		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

«Клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге толтырылған өтінімдерді тіркеу журналы» № 024/е нысаны
20 __ жылғы

№	Күні	Өтінім №	Бөлімше	Пациенттің ауру тарихының №	Пациенттің аты-жөні	Емдеуші дәрігердің аты-жөні	Тағайындалған цитостатиктің атауы (ХПА), мөлшері
1	2	3	4	5	6	7	8

ЦЕОК медицина қызметкерлері № 2; 3; 4 ұяшықтарын толтырады. Бас мейірбике клиникалық бөлімшеден дәрігерлердің барлық өтініштерін жинайды, клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге өтініштер үшін тіркеу журналында тіркейді (клиникалық бөлімшенің бас мейірбикесі №4 ұяшықтан басқа барлық ұяшықтарды толтырады, №3 ұяшық еріткеннен кейін толтырылады) және цитостатиктерді тіркеу орталықтандырған кабинетке тапсырады

«Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы»
№ 025/е нысаны

20 _____ жылғы

Р /с №	Күні	Пациенттің жіберген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Пациенттің ЖСН	Пациенттің туған күні	Пациенттің мекенжайы	Пациенттің жұмыс орны (кәсіпорын мен цехтың, ұйымның аты) (егер белгіленген жағдайларда қажет болса)	Кәсібі (атқаратын жұмысы, лауазымы) (егер белгіленген жағдайларда қажет болса)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Пациенттің ДҚК-ға жіберілу диагнозы	Пациенттің ДҚК-ға жіберілу себепі	Еңбекке жарамсыздық парағының № (егер белгіленген жағдайларда қажет болса)	Осы диагноз бойынша еңбекке жарамсыздық күндер саны (егер белгіленген жағдайларда қажет болса)	Комиссия қорытындысы (диагнозы, арнаулы емделуге жолдау, жұмысын ауыстыру, еңбекке жарамсыздық парағы қанша күнге ұзартылды, МСК-ке жолдану күні, МСК қорытындысы)	Комиссия мүшелерінің идентификаторы	Ескерту
10	11	12	13	14	15	16

«Дәрігерлік – консультациялық комиссияның қорытындысы» № 026/е
нысаны

№ _____ 20__ жылғы «__» _____

Жеке тұлғаға берілді

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні _____ Жынысы _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі _____

Үйінің мекенжайы, телефоны (Домашний адрес, телефон)

Жұмыс орны

Диагнозы

Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы

Комиссия төрағасы _____

(Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) қолы)

Хатшы _____

(Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) қолы)

М.О

«Анықтама» № 027/е нысаны

Берілген күні МҰ атауы

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі
2. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) тұлғаны куәландыратын құжатқа сәйкес

3. Туған күні

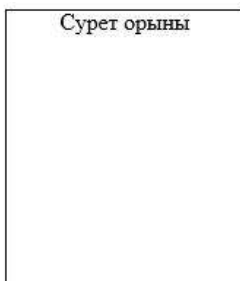
4. Тұрғылықты мекен-жайы

5. Медициналық қорытынды

6. Ұсыныстар (бар болған жағдайда)

Анықтама берген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

Мөрдін орны



«Шетелдіктердің, азаматтығы жоқ адамдардың, мигранттардың, еңбекші-мигранттардың (соның ішінде ЕАЭО-ға мүше елдердің) денсаулығы жөніндегі медициналық қорытынды» № 028/е нысаны
№ _____ қорытынды беретін мекеменің (ұйымның) атауы

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі / паспорт нөмірі
2. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
3. Жынысы
4. Туған күні
5. Қазақстан Республикасына соңғы келген күні
6. Тұрғылықты мекенжайы
7. Терапевт қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)

Тексеру нәтижесі*:

Жыныстық жолмен берілетін инфекциялар (мерез, венериялық лимфогранулема (донованоз), шанкроид):



анықталды



анықталған жоқ

Алапес (Гансен ауруы)



анықталды



анықталған жоқ

Рентгенологиялық тексеру (флюорография) нәтижесі

Тексерген күні мен уақыты, нәтижесі

Туберкулез:



анықталды



анықталған жоқ

8. Инфекционисттің қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификатор (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)

Жедел инфекциялық аурулар (жедел респираторлық инфекциялар мен тұмаудан басқа)



анықталды



анықталған жоқ

9. Психиатр қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)

10. Нарколог дәрігердің зерттеп-қарауы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе оны айыра алатын өзге белгісі)

Психоактивті заттардың болуы үшін сұйық биологиялық ортаны зерттеу Мемлекеттік денсаулық сақтау мекемесінің (ұйымының) басшысы (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы)

М.О.

Ескертпе:

* - 18 жасқа дейінгі баламен жатқан жағдайда 6.1-6.5-тармақшалары бойынша мәлімет, сонымен қатар АҚДС, полиомиелитке, қызылшаға, қызамыққа, паротитке, «В» вирустық гепатитіне, туберкулезге қарсы жасалған егулер (ауырған аурулары) жөніндегі мәлімет, соңғы 3 жылдық туберкулез диагностикасының нәтижелері ұсынылады

Толтыру күні:

Қолданылу мерзімі: 3 ай

«Уақытша еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы» № 029/е

НЫСАНЫ

Р /с №	Осы емдеу ұйымы берген уақытша еңбекке жарамсыздық парағының №		Басқа емдеу ұйымы берген уақытша еңбекке жарамсыздық парағының №		Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	Туған күні	ӘА-ОЖ коды	Пациенттің мекен жайы	Жұмыс орны мен атқаратын жұмысы
	бірінші	жалғасуы	бірінші	жалғасуы					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Диагнозы		Дәрігердің тегі		Жұмыстан босатылуы		Барлық жұмыстан босатылған күндері	Пациентті басқа емдеу ұйымдарына жіберу туралы белгілер
алғашқы	қорытынды	уақытша еңбекке жарамсыздық парағын берген	Уақытша еңбекке жарамсыздық парағын аяқтаған	қай күнен бастап	қай күнге дейін		
11	12	13	14	15	16	17	18

«СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы» № 030/е нысаны

маманның Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) лауазымы, учаске №, АЕҰ №

Р/с №	Күні	Уақыт мөлшері	Іс-шараның түрі	Тақырып	Тыңдаушыларды қамту	Тыңдаушылардың саны
1	2	3	4	5	6	7

СӨСҚ, аурулардың профилактикасы жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналын толтыру туралы ескертпе

1. «Уақыт мөлшері» бағанында жиынды өткізуге жұмсалған уақытты минутпен көрсетіңіз.

2. «Іс-шараның түрі» бағанында деректерді біріздендіру үшін алфавит әріптерін пайдалану ұсынылады.

Л – лекция;

ОС – оқыту семинары;

ҚН – қабырғалық ақпаратты, плакаттарды, қабырға газеттерін ұйымдастыру немесе жаңалау; (ҚН-қабырғалық насихат)

ББ – буклеттер, үндеулер, үнпарақтар (үндеу, үнпарақ) тарату;

БАҚ – бұқаралық ақпарат құралдарында сөйлеу;

ДК – денсаулық клубтары (жас ата-аналар, диабетпен ауыратын адамдар үшін);

А – түрлі медициналық-әлеуметтік зерттеулер (анкеталау).

3. «Тақырып» бағанында өткізілген жиындардың тақырыптамаларын келесі біріздендірілген бағыттырмен көрсетіңіз.

4. «Тыңдаушыларды қамту» іс-шараға қатысушылар саны мен халық тобының медициналық-жастық сипаттамасын (С-сау, Д1-тәуекел факторымен, Д2-жіті патологиясымен, Д3-созылмалы патологиясымен) көрсетіп, таяқша арқылы тыңдаушылардың орта жасын көрсетіңіз.

5. Егер лекция қандай да бір ұйымда өткізілсе, онда тыңдаушылардың Т.А. Ә. (бар болған жағдайда) көрсетпей-ақ, олардың санын көрсетуге болады. Ол жағдайда соңғы екі бағанда ұйымның мөрімен бекітілген басшының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) мен қолы болуы тиіс.

Дәл осы журналда келесі көрсеткіштердің көрсетілуімен ай бойы істелген жұмыс қорытындысы шығарылады:

үшінші бағанда – санитариялық-ағарту жұмыстарына жұмсалған жалпы уақыт мөлшері,

төртінші бағанда – санитариялық-ағарту жұмыс түрлерінің саны,

бесінші бағанда – СӨС түрлі бағыттары бойынша өткізілген іс-шаралар саны

алтыншы бағанда – санитариялық-ағарту іс-шараларымен қамтылған
халықтың жалпы саны.

«Медициналық-әлеуметтік сараптамаға

20 _____ жылғы « _____ » _____ № _____ қорытынды» № 031/е
нысаны

1. ЖСН

2.
Тегі _____

3.
Аты _____

4. Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

5. Туған күні _____ жылғы « _____ » _____

6. Жынысы ер әйел

7. Азаматтығы (елдердің анықтамалығы)

8. қала ауыл тұрғыны

9. Тұрақты тұрғылықты жері бойынша тіркеу мекенжайы

10. Нақты тұрғылықты жердің мекенжайы _____

11. Куәландыру кезінде адамның тұрғылықты жері/болатын жері (көшпелі
отырыстарда немесе сырттай мемлекеттік қызметтерді көрсету үшін өрістердің
біреуін таңдау):

балалар үйінде, интернатта, балаларға арналған мамандандырылған
ұйымдарда

әлеуметтік қорғау медициналық -әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда)

қылмыстық-атқару (пенитенциарлық) жүйесі мекемелерінде

үйде

стационарда

сырттай

12. БХТ бойынша медициналық ұйымға тіркелу:

13. Тіркелген күні 20__ жылғы ____ .

Медициналық ұйымның атауы _____

14. Пациенттің немесе заңды өкілінің ұялы телефон нөмірі (МАБ тіркелген)
+7(***) (*****)

15. Заңды өкілдің (ата -анасының, қамқоршысының, жетекшісінің) деректері:

ЖСН _____

Тегі _____

Аты _____

Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

16. Жіберген медициналық ұйымның атауы (МҰ тіркелімінен)

17. МҰ мекенжайы _____

18. Мүгедектік тобы (егер бұрын белгіленген болса)

19. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұрын белгіленген жағдайда) _____ %

20. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (бұрын белгіленген жағдайда) _____ %

21. Жұмыс орны (жұмыс істейтін адамдар үшін)

22. Лауазымы

23. Негізгі кәсібі

24. Оқу орны (оқушылар мен студенттер үшін)

25. Курс

/сынып _____

26. Мектепке дейінгі

мекеме _____

27. Медициналық ұйымның бақылауына алынған (күні)

28. Клиникалық және еңбек тарихы, диагностика, емдеу шаралары

29. Аурудың анамнезі: қай жастан бастап ауырады, ағымының ерекшеліктері мен сипаты, өршу жиілігі, соңғы өршу күні, қазіргі уақытта жүргізіліп жатқан емдеу, емдеу (оның ішінде рецидивке қарсы), тиімділік (антропометриялық, гематологиялық көрсеткіштердің динамикасы, функционалдық үлгілер, соматикалық мәртебедегі өзгерістер, емдеу және медициналық оңалту нәтижелерін жалпы бағалау) _____

30. Пациент диспансерлік тіркеуде тұра ма

жоқ,

егер тұрса (диспансерлік есеп бойынша барлық диагнозын көрсету):

Диагноз (АХЖ-10) коды _____

Диспансерлік есепке алынған күн _____

Диспансерлік есептен шығарылған күн _____

31. Жарақат болған кезде: жарақаттың түрі (өрістердің біреуін таңдау):

тұрмыстық

өндірістік

көшедегі (жол-көлікті қоспағанда)

жол-көлік

мектептегі

спорттық

басқалар

жарақатты алған күні _____

жарақат алған жер мен жағдайлар (нақты көрсетіңіз)

32. 031/е нысанын толтыру кезіндегі физиологиялық өлшемдер:

АҚ/Қ _____ миллиметр сынап бағанасы

ЖЖЖ _____ минут

Жүрек соғуы _____ минут

ТАЖ _____ минут

Дене қызуы _____

Бойы _____ сантиметр

Салмағы _____ килограмм

Жамбас көлемі _____ сантиметр

Бел көлемі _____ сантиметр

33. Еңбек жағдайының өзгеруі

34. Еңбекке уақытша жарамсыздық (соңғы 12 айдағы ақпарат)

Еңбекке уақытша жарамсыздық парағы №	20__ жылғы __ _____ бастап	20__ жылғы __ __ дейін	Еңбекке жарамсыздық күндерінің саны	АХЖ-10 бойынша коды
			Барлық күні	

35. Оңалту іс-шараларының жоспары:

- медициналық оңалту бойынша шаралар
- протездік-ортопедиялық құралдармен қамтамасыз ету
- сурдотехникалық құралдармен қамтамасыз ету
- тифлотехникалық құралдармен қамтамасыз ету

- арнаулы жүріп-тұру құралдарымен қамтамасыз ету
- міндетті гигиеналық құралдармен қамтамасыз ету
- жеке көмекші қызметтерін көрсету
- ымдау тілі маманы қызметтерін көрсету
- санаторийлік-курорттық емдеу
- арнайы әлеуметтік қызмет көрсету
- жұмысқа орналасуға жәрдемдесу
- оқытуға/қайта даярлауға көмек көрсету.

36. Шағымдарды, ағза функциясының бұзылу дәрежесін көрсететін объективті зерттеп-қарау деректерін, диагноздар мен ұсынымдарды көрсете отырып, мамандар консультацияларының нәтижелері. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға, диагностикаға, емдеуге және оңалтуға арналған клиникалық хаттамаларға сәйкес аурудың бейіні үшін қажетті мөлшерде) 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Қызмет
атауын _____

Жүргізу
күнін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы)
_____ көрсете отырып қоса беріледі.

37. Клиникалық, зертханалық, рентгендік және басқа зерттеулердің нәтижелері. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға, диагностикаға, емдеуге және оңалтуға арналған клиникалық хаттамаларға сәйкес аурудың бейіні үшін қажетті мөлшерде) 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Қызмет
атауын _____

Жүргізу
күнін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы)

_____ көрсете отырып қоса беріледі

38. Пациенттің жай-күйіндегі динамикалық өзгерістерді көрсете отырып, аурудың бейініне байланысты стационарлық, стационарлық алмастыратын емінің оңалту орталықтарында емдеудің емделген жағдайлары (жағдайлары) туралы нәтижелер; емдеу кезінде пайда болатын асқынулар; зертханалық зерттеулер, консультациялар нәтижелерін қорытындылау; оңалту әлеуетін, оңалту диагнозын және оңалту бағытының шкаласын ескере отырып ұсынымдар. Медициналық құжаттар 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Сырқатнамадан үзіндінің
нөмірін _____

Түскен
күнін _____

Шыққан
күнін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы)

_____ көрсете отырып қоса беріледі.

39. Жедел/ кезек күттірмейтін медициналық көмекті шақырған пациентқа белсенді бару нәтижелері. Медициналық құжаттар 031/е нысанына электрондық түрде мыналарды:

Белсенді түрде барған
күндерін _____

Медициналық ұйымның атауын (Орындаушы)

_____ көрсете отырып қоса беріледі.

40. МӘС-ке жіберілген кезде клиникалық-функционалдық диагноз:

41. Негізгі диагноз (АХЖ-10 коды)

Негізгі диагноз (мәтін) _____

42. Асқыну (АХЖ-10 коды) (бар асқынуларды көрсету)

Асқыну (мәтін) (бар асқынуларды көрсету): _____

43. Қосалқы аурулар диагнозы (АХЖ-10 коды):

Қосалқы аурудың диагнозы (мәтін)

44. МӘС-ке жіберу мақсаты – «Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін белгілеу және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын айқындау» мемлекеттік қызмет көрсету.

45. Расталған: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) және Дәрігерлік-консультациялық комиссия төрағасының ЭЦҚ

46. 031/е нысанын толтырған емдеуші дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

47. QR код (жылдам әрекет ету коды)

48. Мүгедектікті және/немесе еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін анықтауға және/немесе қажетті әлеуметтік қорғау шараларын анықтауға қажет пациенттің заңмен қорғалатын құпиясын құрайтын жеке деректер мен ақпаратты жинауға, өңдеуге және беруге келісім (мемлекеттік қызмет көшпелі отырыста немесе сырттай көрсету жағдайында):

иә

Пациенттан немесе заңды өкілінен жауап алынған күн: 20____жылғы
«____» _____ Пациенттан немесе заңды өкілінен алынған жауап
_____ Жіберушінің ұялы телефон нөмірі: +7 (***) (*****)

20____жылғы «____» _____ №____ № 031/е нысанына
20____жылғы «____» _____ №____ МӘС сараптамалық
қорытындысы туралы хабарлама

1. МҰ атауы (жіберген) (МҰ тіркелімінен) _____

2. Сараптамалық қорытындыны шығарылған күні 20____жылғы _____

3. ЖСН

4. Тері

5. Аты

6. Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

7. Туған күні _____ жылғы _____

8. Клиникалық-сараптамалық диагноз:

Негізгі диагноз (атауы, АХЖ-10 коды)

Қосымша диагнозы (атауы, АХЖ-10 коды)

9. МӘС сараптамалық қорытынды:

мүгедектік тобы _____

мүгедектік себебі _____

мүгедектік мерзімі _____

мерзімі _____ 20 ____ жылдан бастап ескерілген

қайта куәландыру күні 20 ____ жылғы _____

10. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (ЖЕҚА) _____ %

ЖЕҚА дәрежесінің мерзімі _____

11. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі (КЕҚА)

_____ %

КЕҚА себебі _____

КЕҚА дәрежесінің мерзімі _____

КЕҚА дәрежесінің қайта куәландыру күні 20 ____ жылғы _____

12. № _____ мүгедектігі бар адамның ОЖБ-нің әлеуметтік және (немесе)
кәсіптік бөлігіндегі ұсыныстар

элеуметтік оңалту бойынша

кәсіби оңалту бойынша _____

13. Құжаттарды қайтару негіздемесі және себептерін көрсету _____

14. Медициналық-элеуметтік сараптама актінің № _____

15. МӘС/МӘС ӘБ бөлімінің басшысының ЭЦҚ-мен куәландырылды _____

1-ескертпе. МӘС бойынша қорытынды электронды түрде толтырылады және ДКК-ның төрағасының ЭЦҚ-мен қолы қойылады.

2-ескертпе. МСЭ сараптамалық қорытындысы туралы хабарлама электронды түрде толтырылады және ЭЦҚ-мен қол қойылады.

Қысқартылған сөздер:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін бірегей белгі))
2	БХТ	Бекітілген халық тіркелімі
3	МАБ	Мобилді азаматтар базасы
4	АҚ/Қ	Артериялық қан қысымы
5	ЖЖЖ	Жүрек жиырылуының жиілігі
6	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
7	ДКК	Дәрігерлік консультациялық комиссия
8	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
9	ОЖБ	Оңалтудың жеке бағдарламасы
10	МӘС	Медициналық-элеуметтік сараптама
11	МҰ	Медициналық ұйым
12	МӘС бөлімі	Медициналық-элеуметтік сараптама бөлімі
13	МӘС ӘБ бөлімі	МӘС әдіснама және бақылау бөлімінде
14	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
15	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолтаңба
16	ЖЕҚА	Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу
17	КЕҚА	Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу
18	АХЖ	Аурулардың халықаралық жіктемесі

«Мүгедектігі бар адамдарды тіркеу және медициналық оңалту журналы» № 032/е нысаны

Р /с.№	Күні	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	ЖСН	Туған күні, жасы	Мекен-жайы және телефоны	Жұмыс орны	Мүгедектік тобы/ мүгедектігі бар бала
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Клиникалық диагнозы	Куәландыру үлгісі бастапқы (1) салдарлық (2)	Қорытынды Мүгедектік тобы/ Мүгедектігі бар бала (1) Есептен алынған тобы Еңбекке жарамсыз парағы ұзартылды	Оңалту Тәуліктік стационар (1) Емханадағы күндізгі стационар (2) Амбулатория (3) Санаториялық-курорттық ем (4) Үйдегі стационар (5) Реконструктивтік хирургия (6)	Медициналық оңалтудың нәтижесі Орындалмаған (1) Аяқталмаған (жартылай) (2) Толық (3) Жаксарған (4) Сауыққан (5) Нашарлаған (6) Динамикасыз (7)	Қайтыс болған мүгедектігі бар адамдардың саны
9	10	11	12	13	14

20__ жылғы «__» _____ № ____ «Мүгедектігі бар адамның оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі» № 033/е нысаны

1. ЖСН _____

2. Тегі _____

3. Аты _____

4. Әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____

5. Туған күні ____ жылғы «__» _____

6. Тіркелген мекенжайы _____

7. Телефон _____

8. Білімі _____

9. Жұмыс/ оқу /мектепке дейінгі мекеме орны _____

10. Мүгедектік тобы _____

11. ОЖБ әзірленген: бірінші рет ; қайта

12. Оңалту диагнозы (АХЖ-10) _____

13. Неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейінді, оңалту

болжамы мен халықаралық өлшемшарттарға сәйкес оңалту әлеуеті бар пациенттар үшін) (балмен)

Бейіннің атауы (пациенттің барлық оңалту бейіндерін көрсетіңіз)	Оңалтуға дейін (балмен)		Оңалтуға дейін (балмен)	
	ХҚЖ б өлшем-шарт коды	ХҚЖ d өлшем-шарт коды	ХҚЖ б өлшем-шарт коды	ХҚЖ d өлшем-шарт коды

14. Басқа бейіндегі пациенттар үшін, оңалту болжамы және оңалту әлеуеті

Бейіннің атауы (пациентті оңалту барлық бейіндерін көрсетіңіз)	Болжам *	Әлеует **
--	----------	-----------

*- мәнді таңдау: қолайлы, салыстырмалы түрде қолайлы, күмәнді, қолайсыз

** - мәнді таңдаңыз: жоғары, орташа, төмен, жоқ

15. Медициналық оңалту кезеңі:

Бейіннің атауы (пациентті оңалту барлық бейіндерін көрсетіңіз)	Оңалту кезеңінің нөмірі	Жүргізу деңгейі (амбулаториялық, стационарлық)
--	-------------------------	--

16. Жүргізілген және жоспарланған медициналық оңалту шаралары

Оңалту түрі***	Жүргізілген күні	Жүргізілген іс-шаралардың атауы	Ескертпе	Көрсетілген жоспарланған іс-шаралардың жиілігі мен ұзақтығы
----------------	------------------	---------------------------------	----------	---

*** - мәнді таңдау: физикалық оңалту, физиотерапия, психокоррекция, эрготерапия, әлеуметтік қызметкерлердің консультациясы, пациенттарды оқыту, реконструктивті хирургия, күндізгі стационарларда, тәулік бойы жұмыс істейтін стационарларда, оңалту орталықтарында, үй стационарларындағы оңалту, санаторийлік-курорттық емдеу, қосымша қызметтер

17. Медициналық оңалту нәтижелерін бағалау (өрістердің бірін таңдаңыз):

бұзылған функцияларды толық қалпына келтіру

бұзылған функцияларды жартылай қалпына келтіру

бұзылған функцияларды толық өтеу

бұзылған функцияларды жартылай өтеу

оң нәтиженің болмауы

Ескертпе. ОЖБ медициналық бөлігі электронды түрде толтырылады. ОЖБ медициналық бөліміне ақпараттық жүйе автоматтандырылған түрде шығарылатын бірегей нөмір беріледі.

Қысқартылулар:

№	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін бірегей белгі)
1	ДҚК	Дәрігерлік консультациялық комиссия
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	ОЖБ	Оңалтудың жеке бағдарламасы
4	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолтаңба
5	АХЖ	Аурулардың халықаралық жіктемесі
6	ХҚЖ	Халықаралық қызмет етуінің жіктемесі
7	МКФ b	Пациент ағзасының функциялары
8	МКФ d	Белсенділік пен өзін-өзі қамтамасыз етуге қатысу

«Хабарлама» № 034/е нысаны

Жолданады:

Жалпы бөлім

1. ЖСН.
2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда).
3. Туылған күні.
4. ЖЫНЫСЫ

ер

әйел.

5. Тұрғылықты мекенжайы.
6. Байланыс телефоны.
7. Отбасылық жағдайы
8. Жұмыс/оқу орны/балалар мекемесі.
9. Ұйымның мекенжайы.
10. Пациенттің лауазымы.
11. Күні: ауруы бастапқы өтініш/анықтау диагноз қою емдеуге жатқызу.

12. Диагнозы.

13. Пациент қайда жіберілді (МҰ тіркелімі).

14. Хабарламаны толтырған МҰ атауы (МҰ тіркелімі).

15. Хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),
идентификаторы.

16. Толтыру күні және уақыты.

Инфекциялық аурулар кезінде толтырылады.

1. Қайда орын алғанын көрсету, жағдайды сипаттау.

2. Байланыста болған адамдар:

2.1 Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

2.2 Пациентқа қарым-қатынасы

2.3 Тұрғылықты мекенжайы.

2.4 Байланыс телефоны.

3. Алғашқы эпидемияға қарсы іс-шаралар мен қосымша мәліметтерді
жүргізу.

Кәсіптік аурулар және (немесе) улануларда, оның ішінде оларға күдіктену
кезінде толтырылады.

1. Жалпы жұмыс өтілі.

2. Жұмыс өтілі (зиянды өндірістік факторлармен байланыста).

3. Аурулар тудырған зиянды өндірістік фактор,.

4. Егер улануболса – қайда орын алғанын, неден уланғанын көрсету.

Онкологиялық ауру кезінде толтырылады.

1. Ісік анықталған жағдай.

2. Ісік процесінің сатысы:

3. Диагнозы.

4. Диагнозды растау әдісі.

Реципенттің ағзасын (ағзаның бөліктерін) трансплантациялау кезінде
толтырылады.

1. Күні: ағзаны (ағзаның бөлігін) трансплантациялауды орындау

2. Ауруханадан шығару күні.

Кез келген жағдайларда, сондай-ақ диагнозды өзгерту кезінде инфекциялық ауруды, паразиттік ауруды, тамақтан улануды, кәсіптік ауруды және (немесе) улануды, дене жарақаты болған жағдайда, онкологиялық ауруды немесе оған күдіктенуді анықтаған медицина қызметкері толтырады.

Пациент анықталған сәттен бастап белгіленген мерзімнен кешіктірілмей пациент анықталған орны бойынша уәкілетті органға жіберіледі.

Үй жануарларының немесе жабайы жануарлардың шағуы, тырнауы және сілекейінің жұғуы жағдайларында құтырма ауруына күдік ретінде хабарлама толтырылады.

№ 034/е «Хабарлама» нысанындағы қысқарған сөздердің тізімі:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	МҰ	Медициналық ұйым
3	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

«Медициналық қызметтердің есеп нысаны» № 035/е нысаны

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі;

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

3. Уақыты мен күні;

4. Диагноз;

5. Қызметтің атауы;

6. Өткізген қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), идентификаторы (бар болған жағдайда)

<p>Мас күйде болу немесе болмауымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтамаға тексеру талоны</p> <p>Берілді</p> <p>Жеке сәйкестендіру нөмірі</p> <p>Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)</p> <p>Туған күні</p> <p>Жынысы</p>	<p>«Мас күйде болу немесе болмауымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан немесе есірткелік жіті ұйттанған уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама» № 036/е нысаны</p> <p>№ _____</p> <p>Берілді</p> <p>Жеке сәйкестендіру нөмірі</p> <p>Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)</p> <p>Туған күні</p> <p>Жынысы</p> <p>Жұмыс орны</p> <p>Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы</p>
--	--

<p>Жұмыс орны Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы Диагноз Қорытынды диагнозы Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға) Жұмыстан босатылды кк/аа/жж, бастап кк/аа/жж дейін Дәрігердің лауазымы мен тегі Дәрігердің идентификаторы Жұмысқа кірісуі (күні мен айы) (емдеу ұйымының идентификаторы)</p>	<p>Диагноз Қорытынды диагнозы Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға) Режимі МӘС-ға жолданады: күні мен уақыты Стационарда болды _____ 20 __ жылдан бастап _____ 20 __ жылға дейін Дәрігердің идентификаторы МӘС-да куәландырылды: күні мен уақыты МСК-ның ұйғарымы Уақытша басқа жұмысқа ауыстырылуы кк/аа/жж бастап кк/аа/жж дейін (МСК идентификаторы) Бас дәрігердің идентификаторы Төрағаның идентификаторы</p>
<p>Анықтаманың бақылау талоны № _____ Берілген күні Жеке сәйкестендіру нөмірі Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) Оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы Ауру диагнозы Босатылды бастап кк/аа/жж кк/аа/жж аралығында Босатылуы ұзартылды: бастап кк/аа/жжкк/аа/жж аралығында Анықтаманы берген дәрігердің тегі, идентификаторы</p>	<p>«Анықтама № _____ студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы» № 037/е нысаны (керегінің астын сызыңыз) Берілген күні Студентке, оқушыға, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балаға (керегінің астын сызыңыз) Оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы Жеке сәйкестендіру нөмірі Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) Туған күні (жылы, айы, 1 жасқа дейінгі балалар үшін - күні) Ауру диагнозы (келмеуінің басқа себептері) Жұқпалы аурумен ауырған пациенттермен жанасуы (жоқ, иә, қандай пациенттермен) керекті астын сызыңыз, жазыңыз сабақтан, мектепке дейінгі балалар ұйымына барудан босатылды кк/аа/жж бастап кк/аа/жж аралығында Медициналық ұйымның идентификаторы Емхана дәрігерінің идентификаторы</p>
<p>Анықтаманың бақылау талоны № _____ Берілді Жеке сәйкестендіру нөмірі Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) Туған күні Қызмет, жұмыс орны Ауру диагнозы (босату басқа себептері) Босатылды бастап кк/аа/жж кк/аа/жж аралығында</p>	<p>«Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы № _____ анықтама» № 038/е нысаны Босату себептері: 1. инвазиялық әдіс өткізу, 2. ортопедиялық протезді стационарлық жағдайда өткізу, 3. санаторийлік-курорттық ұйымдарда емді аяқтау, 4. ұлды (қызды) асырап алу, 5. сырқаттанған туысқа күтім жасау бойынша, 6. карантиндық, 7. ауысымның соңына дейін еңбекке жарамсыздық белгілері болған кезде (кәсіпорындардың және ұйымдардың медициналық пунктерінің медицина қызметкерлері береді) (керегінің астын сызыңыз) Берілген күні Жеке сәйкестендіру нөмірі Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) Туған күні Пациенттің мекенжайы: Қызмет, жұмыс орны</p>

<p>Босатылуы ұзартылды: бастап кк /аа/жж кк/аа/жж аралығында</p> <p>Анықтаманы берген дәрігердің тегі, идентификаторы</p> <p>Ескерту:</p> <p>Бақылау талондары берілген анықтамаларды есепке алу үшін қажет.</p>	<p>Кәсібі, лауазымы</p> <p>Ауру диагнозы (босату басқа себептері)</p> <p>Жұқпалы аурумен ауырған пациенттермен жанасуы (жоқ, иә, қандай пациенттермен) астын сызыңыз, жазыңыз</p> <p>Жұмыстан босатылуы</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">қай күннен бастап</th> <th style="width: 15%;">қай күн аралығында</th> <th style="width: 25%;">дәрігердің лауазымы мен тегі</th> <th style="width: 15%;">дәрігердің қолы</th> <th style="width: 30%;">ДКК төрағасының қолы</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Жұмысқа кірісуі кк/аа/жж бастап</p> <p>Ұйымның идентификаторы</p>	қай күннен бастап	қай күн аралығында	дәрігердің лауазымы мен тегі	дәрігердің қолы	ДКК төрағасының қолы					
қай күннен бастап	қай күн аралығында	дәрігердің лауазымы мен тегі	дәрігердің қолы	ДКК төрағасының қолы							

«Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы» № 039/е нысаны
№ _____

20__ жылғы «__» _____

Сот-психиатриялық сараптамаға жататын адам

_____ аты, тегі, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні _____

бап бойынша айыпталушының _____

_____ немесе

мәселені шешуге қатысты куә, жәбірленуші, жауапкер адамның, адамның әрекетке қабілеттілігін анықтау

(керекті астын сызыңыз) _____

Бастапқы, қайталанған, қосымша сараптама; соңғы екі жағдайда сараптама, сарапшылардың қорытындылары қашан, кім жүргізгендігі көрсетіледі

Сарапшылардың алдына қойылған мәселелер:

1. _____

2. _____

3. _____

Сот-психиатриялық куәландыруды мынадай құрамдағы сот-психиатриялық комиссия жүргізеді:

Төраға _____

Комиссия мүшелері _____

Баяндамашы дәрігер _____

Қазақстан Республикасының Қылмыстық кодексінің 352-бабы бойынша сарапшылар жалған қорытынды бергендігі немесе одан бас тартқандығы үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылатыны туралы ескертілді. Сараптама кезінде шешілетін мәселелер мен «Қорытындының» басқа да бөлімдері келесі _____ беттерде жазылады.

**«Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы» № 040/е
нысаны
№ _____**

Сыналушы _____

Туған күні: _____ бабы бойынша сотталған _____

Мерзімі _____

Жазалану мерзімінің басталуы _____

Сотталған адамды психиатриялық куәландыруды құрамы мынадай сот-психиатриялық комиссиясы стационарлық, амбулаториялық (керекті астын сызыңыз) жағдайда өткізді:

Төраға _____

Комиссия мүшелері _____

Баяндаушы дәрігер _____

Қаулы негізінде _____ 20__ жылғы _____ күні _____

Төменде көрсетілген сарапшының құқығы мен міндеті _____

ҚК _____

қорытынды шығарудан бас тартуы немесе біле тұра жалған қорытынды шығарғаны үшін жүктелетін жауапкершілік туралы. _____ ҚК
_____ бабы бойынша сарапшыларға ескертілді
«Қорытындының» қалған бөлімдері келесі _____ беттерде жазылады.

Бұрынғы өмірі туралы деректер (құқық бұзу кезеңін қоса), сырқатының дамуы, егер ондай болса; физикалық, неврологиялық, психикалық жағдайлары және зертханалық зерттеулер деректерін жазу; диагнозы мен сарапшылық ұйғарым қорытынды бөлімде негізделеді және көрсетіледі.

**«Медициналық туу туралы куәлік № ___ (тіркелетін ұйымдарда ұсынуға беріледі)»
№ 041/е нысаны**

Беру күні 20 ___ жылғы « ___ » _____

1 ЖСН

2 Анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (жеке басын куәландыратын құжаттарға сәйкес, олар болмаған кезде – деректер анасының сөздері бойынша толтырылады)

3 Мекенжайы (анасының тұрақты тұру орны)

4 Анасының туған күні

5 Анасының ұлты

6 Анасының отбасылық жағдайы

7 Анасының білімі

8 Босану күні мен уақыты

9 Босану орны

10 Баланың жынысы

10-1. Сәби дүниеге келді: бір ұрықтан туғанда - 1, егіздердің біріншісі - 2, егіздердің екіншісі - 3, басқа бірнеше рет босану - 4

10-2. Сәби дүниеге келді: уақытында туған - 1, шала туған - 2, мерзімі өтіп туған - 3

10-3. Сәбидің туылған кездегі салмағы мен бойы

10-4. Анасының нешінші туылған баласы (тірі туылу кезегі)

11. Дәрігердің (орта медицина қызметкерінің) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Медициналық ұйымның немесе жеке медициналық практикамен
айналысатын жеке тұлғаның идентификаторы _____

Ата-анасына анықтама үшін:

Қазақстан Республикасының «Неке (ерлі-зайыптылық) және отбасы
туралы» Кодексінің 189-бабына сәйкес баланың туу туралы куәлігі бала туылған
күнінен бастап екі айдан кешіктірілмей тіркеу органдарына тапсырылады.

«Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың
қорытындысы № _____ » № 042/е нысаны

20 __ жылғы « __ » _____

_____ аты, тегі, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні _____ ЖСН _____

20 __ жылғы « __ » _____ соттың анықтамасына сәйкес

_____ бабы бойынша айыпталған

_____ жылдан « __ » _____ бастап осы мекемеде мәжбүрлеп емделуде

Психиатриялық куәландыруды мынадай құрамдағы дәрігерлік комиссия
жүргізді:

Төраға _____

комиссия мүшелері _____

«Қорытындының» қалған бөлімдері келесі _____ парақтарда
жазылады.

**«Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы
тіркеу журналы»
№ 043/е нысаны**

20__ ЖЫЛҒЫ «__» _____ басталды 20__ ЖЫЛҒЫ «__» _____ аяқталды

Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық.

Әрбір сот-психиатриялық сараптама

комиссиясындағы арнайы бөлінген адам жүргізеді.

Парақтары нөмірленген журнал байланған, базасында сот-психиатриялық сараптама жүргізу ұйымдастырылған ұйымның мөрімен мөрленген және комиссия төрағасының қолы қойылған болуы тиіс.

Пайдалану аяқталғаннан кейін архивке беріледі.

Р /с №	Түскен күні	Аты, тегі, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	ЖСН	Жынысы	Туған күні (жылы, айы, күні)	Сараптама жүргізу туралы қаулыны кім, қашан, қай тілде шығарды	Сот-психиатриялық сараптамаға (тергеудегі, сотталған, азаматтық істер бойынша) жататын адамдарды сипаттау	ҚР ҚК баптары (ҚР АҚ)	Бұл іс бойынша бірінші, қайталанған, қосымша сараптама	Комиссия күні	СПСК Т.А.Ә. (бар болған жағдайда): Төраға, мүшелері баяндамашы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Актінің №	Диагнозы	Қорытынды (қай тілде)	Ұсынылған медициналық шаралар	Сот-психиатриялық сараптамаға жататын адам қайда жіберілді	Стационардан шыққан күні	Сараптама жүргізудің жалпы мерзімі (АСПСК, ССПСК)	Істер мен қорытындыларды беру күні	Істер мен қорытындыларды алушының аты, тегі, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
13	14	15	16	17	18	19	20	21

**«Медициналық қызметтерді көрсету ақауларын есепке алу картасы (мқәе)»
№ 044/е нысаны**

1. Картаның тіркеу нөмірі	КТН
---------------------------	-----

2. Карта:

– бірінші рет

– екінші рет

3. Тегі _____ аты _____

әкесінің аты (бар болған жағдайда)

4. ЖСН _____

5. Ұлты _____

6. Туған күні / _____ / _____ / _____ /

кк/аа/ жжжж

7. Жасы _____

толық жасы

8. Тұрғылықты жері _____

елі, облысы, әкімшілік ауданы елді мекен, көше, үй, пәтер

9. Медициналық қызметтерді көрсетуде ақаулар жіберген
медициналық ұйымдар

10. Жолдаған ұйымның диагнозы АХЖ-10 коды

11. Қорытынды диагноз АХЖ-10 коды

а) негізгі:

б) қосарласқан:

с) асқынулар:

Медициналық көмек сапасын сараптамалық бағалау

I. МҚАЕ амбулаториялық көмек көрсету деңгейінде (керекті астын сызыңыз)

- 0 – белгісіз;
- 1 – бақыланбаған;
- 2 – ақаулар табылмады;
- 3 – динамикалық бақылаудың жоқтығы;
- 4 – зерттеп-қарау кемшіліктері:
 - 4.1 – зерттеп-қаралмаған,
 - 4.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау толық емес,
 - 4.3 – бейінді мамандардың консультациялық көмегінің жеткіліксіздігі;
- 5 – шағымдар мен анамнездердің сипаттамасы:
 - 5.1 – толық,
 - 5.2 – толық емес,
 - 5.3 – диагнозға сәйкес келмейді,
 - 5.4 – анамнез көрсетілмеген,
 - 5.5 – анамнез толық ашылмаған;
- 6 – пациент жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау;
- 7 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін толық есепке алмау немесе асыра бағалау;
- 8 – адекваттік емес терапия:
 - 8.1 – емдеу жүргізілмеген,
 - 8.2 – толық көлемде жүргізілмеген,
 - 8.3 – көрсетілімдерсіз тағайындау;
- 9 – емдеуге жатқызудың болмауы:
 - 9.1 – ұсынылған,
 - 9.2 – ұсынылмаған;
- 10 – кешіктіріп емдеуге жатқызу;

11 – созылмалы нысанды ауруы бар пациенттарды диспансерлеудің сапасы мен жүйелілігі:

11.1 – стандарттар сақталған,

11.2 – стандарттар сақталмаған,

11.3 – диспансерлеу жасалмаған;

12 – емдеу нәтижесі:

12.1 – өлім жағдайы алдын-алуға болатын,

12.2 – нәтижесі «нашарлау» сараптамалық бағалау,

12.3 – нәтижесі «өзгеріссіз» сараптамалық бағалау,

12.4 – амбулаториялық-емханалық деңгейде емдеудің тиімсіздігі салдарынан стационарға емдеуге жатқызу;

13 – ұсынымның болуы:

13.1 – жоқ,

13.2 – толық емес,

13.3 – толық.

II. МҚАЕ стационар деңгейінде (керекті астын сызыңыз)

0 – стационарға емдеуге жатқызуға дейін тасымалдаудың бұзылуы;

1 – ақаулар анықталмаған;

2 – ауруханаға жатқызу ақаулары:

2.1 – емдеуге жатқызудан негізделмеген бас тарту,

2.2 – көрсетілген медициналық қызметтердің сапасына шағымдар,

2.3 – ТМҚКК-ге кіретін медициналық көмекті көрсету кезінде пациенттан дәрі-дәрмектер мен қаржы қаражатын тарту,

2.4 – өлім жағдайы алдын-алуға болатын,

2.5 – емдеу нәтижесінде туындаған асқыну жағдайлары,

2.6 – аурудың «нашарлау» нәтижесі болған жағдайлар сараптамалық бағалау,

2.7 – аурудың «өзгеріссіз» нәтижесі болған жағдайлар сараптамалық бағалау,

2.8 – жолданған және клиникалық диагноздардың сәйкессіздікжағдайлары,

2.9 – клиникалық және морфологиялық диагноздардың сәйкессіздікжағдайлары;

3 – алдыңғы емдеуге жатқызу кезінде стационардан мерзіміненбұрын шығару;

4 – шағым мен анамнездер сипаттамасы:

4.1 – толық емес,

4.2 – диагнозға сәйкес келмейді,

4.3 – анамнез көрсетілмеген,

4.4 – анамнез толық ашылмаған;

5 – диагностиканың жеткіліксіздігі:

5.1 – толық емес,

5.2 – уақтылы емес,

5.3 – жағдайдын ауырлығын дұрыс бағаламау,

5.4 – динамикалық бақылаудың жоқтығы;

6 – диагноздағы қателіктер:

6.1 – толық диагноз барлық диагноздаркөрсетілген: негізгі, қосарласқан, асқынулар,

6.2 – диагнозы толық емес,

6.3 – диагнозы белгіленбеген;

7 – стационарда пациенттің қысқа мерзімде болуы 3 тәуліктен аз;

8 – зерттеп-қарау кемшіліктері:

8.1 – анамнездік және клиникалық деректерді дұрыс есепке алмау,

8.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау,

8.3 - жоғары білікті мамандардың консультациялық көмегініңжетіспеушілігі

8.4 - консультанттар қорытындысын дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау,

8.5 - айғақтарсыз зерттеп-қарауды тағайындау,

8.6 - дәрігерлер консилиумы айғақтар бойынша:

8.6.1 - толық және уақтылы жасалған,

8.6.2 – жасалмаған;

9 – адекваттік емес терапия:

9.1 - толық көлемде жүргізілмеген,

9.2 - көрсетілімдерсіз тағайындау;

10 - бейінді мамандардың қатысуынсыз көмек көрсетілген (көрсетілімдер бойынша);

11 - шұғыл араласуды жүргізудегі кемшіліктер:

11.1 - кешіктірілген шұғыл араласулар,

11.2 - шұғыл араласудың барабар емес көлемі мен әдісі,

11.3 - операция кезіндегі техникалық ақаулар,

11.4 - тиісті көрсетілімдерсіз операциялар,

11.5 – дұрыс емес анестезия,

11.6 – ықтимал асқынулар профилактикасының болмауы,

11.7 - трансфузиялық заттардың болмауы;

12 - шағым мен анамнездердің сипаттамасы:

12.1 – толық,

12.2 – толық емес,

12.3 - диагнозына сәйкес емес,

12.4 - анамнезі көрсетілмеген,

12.5 - анамнезі толық ашылмаған;

13 - емдеу нәтижелері:

13.1 - өлімнің алдын алуға болатын,

13.2 - нәтижесі «нашарлау» сараптамалық бағалау,

13.3 - нәтижесі «өзгеріссіз» сараптамалық бағалау;

14 - ұсынымдардың болуы:

14.1 – жоқ,

14.2 – толық емес,

14.3 – толық.

III. Патологологиялы-анатомиялық зерттеулердің және/немесе сот-медицинасы сараптамаларының нәтижелері

1. Патологологиялық-анатомиялық ашу немесе сот-медициналық сараптама нәтижесі									Операциялық және биопсиялық материалдарды зерттеу
Патологиялық-анатомиялық немесе сот- медициналық диагноз/АХЖ-10 коды	Клиникалық және патолого-анатомиялық, сот-медициналық диагноздардың ұқсастығы	Клиникалық және патологоанатомиялық (сот-медициналық) диагноздардың айырмашылықтары			Ятрогения				
		I санат	II санат	III санат	I санат	II санат	III санат	Клиникалық диагноз	Гистологиялық қорытынды
а. негізгі									
в. қосарласқан									
с. асқыну									

IV. Пациенттің тәртіп бұзушылығы (керекті астын сызыңыз):

0 - ескертулер жоқ;

1 - дәрігердің бақылауы тұрақты емес;

2 - дәрігерлердің ұсынымын орындау:

2.1 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындау,

2.2 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындамау,

2.3 - дәрігерлердің ұсынымын орындамау;

3 - криминалдық араласу;

4 - ұсынылған амбулаториялық емделуден бас тарту;

5 - емдеуге жатқызудан бас тарту;

6 - медициналық көмекке жүгінуді кешіктіру;

7 - стационардан өз еркімен кету.

V. МҚАЕ алдын алуға болатын факторлар (керекті астын сызыңыз)

1 - пациентты уақтылы емдеуге жатқызу;

2 - әлеуметтік саламаттылық;

3 - патологиялық жағдайды ерте диагностикалау;

4 - зерттеудің қосымша әдістері УДЗ, рентгенодиагностика және т.б.
зерттеулер;

5 - клиникалық және зертханалық деректерді,
консультанттар қорытындыларын дұрыс түсіндіру;

6 - уақтылы адекваттік емдеу оның ішінде оперативтік;

7 - мамандардың біліктілігі.

VI. Қосымша мәлімет (керекті астын сызыңыз)

0 - деректер жоқ;

1 - ятрогендік себептер:

1.1 – бар, 1.2 – жоқ _____

VII. Өлімінің алдын алу (керекті астын сызыңыз)

1 – алдын алуға болатын;

2 – шартты алдын алуға болатын;

3 – алдын алу мүмкін емес.

Қартаны толтыру күні «__» _____ 20 __ жыл

Оператордың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

Қартаның енгізілген күні «__» _____ 20 __ жыл

АХЖ-10 коды – аурудың халықаралық жіктемесінің X қайта қаралымы
бойынша коды

ТМККК – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі

УДЗ – ультрадыбыстық зерттеу

«Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік» № 045/е нысаны

Берілген күні 20__ жыл «__» _____ № _____

(алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктінің орнына сериялары
№ _____)

1. Қайтыс болғанның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (жеке басты куәландыратын құжаттарға сәйкес)

2. ЖСН _____

3. Жынысы: ер-1, әйел-2 (сызу қажет)

4. Туған уақыты: _____ күні _____ айы _____ жылы

5. Қайтыс болған уақыты: _____ күні _____ айы _____ жылы

1 жасқа дейінгі балалар үшін: айы-күні жеткен, айы-күні жетпеген
туған кездегі салмағы: грамм, бойы см, өмір сүрген айы және күні,
анасының баласы, анасының жасы

Тірі туу өлшемдері (тынысы, жүректің соғуы, кіндікбау тамырының соғуы,
бұлшықеттердің еркін қимылы)

6. Қайтыс болған адамның тұрақты мекенжайы

7. Қайтыс болған жері

8. Қайтыс болды: (стационарда, үйде, басқа жерде, жаракаттардан, улану
жағдайларынан және сыртқы себептерден: оқиға болған жерден, тасымалдаудан
қайтыс болған кезде)

9. Ұлты

10. Отбасы жағдайы

11. Білімі

12. Жұмыс орны және лауазымы

13. Қайтыс болу себебі

14. Жазатайым оқиғадан қайтыс болған кезде: улану немесе жаракаттану:

а) жарақаттану (улану) уақыты

б) өндірістен тыс жазатайым оқиға жағдайдағы жарақат түрі

в) жарақаттанған немесе уланған кездегі орын және жағдай

9. Қайтыс болу себебі	АХЖ-10 коды					(аурудың) күні	
						ба-ста-луы	аяқ-та-луы
1) а) _____ (тікелей өлімге әкелген ауру немесе жағдай)							
б) _____ (тікелей себептердің туындауына әкеп соқтырған патологиялық жағдайлар)							
в) өлімнің алғашқы себебі соңынан көрсетіледі							
г) жарақаттану және улану кезіндегі сыртқы себептер							

2) Өлімге себепші болатын, бірақ аурумен немесе патологиялық жағдаймен байланысты емес оған әкелетін басқа да маңызды жағдайлар

Әйел қайтыс болған кезде:

10. Соңғы жүктіліктің уақыты

11. Соңғы жүктіліктің нәтижесі

12. Куәлікті берген медициналық ұйымның атауы, оның мекенжайы

13. Куәлік берген медицина қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), лауазымы

14. Куәлікті алған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

15. Қайтыс болу себебін анықтаған: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), сәйкестендіру

17. Қайтыс болу себебі	АХЖ-10 коды/ ды/					Күні (ауру)		
						Баста-луы	Аяқта-луы	
1) а) тікелей өлімге әкелген ауру немесе жағдай)								
б) тікелей себептердің туындауына әкеп соқтырған патологиялық жағдайлар _____ _____ _____ _____								
в) өлімнің алғашқы себебі соңынан көрсетіледі								

г) жарақаттану және улану кезіндегі сыртқы себептер

2) Өлімге себепші болатын, бірақ аурумен немесе патологиялық жағдаймен байланысты емес оған әкелетін басқа да маңызды жағдайлар

18. Ана өлімі болған жағдайда:

18.1 жүктілік кезінде қайтыс болды (жүктіліктің мерзімі мен оқшаулануына қарамастан);

18.2 босану (аборт) кезінде

18.3 босанғаннан (аборт) кейінгі 42 күннің ішінде

18.4 жүктілік аяқталғаннан, босанғаннан кейінгі 43-365 күннің ішінде

19. Қосымша деректер

20. Куәлікті берген денсаулық сақтау ұйымының атауы, оның мекенжайы

21. Куәлік берген медицина қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), сәйкестендіргіш, лауазымы

Медициналық ұйымының сәйкестендіргіші

Куәлік берген медицина қызметкерінің немесе жеке медициналық практикамен айналысатын жеке тұлғаның идентификаторы

Ескертпе:

Медициналық өлім туралы анықтаманы тек ақпараттық жүйеде жасаңыз және басып шығарыңыз. Қайтыс болған 1 жастағы бала үшін анасының қатысымен толтырылады

«Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік» № 046/е нысаны

№ _____

(алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктінің орнына № _____)

Берілген күні

1 - өлі туған	2 - туғаннан соң 1-аптадан кейін қайтыс болды
Шифрдың орны/ 1 2	1. Қайтыс болған (өлі туған) баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) _____ _____ 2. Жынысы: 1 - ер, 2 - әйел, анықталмаған – 3 (сызу қажет)

- 3 3. Туған (өлі туған) күні мен уақыты:
4 _____ мин, _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы
- 5 4. Қайтыс болған күні:
6 _____ мин, _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы
- 7 5. Қайтыс болған (өлі туған) жері:
8 а) _____ республикасы,
9 _____ облысы/респ. маңызы бар қала
10 _____ ауданы/облыст. маңызы бар қала/ респ.
11 маңызы бар қаланың ауданы _____
12 округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала ауданы/
13 аудандық маңызы бар қала әкімшілігі _____
- 12.1 елді мекені _____ (1-қала, 2-ауыл) _____
12.2 көшесі, үйі _____, пәтері _____
- 13 б) өлім (өлі туу):
14 1 - стационарда (жазу қажет) _____,
15 2 – үйде- 2, 3 - басқа жерде болды (жазу қажет):
16 _____
17 _____
- 18 6. Анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
19 _____
20 _____
- 21 7. Анасының туған күні:
22 _____ күні, _____ айы, _____ жылы
- 23 8. Ұлты _____
- 24 9. Отбасы жағдайы: некеге тұрмаған - 1, некеге тұрған - 2,
25 жесір - 3, ажырасқан - 4, белгісіз – 5 Некеде тұрғандар үшін/
26 некені қию күні (күні, айы, жылы _____
27 Жұбайының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
28 _____
29 _____
- 30 (мәліметтер неке туралы куәліктегі жазба негізінде, анасының
31 сөзі негізінде толтырылды – керекті астын сызыңыз)
- 32 10. Қайтыс болған (өлі туған) баланың анасының тұрақты
33 мекенжайы: _____ Республикасы
_____ облысы/респ.маңызы бар қала
_____ ауданы/облысы маңызы бар қала /
респ. маңызы бар қаланың ауданы _____
_____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала ауданы/
аудандық маңызы бар қала әкімшілігі
_____ елді мекені _____
(1-қала, 2-ауыл) _____
көшесі, үйі _____, пәтері _____
11. Анасының білімі: жоқ - 1, бастапқы - 2, басты орта - 3,
жалпы орта - 4, кәсіптік орта - 5, аяқталмаған жоғары -6,
жоғары - 7, белгісіз - 8

12.1. Анасының жұмыс орны (жұмыс істемесе, кімнің
камқорлығында екенін көрсету қажет) _____

12.2. Лауазымы немесе орындалатын жұмыс

13. Жүктіліктің саны бойынша нешіншісі _____

14. Босану саны бойынша нешіншісі _____

15. Оған дейінгі жүктіліктер: тірі баланы туумен 1,

өлі баланы туумен _____ 2,

өз еркімен болған түсікпен 3,

абортпен _____ 4 (қанша екендігін көрсету қажет)

16. Соңғы етеккірдің күні _____

Нақты жүктіліктің мерзімі _____ апта

17. Босандырған: дәрігер-1, акушер-2, фельдшер-3,

басқа адам (сызу қажет)

18. Акушер-дәрігерге (акушерге) келген кездегі жүктіліктің

мерзімі/ 12 апта және одан ерте-1, 13-21 апта-2, 22-27 апта-3,

28 апта және одан асқан мерзім - 4, мүлдем келген жоқ - 5

19. Қайда тіркеуде тұрды: ФАП, ФП, ДА, АУА, ОАА, ӘЖ,

«Неке және отбасы» консультациясында, қалалық перзентханада,

облыстық перзентханада, ПО, жеке клиникада

20. Нақты жүктілік басталғанға дейін аурулар мен асқынулар:

болмаған-1, болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет:

негізгі ауруды бірінші көрсету қажет)

21. Нақты жүктілік барысында аурулар мен асқынулар:

болмаған-1, болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет:

негізгі ауруды бірінші көрсету қажет)

22. Босану асқынулары: болмаған-1, болған-2 (қандай

екендігін көрсету қажет: негізгі асқынуды бірінші көрсету

қажет) _____

23. Босануға жәрдемдесу мақсатында қолданылған

операциялар мен операциялық құралдар: болмаған-1,

болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет)

24. Бала (ұрық) 1-бір ұрықты, 2-егіздердің бірін,

3-егіздердің екіншісін, 4-өзге де көп ұрықты туу кезінде туды/

25. Баланың" (ұрықтың) туған кезіндегі салмағы

_____ жыл/гр.

26. Баланың (ұрықтың) туған кезіндегі бойы

- _____ см.
27. Бала (ұрық) 1 - күні жетіп, 2 - күні жетпей, 3 - күнінен асып туды
- 27-1. Тірі туу өлшемдері: тынысы-1, жүректің соғуы-2, кіндікбау тамырының соғуы-3, бұлшықеттердің еркін қимылы-4/
Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры – 4.
28. Бала (ұрық) 1-өлі, 2-мацерацияланып, 3-тұншығып туды
29. Баланың (ұрықтың) өлуі: 1-босанғанға дейін, 2-босану кезінде, 3-босанғаннан кейін, 4-белгісіз жағдайда болды
30. Баланың (ұрықтың) өлуі, өлі тууы мынадай себептерден болды:
1 - аурудан, 2 - жазатайым оқиғадан, 3 - өлтіруден болды,
4 - анықталған жоқ
- 31 Перинаталдық өлімнің себебі/

а) баланың (ұрықтың) өлуіне себеп болған негізгі ауруы немесе патологиялық жағдайы (тек бір ғана ауруы көрсетіледі) _____ _____	АХЖ-10 коды _____
б) баланың (ұрықтың) өзге де ауруы немесе патологиялық жағдайы _____ _____	_____
в) баланың (ұрықтың) өлуіне себеп болған анасының алғашқы аурулары мен патологиялық жағдайы _____ _____	_____
г) баланың (ұрықтың) өлуіне әсер еткен анасының өзге де аурулары мен жағдайы _____	_____
д) өлімге себеп болған өзге де жағдайлар _____ _____	_____

32. Өлімнің (өлі туудың) себебін:
- а) 1 - өлімді куәландырған дәрігер, 2 - босандырған дәрігер, 3 - баланы емдеген педиатр-дәрігер, 4 - патологоанатом, 5 - сот-медицина сарапшысы, 6 - акушер, 7 – фельдшер/
б) 1 - мәйітті тексеру, 2 - медициналық құжаттамалардағы жазбалардың, 3 - бұрынғы байқаулардың, 4 - ашудың негізінде анықтады
33. а) Куәлік беруші медицина ұйымының атауы:

б) Куәлік беруші медицина қызметкерінің т.а.э. (бар болған жағдайда) қызметі және қолы

Мөр _____ қолы

Денсаулық сақтау ұйымының басшысы _____ Тегі

34. Анасының куәлігінің/төлқұжатының № _____
35. Анасының қолы _____ күні _____
Тіркеу органында толтырылады
36. Куәлік тіркеу органында толтыру дұрыстығына жауапты дәрігермен тексерілді
_____ жыл/г. «__» _____
_____ қолы _____

-----Кесу

СЫЗЫҒЫ-----

Перинаталдық өлім туралы медициналық куәліктің түбіртегі № 046/e
нысанына (алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктіні орнына сериялар №
__) Берілген күні 20 ____ жыл «__» _____

Медицина ұйымдарының атауы

Бала 1-өлі туған, 2 - туғаннан соң 1-аптадан кейін өлді (сызу қажет)

1. Анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

2. Анасының туған күні: _____ күні, _____ айы, _____ жылы

3. Ұлты _____

4. Анасының отбасы жағдайы: некеге тұрмаған - 1, некеге тұрған - 2, жесір -
3, ажырасқан - 4, белгісіз – 5

5. Жұбайының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

6. Қайтыс болған (өлі туған) баланың анасының тұрақты мекенжайы:

_____ Республикасы

_____ облысы/респ. маңызы бар қала _____
ауданы/облыст. маңызы бар қала/ респ. маңызы бар қаланың ауданы

_____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы
бар қала ауданы/ аудандық маңызы бар қала әкімшілігі _____

елді мекені _____ (1-қала, 2-ауыл) _____ көшесі, үйі №
_____, пәтері № _____

7. Анасының жұмыс орны (жұмыс істемесе, кімнің қамқорлығында екенін көрсету қажет)/ _____

Қызметі немесе орындалатын жұмысы _____

8. Анасының білімі: жоқ - 1, бастапқы - 2, басты орта - 3, жалпы орта - 4, кәсіптік орта - 5, аяқталмаған жоғары-6, жоғары - 7, белгісіз – 8

9. Қайтыс болған баланың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

10. Жынысы: 1 - ер, 2 - әйел, 3 - анықталған жоқ

11. Туған, өлі туған күні мен уақыты: _____ мин, _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы

12. Қайтыс болған күні мен уақыты: _____ мин _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы

13. Қайтыс болған (өлі туған) жері:

а) _____ республикасы, _____ облысы/респ. маңызы бар қала _____ ауданы/облыст. маңызы бар қала/ респ. маңызы бар қаланың ауданы _____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала ауданы/ аудандық маңызы бар қала әкімшілігі _____ елді мекені _____ (1-қала, 2-ауыл)

б) өлім (өлі туу): 1 – стационарда _____ 2 - үйде _____, 3 - басқа жерде _____ болды (жазу қажет)

14. Ана туған баланың саны бойынша нешіншісі (тірідей туатын кезектілігі) _____

15. Босану саны бойынша нешіншісі _____, жүктілігі _____

16. Нақты жүктіліктің мерзімі _____ толық апта

17. Оған дейінгі жүктіліктер аяқталды: тірі баланы туумен _____ 1, өлі баланы туумен _____ 2, өз еркімен болған түсікпен _____ 3, медициналық абортпен _____ 4, оның ішінде мед көрсетімдер бойынша-5

18. Оған дейінгі жүктіліктердің соңғысы аяқталды: тірі баланы туумен _____ 1, өлі баланы туумен _____ 2, өз еркімен болған түсікпен _____

3, медициналық абортпен _____ 5, оның ішінде мед. көрсетімдер бойынша - 6 (сызу қажет)

19. Дәрігердің (фельдшердің, акушердің) келу саны

20. Босандырған: дәрігер-1, акушер-2, фельдшер-3, басқа адам (сызу қажет)

21. Босану асқынулары:

Босану кезіндегі гипертермия	01
Плацентаның алда жатуы	02
Плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі	03
Босануды жігерлендірудің сәтсіз	04
Қарқынды босану	05
Ұрықтың алда жатуы немесе дұрыс жатпау салдарынан босанудың қиындай түсуі	06
Босанудан болған гипертензия	07
Босану кезінде қан кету	08
Ұрықтың күйзелісімен (дистреспен) асқындалған босану және босандыру	09
Кіндіктің патологиялық жағдайымен асқындалған босану және босандыру	10
Басқалар (көрсету қажет)	11
Болмаған	00

22. Босануға жәрдемдесу мақсатында қолданылған операциялар мен операциялық құралдар: болмаған-1, болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет)

23. Бала (ұрық) 1-бір ұрықты, 2- бірінші егіздерді, 3- екінші егіздерді, 4-өзге де көп ұрықты туу кезінде туды

24. Бала (ұрық) 1 - күні жетіп, 2 - күні жетпей, 3 - күннен асып туды

25. Бала (ұрық) 1-өлі, 2-мацерацияланып, 3-тұншығып туды

26. Баланың (ұрықтың) туған кезіндегі салмағы _____ г

27. Баланың (ұрықтың) туған кезіндегі бойы _____ см.

28. Тірі туу өлшемдері: тынысы-1, жүректің соғуы-2, кіндікбау тамырының соғуы-3,

бұлшықеттердің еркін қимылы-4

29. Баланың (ұрықтың) өлуі: 1-босанғанға дейін, 2-босану кезінде, 3-босанғаннан кейін,

4-белгісіз жағдайда болды

30. Баланың (ұрықтың) өлуі, өлі тууы мынадай себептерден болды: 1 - аурудан,

2 - жазатайым оқиғадан, 3 - өлтіруден болды, 4 - анықталған жоқ

31. Апгар шкаласы бойынша баға: 1 минуттан кейін _____ балл /баллов, 5 минуттан кейін _____ балл

32. Нақты жүктілік қаупінің медициналық факторлары		35. Акушерлік емшаралар	
Анемия	01	Амниоцентез	01
Қанайналым жүйесінің урулары	02	Ұрықтың мониторингі	02
Тыныс органдарының аурулары	03	Ұрықты ықпалдандыру	03
Ананың жұқпалы және паразиттік аурулармен ауруы	04	Ультрасонография	04
Кардиоваскулярлік гипертензия	05	Басқалар (көрсету қажет)	0
Бүйрек гиертензиясы	06	Жүргізілмеген	00
Жүктіліктен болған гипертензия	07	36. Жаңа туған кезеңдегі асқынулар:	
Қантты диабет	08	Анемия	01
Бүйрек аурулары	09	Фаталдық алкогольдік синдром	02
Гидрамнион (судың көп болуы)/	10	Тоңып кептелу синдромы	03
Олигогидрамнион	11	30 минутқа дейін кеудені желдету	04
Эклампсия	12	30 минуттан астам кеудені желдету	05
Жүктіліктің ерте кезінде қан кету	13	Басқалар (көрсету қажет)	06
Несеп-жыныс жолдарының жұқпасы	14	Асқынулары жоқ	00
Жүктілік кезінде аз тамақтану	15	37. Туа біткен ауытқулар (даму кемістіктер, деформациялар және хромосомдық бұзушылықтар)	
Генитальдік герпес	16	Анэнцефалия	01
Плацентаның кемістігі	17	Жұлын-мил жарығы	02
Rh-сенсбилизациясы	18	Энцефалоцеле	03
Ірі ұрық	19	Гидроцефалия	04
Ұрықтың гипотрофиясы	20	Жырық таңдай	05
Басқалар (көрсету қажет)	21	Жаппай қоянжырық	06
Болмаған	00	Өнештің атрезиясы	07
33. Жүктілік кезінде тәуекелдің басқа факторлары:		Анустың атрезиясы	08
Темекі шегу	01	Эписпадия	09
Алкогольды пайдалану	02	Қол-аяғы кемістіктерінің жойылуы	10

34. Босанудың асқынуы:		Омфалоцеле	11
Босану кезіндегі гипертермия	01	Даун синдромы	12
Пацентаның алда жатуы	02	Басқалар (көрсету қажет)	13
Плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі	03	Болмаған	00
Қарқынды босану	04	38. Әлеуметтік факторлар Анасы байқауға алынды:	
Ұрықтың алда жатуы немесе дұрыс жатпау салдарынан босанудың қиындай түсуі	05	Жүктіліктің бірінші жартысында	01
Босану кезінде қан кету	06	Жүктіліктің екінші жартысында	02
Ұрықтың күйзелісімен (дистреспен) асқынған босану және босандыру	07	Кеш келу себептері:	
Кіндік патологиясының жағдайы мен асқынған босану және босандыру	08	-медициналық қызметтер үшін ақы төлеу	02.1
Басқалар (көрсету қажет)	09	-жұмыстың жоқтығы	02.2
Болмаған	00	-мекенжайға тіркелудің	02.3
		-білмеу себебінен	02.4
		-басқа себептермен	02.5
		Дәрігердің байқалуында болмаған	03
		39. Босандыру әдістері:	
		Табиғи босандыру	01
		Операциялық босандыру (кесар тілігі, вакуум-экстракциялар, акушерлік қысқыштар салу)	02

40. Перинаталдық өлімнің себебі:

а) баланың (ұрықтың) өлуіне қайтыс болуына болған негізгі ауруы немесе жағдайы (тек бір ғана ауруы көрсетіледі)	АХЖ-10 коды/ (аурудың күні/ басталуы/ аяқталуы)

б) баланың (ұрықтың) өзге де ауруы немесе жағдайлары	

в) баланың (ұрықтың) қайтыс болуына себеп болған анасының алғашқы ауруы немесе жағдайы (бала жолдасы)	

г) баланың (ұрықтың) өлуіне әсер еткен анасының өзге де аурулары немесе жағдайы (бала жолдасы)	

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда):

Туу туралы актінің жазбасы: 20 ____ ЖЫЛҒЫ ____ № ____

Қайтыс болу туралы актінің жазбасы: 20 ____ ЖЫЛҒЫ ____ № ____
тіркеу органдарының атауы

20 ____ ж ____ Тіркеу органының қызметкерінің қолы

«Оңалту картасы» № 047/е нысаны

1 бөлім

Жалпы бөлім

1. ЖСН

2. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

3. Туған күні

4. ЖЫНЫСЫ



ер



әйел

5. Жасы

6. ҰЛТЫ

7. Тұрғын



қала



ауыл

8. Тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Кәсібі Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Мүгедектік тобы

12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Пациент жіберілді

15. Емдеуге жатқызу түрі Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған емдеуге
жатқызу коды

Қабылдау бөлімшесі дәрігерінің жазбасы

Ағымдағы емдеуге жатқызу туралы ақпарат:

16. Осы ауруы салдарынан осы жылда жатқызылуы

17. Жолдаған ұйымның диагнозы (шкалалары бойынша оңалту
потенциалын көрсету қажет)

Денсаулығым туралы ақпаратты мыналарға хабарлауға рұқсат етемін:

туысының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Кім болады	Телефон
---------------------------------------	------------	---------

Емдеуге жатқызу кезінде қабылдау бөліміндегі дәрігердің бастапқы қарап-
тексеруі:

1. Қарау күні мен уақыты

2. Ауру анамнезі

3. Өмір анамнезі

4. Шағымы

5. Аллергиялық сыртартпа

6. инфекциялық аурулармен ауыруы

Туберкулез

иә

жоқ

Тері-қан

иә

жоқ

Гепатит

иә

жоқ басқа

Вирусты гепатит

иә

жоқ

Қызылша, қызамық

иә

жоқ

Желшешек

иә

жоқ

эпидемиялық паротит

иә

жоқ

Соңғы 35 күнде инфекциялық пациенттермен қатынаста болмаған

7. Аса қауіпті инфекциялардың және ЖРВИ бергілері

иә

жоқ

Егер иә болса, пациент изоляторға орналастырылды ма

иә

жоқ

8. Тасымалдау түрлері

Тексеруді өткізген: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

Объективтік статустың ақпараты (қабылдау бөлімі)

1. Қарау күні мен уақыты

2. Объективтік статусы (1 қосымша парағы)

3. Түскен кезіндегі зертханалық-аспаптық зерттеулердің деректері

Алдын-ала диагноз қою (қабылдау бөлімі)

4. Алдын ала қойылған диагноз

5. Түскен кездегі диагнозы

6. Халықаралық шкалалар бойынша қозғалу белсенділігін бағалауды
көрсетіңіз

7. Оңалту бағдарының шкаласын анықтау

8. Пациентты іріктеу (қабылдау бөлімі)

Қабылдау бөлімінде пациентты қысқаша қарау

1. Басымдығын бағалау (триаж-жүйесі орнына)

2. Ауруханаға жатқызудың негізділігіне сай пациенттің жалпы жағдайын өлшемдерге сәйкес бағалау:

Инфекциялық патология немесе жоғары инфекциялық қауіпті белгілеу	Тері жабынында бөртпе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		жоқ	иә
	Дене қызуы көтерілуі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		жоқ	иә
	Мұрыннан ағу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		жоқ	иә
	жөтел	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		жоқ	иә
	Тамақ ауруы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		жоқ	иә
	Құсу	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		жоқ	иә
	Іш өту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	жоқ	иә	
Метеоризм	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	жоқ	иә	
Уретралді катетер	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	жоқ	иә	
Сүңгімен тамақтандыру	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	жоқ	иә	
Калостома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	жоқ	иә	
Жауыр жара	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	жоқ	иә	
Трахеостома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	жоқ	иә	
Дисфагия болуы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	жоқ	иә	
Соңғы 6 ай ішінде (жолға толтыру)	Сіреспе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		жоқ	иә
	Жарақаттанушылық	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		жоқ	иә
	Ота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		жоқ	иә
	Басқа:		

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	жоқ	иә
Сіреспеге қарсы дәрі-дәрмек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	жоқ	иә
Мінез-құлығы, әлсіз көз контакті, стереотипия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	жоқ	иә
Аллергиялық сыртартпа (егер жауап иә болса, неге екенін көрсету керек, жанама әсері)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	жоқ	иә
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	жоқ	иә

3. Емханаға жатқызу, немесе жатқызбау, немесе басқа емханаға ауыстыру туралы шешімді негіздеу

4. «Центильді коридор» бойынша бастапқы оңалту болжамы мен әлеуетін бағалау

Ауруханаға жатқызу:

көрсетілген

көрсетілмеген

Қабылдау бөлімінің дәрігерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) және ID

Пациенттің бастапқы мейіргердің қарап-тексеруі (бейінді бөлімшеге түскеннен кейін алғашқы 24 сағатта толтырылады):

1. Жалпы ақпарат (жатқызылу түрі, араласатын тілі, ұйымдастырушылығы)
2. Пациенттің нұсқаулығы (өзінің дәрі-дәрмегі, ұйқы режимі, экономикалық бағалау, тамақтану режимі)
3. Пациентты қарау (функционалды скрининг, Нортон шкаласы бойынша терісін бағалау, Морзе шкаласы бойынша құлау қаупін бағалау (медициналық қызметкерлердің қалауы бойынша))

4. Пациентқа сауалнама (отбасындағы зорлық-зомбылықты бағалау, пациентты/отбасын оқыту қажеттілігі, мәдени әртүрлілікті)

Пациенттің біріншілікті мейірбикелік қарауын өткізді: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

2 бөлім

Емдеуші дәрігердің алғашқы тексеріп-қарауы

1. Қарау күні мен уақыты
2. Шағымдар
3. Объективтік статусы (1-қосымша парағы)
4. Ауру анамнезі
5. Өмір анамнезі
6. Тектілік
7. Дәрі-дәрмектерді қабылдауы наименование, когда и причины приема.
8. Алдын-ала қойылған диагнозды негіздеу
9. Медициналық оңалту жоспары
10. Тексеруді өткізген: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

	Оңалту картасына
	1-қосымша парақ

Пациенттің объективті статусы

1. Күні мен уақыты
2. Бойы (емханаға түскен кезде және МҰ қажеттілігіне байланысты);
3. Салмағы (емханаға түскен кезде және МҰ қажеттілігіне байланысты);
4. ЖЖЖ
5. ЧСС,
6. АҚ;
7. Температура;
8. Ішілген сұйықтық көлемі (МҰ қажеттілігіне байланысты);
9. Несеп пен нәжістің болуы/болмауы (МҰ қажеттілігіне байланысты);
10. Топтық бағалау парағы;

11. Оңалту әлеуетін бағалау парағы:

- А. Анатомиялық шектеу (қимылдық, сенсорлық);
- Ә. Танымдық және сөйлеу бұзушылықтары (сөйлеу бұзылуы, когнитивтік бұзылу деңгейі, коммуникация);
- Б. Әлеуметтік бейімдеу бойынша көрсеткіштер шкаласы (тәуелділік шкаласы/дәрежесі).

11. Халықаралық шкалалар бойында қимыл-қозғалысын бағалау:

- Gross Motor Function Measure (GMFM) (медициналық қызметкерлердің қалауы бойынша);
- Өзін-өзі қамқорлық пен бейімделу дағдыларын бағалау (түрлендірілген Бартел шкаласы) (медициналық қызметкерлердің қалауы бойынша);
- FIM функционалдық тәуелсіздік шкаласы (қозғалтқыш функциясы) (медициналық қызметкерлердің қалауы бойынша)
- Когнитивті функциялары.

Оңалту картасына
2-қосымша парақ

Күнделік

1. Күні мен уақыты
2. Пациенттің объективті статусы;
3. Шағымдары;
4. ЕДШ;
5. Физиотерапия;
6. Еңбек терапиясы
7. Тексеруді өткізген: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

Оңалту картасына
3- қосымша парақ

Хабардар етілген пациенттің ерікті түрдегі келісімі

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 134-бабының 3-тармағына сәйкес (медициналық көмек пациенттің ауызша немесе жазбаша түрдегі келісімін алғаннан кейін көрсетілуі керек)

ЖСН

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (толық)

Туған күні

МҰ бола отыра (МҰ атауы)

Медициналық араласудың келесі түрлерін өткізуге ерікті түрде келісімімді беремін:

1) Маған қан және оның компоненттерін құюдың мүмкін асқынулары (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

2) Туберкулезді емдеудегі құқықтары мен міндеттері туралы, туберкулезбен ауыратын пациенттің мінез-құлқы бойынша ұсынымдарды сақтау туралы, жағымсыз реакциялардың пайда болуы, жалтарған және/немесе бөлінген жағдайда мәжбүрлеп окшаулау шараларын қолдану туралы (режимді бұзу) түсіндірілді.

3) Мен денсаулығым туралы, емделудің алдыңғы эпизодтары, қатар жүретін аурулар, алдыңғы операциялар, жарақаттар, аллергиялық реакциялар туралы және емдеудің дұрыс тактикасын таңдау үшін қажетті барлық ақпарат бердім.

4) Менде кез-келген сұрақтар қою мүмкіндігі болды, және мен қол жетімді түрде барлық қол жетімді сұрақтарға толық жауап алдым.

Қолы _____ толтырылған уақыты мен күні

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (толық)

Дәрігердің: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Уақыты мен күні

Ескертпе:

Инвазиялық араласулар кезінде пациенттің ерікті түрдегі жазбаша келісімі қайта шақырылуы мүмкін, егер пациенттің өміріне төніп тұрған қауіп болса немесе медициналық қызметкерлер инвазиялық араласуларды бастап кетсе және оны доғару мүмкіндігі болмаса.

Оңалту картасына
4-қосымша парақ

Дәрігерлік тағайындаулар парағы

1. Күні мен уақыты
2. Тәртіп
3. Ем-дәм
4. Дәрілік заттардың, көрсетілетін қызметтердің атауы
5. Тағайындау күні мен қабылдауды доғару күні
6. Дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), идентификаторы

Оңалту картасына
5- қосымша парақ

Диагностардың негіздемесі

1. Күні мен уақыты
2. Объективті статус
3. Шағымдары
4. Қолжетімді зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру
5. Диагноз
6. Дәрігерлік тағайындаулар парағы
7. Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

Оңалту картасына
6- қосымша парақ

Мамандардың консультациясы

1. Күні мен уақыты

2. Консультация түрі

3. Шағымдар:

4. Өмір анамнезі:

5. Ауру анамнезі:

6. Объективті деректер:

7. Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру

8. Диагноз

9. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау

10. Дәрігердің дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

Бар болған жағдайда:

11. Консилиум жазбалары ауруы бойынша келісілген позициялардан зерттеу және емдеу ұстанымынан, ұсыныстардан тұрады. Консилиум мүшесінің ерекше позициясы болған жағдайда, оның пікірі тіркеледі.

Шығару эпикризі

1. Клиникалық диагнозы код наименование

Қойылған күні

2. Емдеудің басқа түрлері

3. Еңбекке жарамсыздық парағын беру туралы белгі

№ бастап дейін

4. Немен аяқталды

Ауыстырылды (МҰ регистрінен)

5. Еңбекке қабілеттілігі

6. Шыққан күні мен уақыты

7. Төсек-күндер өткізілді

8. Сараптамаға түскендер үшін – қорытынды

Бөлімше меңгерушісі Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды

Аутопсия жүргізілді:

иә

жоқ

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды:

Патоморфологиялық диагноз негізгі код наименование

негізгі ауруының асқынуы код наименование

қосалқы код наименование

Дәрігер Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

№ 047/е «Оңалту картасы» нысанының қысқартылымдары:

1	АҚ	Артериялық қысым
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
4	МҰ	Медициналық ұйым
5	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

6	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
7	ЖСЖ	Жүрек соғысының жиілігі
8	ЕДШ	Емдік дене шынықтыру

«Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы» № 048/е нысаны № _____

Жүкті әйелдің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні мен жылы

ЖСН

Есепке алыну күні

Мамандығы

Білімі

Тұрғылықты мекенжайы

Телефоны

Жүкті әйелдің қан тобы

Жүкті әйелдің резус-тиістілігі

Анықтығын күні

Күйеуінің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Күйеуінің ЖСН

Мамандығы

Білімі

Тұрғылықты мекенжайы

Телефоны

Күйеуінің қан тобы және резус-тиістілігі (көрсетілімдер бойынша)

Флюорографиялық тексеру нәтижесі

Егер Сіз бұл құжатты тауып алсаңыз, көрсетілген мекенжай бойынша қайтаруыңызды өтінеміз

Сіздің дәрігеріңіз

Телефоны

Акушер

Участок

Кабинет

Телефоны

Сізге дер кезінде дәрігерге бару және осы ұсыныстарды орындау қажет

Қабылдау:

Қабылдау уақыты

Дүйсенбі

Сәрсенбі

Сейсенбі

Бейсенбі

Жұма

Сенбі

Жолдама бойынша қаралды

Өзі қаралды (қажеттіні сызыңыз)

Құрметті _____ !

Құттықтаймыз!

Сіз – ана болсаыз! Осындай ең қуанышты сәтте – жүктілік пен сәбиді дүниеге әкелу кезінде Сізге қолдау көрсетуге дайынбыз!

Алмасу картасы – жүктілік кезінен босанғанға дейін, босану кезінде және босанғаннан кейін денсаулық жағдайы туралы ақпарат көзі болып табылатын әйелдің жеке медициналық картасы.

Нұсқаулық:

- Алмасу картасының барлық мазмұнын мұқият оқып, қарап шығыңыз
- Өзіңізбен бірге бұл картаны үнемі алып жүріңіз, Сіз қалаған медициналық мекемеге жүгінге аласыз.
- Ақпаратты көрсетілген беттерде өз бетіңізбен толтырыңыз.

Сұрақтар туындаған жағдайда медицина қызметкеріне хабарласыңыз

Анамнез

Әкесі (баланың):

Әкесінің денсаулығы туралы ақпарат

Тектілік

Анасы (баланың):

Тектілік

Ауырған аурулар

Гепатит

Туберкулез

Венерологиялық аурулар

Созылмалы аурулар (бар болса диспансерлік есепте тұра ма, базистік терапияны алады ма)

Жасалған операциялар

Гемотрансфузиялар

Аллергоанамнез

Өкпені рентгенологиялық зерттеу нәтижесі (соңғы тексеру нәтижесі)

Етеккір функциясы

Менархе жастан бастап

Етеккір ұзақтығы

Циклдың ұзақтығы , молқалыптысырек (астын сызу)

Жыныстық қатынасы жастан бастап

Неке: тіркелген;тіркелмеген;тұрмыста емес (астын сызу)

Ескертпе: дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек

Гинекологиялық анамнез

Контрацепция

Гинекологиялық операциялар

Акушерлік анамнез:

Қанша жүктілік болды , оның ішінде:

босанулар

өздігінен түсік

жатырдан тыс жүктілік

медициналық аборт

Бұрынғы жүктілік, босану, босанғаннан кейінгі кезең ағымының ерекшеліктері

Пари-тет	Жы-лы, күні	Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды				Бала тірі, өлі туды, салмағы	Босанудың, бо-санудан кейінгі мерзімнің ерекше-ліктері	Бала-ның жыны-сы
		Абортпен		босанумен				
		жасанды (хирурги-ялық, дәрі-дәрмек-пен)	өздігінен, оның ішінде өлі ұрық жүктілігі	Мерзі-мінен бұрын	Мер-зі-мін-де			

Соңғы етеккірі 20 (жылдан) бастап 20 (жылға) дейін

Жүктілік кенеттен немесе индукцияланған (овуляция стимуляциясы, инсеминация, ЭҚҰ) (астын сызу)

Іштегі баланың бірінші қозғалуы 20 (жылы)

Босанудың болжамды мерзімі 20 (жылы)

Жүкті әйелді бірінші рет қарау

Шағымдары

Объективті деректер

Жалпы жағдайы

Бойы см. Салмағы кг.

ДМИ (дене массасының индексі)

Тері жамылғылары

Аяқтағы варикозды кеңейтілген көктамырлардың болуы

Ісінулер

Сүт бездерінің зерттеу

Тыныс алу ағзаларының жағдайы

Жүрек-қан тамырлары жүйесі

Артериялық қысым

Іші (жұмсақ, аурусыз)

Бауыр, көкбауыр

Қалшылдау симптомты

Басқа ағзалары

Несеп шығару Нәжіс

Акушериялық мәртебе

Жамбас өлшемдері көрсетілімдер бойынша (бойы 150 см қысқа емес және 170 см. жоғары, жамбас жарақаттары, жамбастың және ақ-қолдың туа біткен жарақаттары):

D. Sp. _____ D. cr. _____ D. troch _____ c. ext _____

C. diag _____ C. vera _____

Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі _____ см.

Іш шеңбері (көрсетілімдер бойынша) _____ см.

Ұрықтың орналасуы, позициясы, түрі

Төмен орналасқан бөлігі

Іштегі баланың жүрек қағысы

Жүктілік мерзімі:

Етеккір бойынша

УДЗ бойынша (ерте 13 аптаға 6 күнге дейін)

Гинекологиялық зерттеу:

Сыртқы жыныс ағзалары

Айналарда

Қынап

Жатыр мойыны

Жатыр денесі

Қосалқылар

Ерекшеліктері

Диагнозы:

Ұсынымдар

Дәрігердің қолы күні

Жүктілік кезінде асқынулардың туындау қаупін бағалау

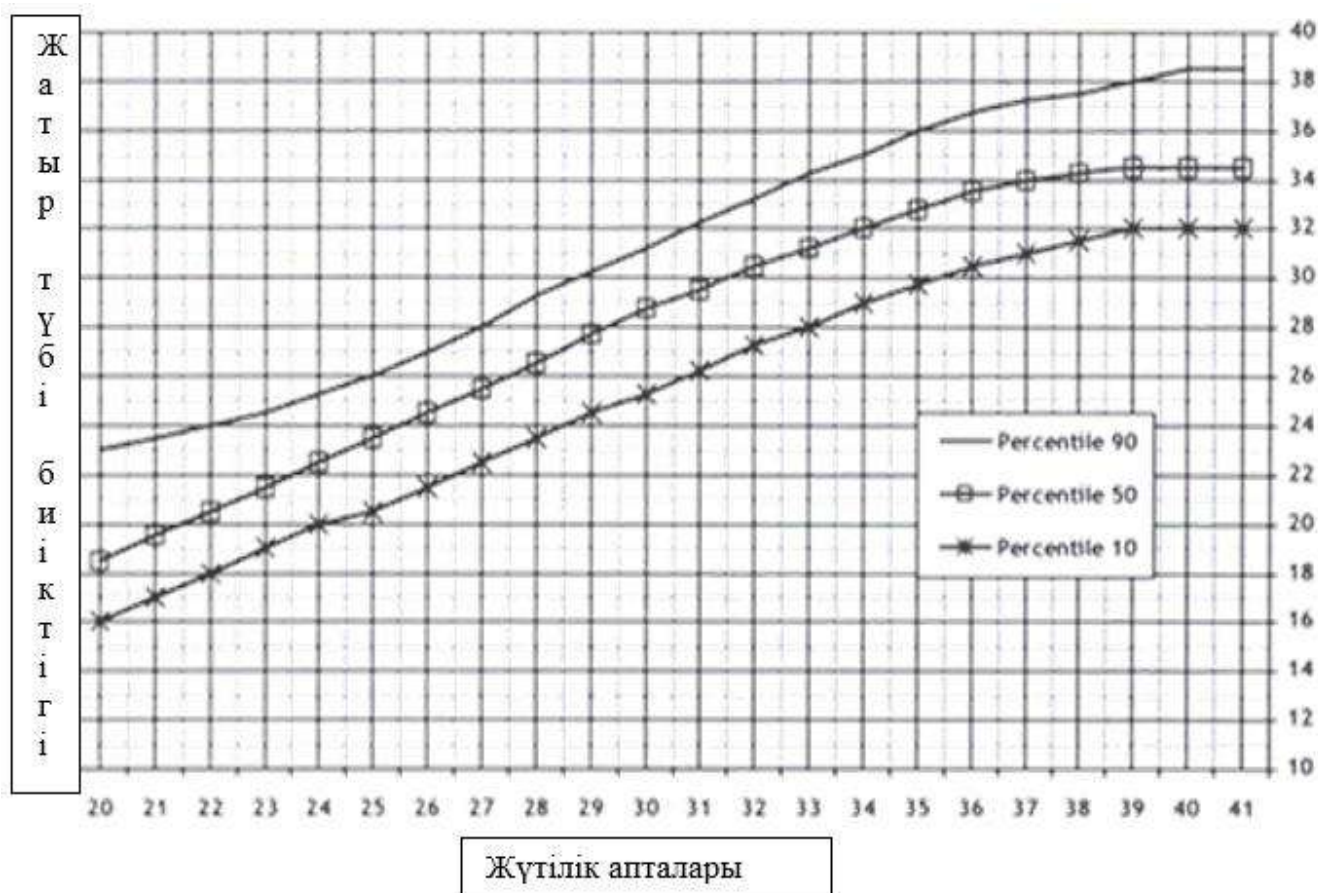
№	Қауіп факторлары	иә	жоқ
1.	Жасы 18 жасқа дейін		
2.	Жасы 35 жастан асқан		
3.	ДМИ 18 төмен		
4.	ДМИ 30 жоғары		
5.	Алдыңғы босанғаннан кейін 2 жылдан кем интервал		
6.	Түсік немесе жасанды түсік тастағаннан кейін 6 айдан кем интервал		
7.	Босанудың жоғары паритеті (4 және одан көп)		
8.	Нақты уақыттағы ЭГП		
9.	Көп ұрықты жүктілік (осы)		
10.	Теріс резус факторы		
11.	ҚРТ кейінгі жүктілік (осы)		
12.	Репродуктивті жүйе органдарында операциялар (ЖАЭ, миомэктомия, жатырдағы тыртық)		

13.	Сыртартпасында ерте босану (ИЦЖ, цервикальды серкляж және басқалар) немесе 3 және одан да көп өздігінен түсік тастау		
14.	Анамнезінде преэклампсия/эклампсия		
15.	Анамнезінде өлі туған (ұрықтың антенатальды немесе интранатальды өлімі)		
Әйел сұрақтардың біріне иә деп жауап берсе	Ықтимал тәуекел	Иә немесе жоқ	
1, 2, 4, 7, 8, 9, 11, 14	Преэклампсия/эклампсия		
1-4	Мерзімінен бұрын босану		
1, 2, 5, 8-11, 15	Ұрықтың антенатальды өлімі		
1-5, 11	ҰҚДК		
1-8, 12	Қан кету		

Қауіп факторларын қайта бағалау (қауіп әрбір бару кезінде анықталады)

№	Қабылдау күні	Қауіп факторы	Ескертпе (босандыру болжанады (МҰ атауы), болжамды босандыру деңгейі)
1	2	3	4

Гравидограмма



Зерттеулер нәтижесі

5. Пренаталдық скрининг

Өткізу кезеңі	Өткізу күні	Жүктілік мерзімі	Тексерілу қорытындылары	Ескертпелер
1 триместр (10-14 апта)				
2 триместр (16-20 апта)				

6. Ультрадыбыстық скрининг

Өткізу кезеңі	Өткізу күні	ХА маркерлері (қолда бар болғанда)	Қорытынды	Ұсыныстар
1 триместр (10-14 апта)		ТВП -ДНК -		
2 триместр (20-22 апта)				
3 триместр (32- 34 апта)				

Консультациялар

Терапевттің бірінші тексеріп-қарауы
Шағымдары
Сықатнама: туды және қалыпты дамыды (иә, егер жоқ – туу кезінде және балалық шақта қандай ауытқулар)
Тұқым қуалаушылық ауыр емес (егер ия болса, қандай аурулар, туыстық дәрежесі)
Бұрын ауырған аурулары: жалпы
Балалар инфекциялары
Гепатиттер
Туберкулез
Венерологиялық аурулар
Басқа инфекциялар
Ауырған ушыққан сырқат
Созылмалы аурулар (жүрек-тамыр, тыныс, нерв жүйесінің аурулары, қимыл-қозғалыс аурулары)
Диспансерлік есеп (егер болса, диагнозы, тексерілген орыны, маман, соңғы қабылдау күні, қандай препараттар қабылдады)
Емдеуге жатқызу (егер сыртартпада болса, қандай диагнозбен, мерзімі, медициналық ұйымның атауы, шұғыл немесе жоспарлы)
Жасалған операциялар, асқынулар
Алған жарақаттары және олардың салдары
Гемотрансфузиялар
Аллергоанамнез

Жалпы жағдайы

Дене құрылысының ерекшеліктері:
 Нормостеник (астеник, гиперстеник)
 Тері жамылғылары
 Дене қызуы
 Ауыз қуысының жағдайы
 Аңқаның, бадамшаның жағдайы
 Қалқанша без аймағын тексеру
 Лимфа түйіндері
 Ісіктері (жоқ, бар, окшауланған)
 Сүт бездерінің жағдайы

Педиатр патронажы

Әлеуметтік қызметкердің патронажы (көрсетілімдер бойынша)

Жүктілік кезіндегі тексеру хаттамасы (медицина қызметкерлеріне арналған тексеру парағы)

Клиникалық қарау	Гестация мерзімі (апта)							Босанғаннан кейін 42 күнге дейін
	12 дей-ін	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	
Медицина қызметкеріне келу	x	x	x	x	x	x	x	
Қарау және анамнез, шағымдары	x	x	x	x	x	x	x	x
-салмағы, бойы - ДМи	x			x**				
- ЖТБ		x*	x	x	x	x	x	
- ұрықтың жүрегі мен қозғалысы		x	x	x	x	x	x	
- Артериялық қысым	x	x	x	x	x	x	x	
- гинекологиялық тексеру	x							x
- аяқтарды тексеру (веналардың варикозды кеңеюі)	x	x	x	x	x	x	x	
- сыртқы акушерлік тексеру					x	x	x	
- дабыл белгілері (бас ауруы, көрудің бұзылуы, тыныс алудың қиындауы)			x	x	x	x	x	
Талдаулар	12 дей-ін	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	Босанғаннан кейін 42 күнге дейін
- ЖҚТ	x			x				x
- қан тобы, Rh	x							
- Rh (-)антиденелерге қан			x					
- RW	x			x				
- АИТВ	x			x				
- қан қанты	ха							
- ЖНТ	x			x				
- несеп талдауы (нәруызды анықтау)		x	x	x	x	x	x	
- симптомсыз бактериурияға скрининг (зәр себу)	x							
- шағым пайда болған кезде қынаптың тазалық дәрежесіне жағынды (көрсетілімдер бойынша)								
- УДЗ	x	x		x				
- PAPP	x							
- АФП/АХГ егер PAPP өткізілмесе 16 аптадан баста 20 аптаға дейін		x						
Генетикалық зерттеу								
- генетик консультациясы	x							
- 12 аптаға дейін хорион биопсиясы	x							
-амниоцентез (көрсеткіштер бойынша)								
Консультация беру, тағайындаулар және ұсыныстар		16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	

	12 дей-ін								Босанғаннан кейін 42 күнге дейін
- фоль қышқылы	x								
- темір (көрсеткіштер бойынша)	x								
- йод (көрсеткіштер бойынша)	x								
- кальций (преэклампсия бойынша тәуекел тобына және кальций төмен тұтынатын әйелдерге)	x	x	x	x	x	x	x	x	
- аспирин (преэклампсия бойынша тәуекел тобына)	x	x	x	x	x	x	x	x	
- тамақтану, дене шынықтыру	x	x	x	x	x	x	x	x	
- антенаталды сапар, мүмкіндігінше серіктеспен	x	x	x	x	x	x	x	x	
- жалпы сұрақтар бойынша кеңес беру	x	x	x	x	x	x	x	x	
- қауіпті белгілер	x	x	x	x	x	x	x	x	
- босанғаннан кейін контрацепция (әдісті таңдау)					x	x	x	x	x
Босануға дайындық мектебі және перзентханаға бару:	x	x	x	x	x	x	x	x	
- толғақ кезіндегі жағдайлар				x	x	x	x		
- босанғаннан кейін контрацепция					x	x	x	x	x
- бала емізу, жаңа туған нәрестелерге күтім жасау					x	x	x	x	x

* Гравидограмма жүктіліктің 20 аптасынан бастап толтырылады

** алғашқы келген кезде (12 аптаға дейін) ДМИ нормадан төмен болғанда жүкті әйелдің салмағын 30 апта ішінде анықтау керек

а ДСИ нормадан жоғары болған кезде (12 аптаға дейін), қант диабетін алып тастау керек

б 37 және одан жоғары жастағы әйелдер; анамнезінде ұрықтың ұрығы, көтерілмеуі, қан текті ақауы бар

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

1 келу		Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні									1 келу
Күні	Гестация аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдайы	Артериялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебуі	Анемия	Ісінулер	Ұрықтың жүрек соғысы (жжж /мин)	Ұрықтың қозғалуы	Ұрықтың жағдайы	Аурулары
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

2 келу		Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні								2 келу	
Күні	Гестация аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдайы	Артериялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебуі	Анемия	Ісінулер	Ұрықтың жүрек соғысы (жжж /мин)	Ұрықтың қозғалуы	Ұрықтың жағдайы	Аурулары
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

3 келу		Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні								3 келу	
Күні	Гестация аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдайы	Артериялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебуі	Анемия	Ісінулер	Ұрықтың жүрек соғысы (жжж /мин)	Ұрықтың қозғалуы	Ұрықтың жағдайы	Аурулары
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

4 келу		Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні									4 келу	
Күні	Гестация аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдайы	Артериялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебуі	Анемия	Ісінулер	Ұрықтың жүрек соғысы (жжж /мин)	Ұрықтың қозғалуы	Ұрықтың жағдайы	Аурулары	
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ			
					Иә	Иә	Иә		Иә			

Диагнозы

Ұсыныстары

Медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медицина персоналы толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

5 келу		Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні									5 келу	
Күні	Гестация аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдайы	Артериялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебуі	Анемия	Ісінулер	Ұрықтың жүрек соғысы (жжж /мин)	Ұрықтың қозғалуы	Ұрықтың жағдайы	Аурулары	
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ			
					Иә	Иә	Иә		Иә			

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

6 келу		Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні								6 келу	
Күні	Гестация аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдайы	Артериялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебуі	Анемия	Ісінулер	Ұрықтың жүрек соғысы (жжж /мин)	Ұрықтың қозғалуы	Ұрықтың жағдайы	Аурулары
					Жок	Жок	Жок		Жок		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мамандығы Келесі келу күні: Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

7 келу		Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні								7 келу	
Күні	Гестация аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдайы	Артериялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебуі	Анемия	Ісінулер	Ұрықтың жүрек соғысы (жжж /мин)	Ұрықтың қозғалуы	Ұрықтың жағдайы	Аурулары
					Жок	Жок	Жок		Жок		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

8 келу		Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні								8 келу	
Кү- ні	Гестация ап- тасы (апта, күн)	Жал- пы даг- дайы	Артерия- лық қы- сым	ЖТБ	Несеп бакте- риялық себін- дісі	Ане- мия	Ісі- ну- лер	Ұрықтың жү- рек соғысы (жжж/мин)	Ұрық- тың козға- луы	Ұрық- тың жағ- дайы	Ау- ру- ла- ры
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктінің өзін қадағалау күнделігі

Күні	Артериялық қысым		Ісінулер		Бас ауруы	Ұрықтың козғалу сипатының өзгеруі	Түсініктеме
	таң	кеш	таң	кеш			

Перзентхананың, аурухананың босану бөлімшесінің жаңа босанған әйел туралы мәліметтері

Перзентханаға түскен күні
Жүктіліктің аяқталуы (аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы) апта
Босану күні
Диагнозы
Босану ершеліктері
Нәресте: жынысы, салмағы грамм, бойы см.
Перзентханадан шықты, ауруханаға ауыстырылды, перзентханада шетінеді (астын сызыңыз)
Диагнозы
Босану кезіндегі жедел көмектер
Ауырсынуды басу: жоқ/иә, қандай
Босанғаннан кейінгі кезең ағымы

Босанғанан кейін (күні шықты)
Шығу күні
Диагнозы және стационардың атауы (ауысқан жағдайда)
Туған кездегі баланың жағдайы
Перзентханада
Шыққан кезінде
Ерекше ескертулер
20 жыл
Жүктілігіне байланысты демалыс 20 жылдан бастап 20 жылға дейін
Еңбекке жарамсыздық парағы №
Босануы 20 жылы(мерзімінде, бұрын, кейін) (күнге)
Босанды
Босану асқинумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс күн 20 жылдан бастап 20 жылға дейін
Листок нетрудоспособности №

Босанған әйелді бақылау

Күні	Шағымдары	Зерттеу деректері	Кеңестер, тағайындаулар
		1) флюорография	

Дәрігердің қолы

Бөлім меңгерушісінің қолы

«Медициналық араласу жүргізу кезіндегі авариялық жағдайларды тіркеу журналы» № 049/е нысаны

Басталды «__» _____ ЖЫЛ

Аяқталды «__» _____ ЖЫЛ

№	Жарақат алған адамның хабарлама берген күні, уақыты	Жарақат алған адам жөнінде мағлұмат қабылдаған қызметкер	Авариялық жағдай нәтижесінде жарақат алған адам жөнінде мағлұмат Данные о пострадавшем в результате аварийной ситуации					Апаттық жағдай жөнінде мағлұмат Данные об аварийной ситуации		ЖИТС ОО хабарламаны жіберушінің аты-тегі немесе жарақат алған адамның өзі келіп қаралуы
			Тегі, аты-жөні, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	ЖСН	Туған күні	Мекенжайы, тел (үй, ұялы)	Жұмыс орны, лауазымы	Апаттық жағдай болған күні, уақыты	Апаттық жағдайдың сипаттамасы, жүргізілген шаралар	
1	2	3	4		5	6	7	8	9	10

Болжамды жұқтыру көзі деректері және оны АИТВ тестілеуден алдында немесе кейін дереу) (апат жағдайынан алдында немесе кейін дереу)	Зардап шегушінің (тестілеу хаттамасының нөмірі мен күнін көрсете отырып) АИТВ-ға тестілеу нәтижелері			В және С тексерілгендігі жөнінде, ВГВ егілгендігі	Байланыстан кейінгі алдын алу көрсеткіші	Ескерту
	Апат жағдайында	1 айдан кейін	3 айдан кейін			
	11	12	13			

Медициналық манипуляциялар жүргізу кезінде авариялық жағдайларды тіркеу журналына қосымша парақ

Ықтимал инфекция жұқтырған материалмен кәсіби байланыс туралы есептеме бланкісі

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ЖСН		Жұмыс мекенжайы: Үй мекенжайы:	
Туған жылы:	Жынысы:	Лауазымы: Еңбек өтілі:	
Байланыс күні/уақыты:	Байланыс қайда болды:		
Байланыс сипаты (мысалы, инемен шаншу, жаралану, шашырау)			
Орындалған қимылдың толық сипаттамасын көрсеткенде, байланыс қашан және қалай болды.			
Байланыс туралы толық мәліметтер, биологиялық сұйықтық түрі және мөлшері немесе материалы, байланыстың қарқындылығы және зақымданудың тереңдігі.			
Пациенттің биологиялық сұйықтармен байланыс болғаны туралы мәлімет: Материал қамтылған: ВВГ СВГ ЖИТС: Егер пациент ЖИТС жұқтырған болса: Ауру сатысы: Вирустық жүктеме: АРТ туралы мәлімет: АРТ кедрегілігі: Поведено до тестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:		Байланысқа ұшыраған медицина қызметкері туралы мәлімет: Инфекциялық аурулар: ВВГ СВГ ЖИТС: Қосалқы аурулар: В гепатитіне қарсы вакцина: Поствакциналды иммунитет: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:	
Тексеру нәтижесі: ВВГ СВГ ЖИТС: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді: Жолдама:		Тексеру нәтижесі: ВВГ СВГ ЖИТС: Тестілеуден алдыңғы консультация өткізілді: Жолдама:	

		Байлансыта болғаннан кейін алдын алу шарасы ұсынылды:		
		Ақпараттық келісім алынды:		
		Препараттар:		
Байланыстан кейінгі тексерілу:	Лейкоциттер формуласын есептеумен қанның жалпы талдауы			
1-ші апта				
2-ші апта				
3-ші апта				
4-ші апта				
АИТВ-ға қарсы денелерді тестілеу қорытындысы:				
1 ай				
3 ай				
Қолы/Мөр		Күні:		
Химиялық алдын алу шарасы, басталу мерзімі (күні, уақыты)	Терапия схемасы	Химиялық алдын алу шарасы, аяқталу мерзімі (күні, уақыты)		Бей-ілділік

Мөрі МҰ

МҰ әкімшілігі өкілдерінің қолы Толтырған күні « ____ »
_____ 20__ жыл

Медициналық манипуляциялар жүргізу кезінде авариялық жағдайларды тіркеу

журналына қосымша парақ

АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алуды шарасын өткізуге ақпаратты келісім бланкі

Мен АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алу шарасына арналған препараттарды: _____ ұсынымдарға негізделген _____ және осы препаратты қабылдауға белгіленген режимін қатаң ұстану қажеттігі туралы хабарландырылдым.

Мен химиялық алдын алу шараларының тиімділігі кемінде 100% құрайтыны туралы хабарландырылдым.

Мен препараттардың жанама әсер беретіні туралы, соның ішінде бас ауруы, әлсіздік, жүрек айну, құсу, іш өтуді тудыруы мүмкін екені туралы хабарландырылдым.

Мені 28 күнге препараттар қорымен _____ жабдықтайтыны туралы, маған жақын уақытта емдеуші дәрігеріме тексерілуге және емделуге бару керектігі туралы хабарландырылдым.

Күні _____

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Қолы _____

**№ 049/е «Апаттық жағдайларды тіркеу журналы» нысанының
қысқартылымдары:**

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	АРТ	Антиретровирустық терапия
3	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
4	ВГВ	В гепатиті вирусы
5	СГВ	В гепатиті вирусы
6	БКАК	Байланыстан кейінгі алдын алу көрсеткіші
7	МҰ	Медициналық ұйым
8	ЖИТС	Жүре пайда болған иммун тапшылығы синдромы
9	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

**«Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке
алу картасы»
№ 050/е нысаны**

1. Картаның тіркеу нөмірі _____ ТМН

2. Тегі* _____ аты
_____ әкесінің аты (бар болған жағдайда)

3. ЖИН _____

4. Жынысы:

ер,

әйел,

анықталған жоқ**

5. Ұлты *** _____

6. Жағдайы туу кезіндегі: тірі туғандағы, өлі туғандағы, босануға дейінгі жағдайындағы, Босану кезіндегі

7. Туған күні _____ күні _____ ай _____ ЖЫЛ _____
уақыты (сағат, минут) _____

7.1 Туған жері:

стационарда
****, басқа жерде, үйде

8. Ауыстырылды: жаңа туғандар патологиясы және балалар стационарының шала туғандарды күтіп-бағу бөлімшесіне, өңірлендірудің 3-денгейі перзентхананың жаңа туғандар патологиясы және балалар стационарының шала туғандарды күтіп-бағу бөлімшесіне,

басқа стационарға.

9. Ауыстыру күні: _____ күні _____ ай _____ жыл _____ уақыты (сағат, минут)

10. Шығарылды: тұрғылықты жері бойынша учаскеге.

11. Шығарылған күні (қайтыс болған) _____ күні _____ ай _____ ЖЫЛ _____
уақыты (сағат, минут).

12. Тұрғын: қала, ауыл.

13. Тұрғылықты жері*****: облыс/республикалық маңызы бар қала _____ аудан/облыстық маңызы бар қала _____, елді мекен _____, үй мекенжайы _____.

14. Тіркелген ұйым

15. Туған кезіндегі баланың массасы (салмағы) (өлі туған) _____

16. Туған кезіндегі баланың бойы (ұрықтың) _____

17. Анасының туған күні: _____ күні _____ ай _____ ЖЫЛ

18. Анасының отбасы жағдайы: некеде, некеге тұрған жоқ, жесір,
айырылысқан, анықталмаған.

19. Жүктілік мерзімінде бала туды _____ толық аптасы.

19.1. Босанудың саны _____.

20. Анасында нешінші туған бала _____.

20.1. Нешінші жүктілік _____.

21. Қайтыс болған жері: облыс/ республикалық маңызы бар қала

_____, аудан/облыстық маңызы

бар қала _____, елді мекен

_____, медициналық ұйым

22. Қайтыс болған уақыты (өлі туған):		<input type="checkbox"/>	стационарда,	<input type="checkbox"/>	үйде,	<input type="checkbox"/>	балалар үйінде,	
<input type="checkbox"/>	перзентханада,	<input type="checkbox"/>	басқа жерде.					
23. Перзентхана бөлімшесінде қайтыс болған жағдай:				<input type="checkbox"/>	перзентхана бөлімшесінде бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы;			
стационарда:	<input type="checkbox"/>	стационарда бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы.						
24. Баланың қайтыс болу себептері (өлі туған):		<input type="checkbox"/>	аурудан,	<input type="checkbox"/>	жазатайым оқиғадан,	<input type="checkbox"/>	өлтіріп алу-дан,	
<input type="checkbox"/>	белгіленген жоқ.							

24.1. Баланың стационарда және перзентханада қайтыс болу (өлі туған) жағдайында МҰ перинаталды көмектің өңірлендіру деңгейі: 1, 2, 3, 4.

25. 10-АХЖ бойынша өлім себептері қайтыс болған және өлі туған баланың *****:

	Клиникалық диагнозы	Патологоанатомиялық диагнозы	10- АХЖ коды
a)			
b)			
c)			
Анасының денсаулығының жай-күйі			
d)			
e)			
26. Өлімнің алдын алу*****:	жоқ	иә	шартты алдын алу
	Медициналық ұйымның атауы	Өлімнің алдын алу	

		Иә	Шартты алдын алу
a)			
b)			
c)			

27. Стационарда және перзентханада бала қайтыс болған кезде (өлі туу) МҰ перинаталдық көмегін өңірлендіру деңгейін көрсету керек: 1, 2, 3, 4.

28. Қайтыс болу туралы дәрігерлік куәлік берген медицина қызметкерінің Т. А.Ә. (бар болған жағдайда):

Картаны толтыру күні « ____ » _____ 20 ____ жылы.

Оператордың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

_____ картаны
енгізу күні « ____ » _____ 20 ____ жылы.

Ескерту:

* - өлі туғандарға анасының тегі жазылады, анасын белгілеу мүмкіншілігі болмаған жағдайда белгісіз деп көрсетіледі;

** - перинаталдық өлім жағдайы үшін;

*** - перинаталдық өлім кезінде баланың ұлты, анасының ұлты бойынша жазылады, басқа жағдайда ата-анасының ауызша берген жауабы бойынша;

**** - перзентханада туған жағдайда өңірлендіру деңгейі 1, 2, 3, 4 (республиканская клиника);

***** - перинаталды өлім-жітімі кезінде баланың тұрғылықты жері, анасының тұрғылықты жері бойынша жазылды. Таяу және қиыр шет елдердің тұрғындары үшін, елдің атауы ғана көрсетіледі;

***** - а) өлім-жітім себептері болып табылатын (бір ауруды көрсету), баланың (ұрықтың) негізгі ауруы және жай-күйі,

b) баланың (ұрықтың) басқа ауруы немесе жай-күйі,

c) баланың өлім-жітімінің себептеріне негізделетін (ұрықтың), анасының негізгі ауруы немесе жай-күйі (одан кейінгі жай-күйі),

d) ананың басқа аурулары (одан кейінгі жай-күйі),

е) басқа қосымша жай-күйі;

***** - өлім-жітімнің алдын алуын ҚР ДСӘДМ сарапшылары анықтайды. Егер де өлім-жітімнің алдын алу немесе шартты алдын алу жағдайы болған жағдайда, медициналық ұйым көрсетіледі, оның деңгейінде өлім-жітімінің алдын ала алынған болса. Бірнеше ұйым көрсетіледі.

№ 050/е «Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы» нысанының қысқартылымдары:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	АХЖ-10	Аурулардың халықаралық жіктемесі 10 қаралым
3	МТН	Медициналық нөмірді тіркеу
4	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

«Ана өлім-жітімін есепке алу картасы» № 051/е нысаны

1. Картаның тіркеу нөмірі _____ МТН:														
2. Карта:	<input type="checkbox"/>	Бірінші рет,	<input type="checkbox"/>	Екінші рет										

3. Тегі _____ аты _____ әкесінің аты (бар болған жағдайда)

4. Ұлты _____

5. Туған күні _____ айы _____ жылы

6. Жасы толық жасы _____

7. ЖСН _____

8. Қайтыс болған күні _____ айы _____ жылы; 9. Тұрғыны: Қала Ауыл

10. Тұрғылықты жері: облыс/республикалық маңызы бар қала _____, аудан/облыстық маңызы бар қала _____ елді мекен _____, үйінің мекенжайы _____.

11. Тіркеу ұйымы _____

12. Қайтыс болған жері: облыс/ республикалық маңызы бар қала _____ аудан/облыстық маңызы бар қала _____

_____ елді мекен

13. Жүктілігі бойынша тіркеуге алынған күні (мерзімі _____ толық апта)

14. Жүктілігі бойынша тіркеуде тұрған ұйым

15. Босандыру күні, аборт _____ күні _____ айы _____ жылы.

16. Босандыру орны, аборт, соның ішінде өңірлендіру деңгейін ескере отырып:

стационарда, (1,2,3,4***),

үйде,

басқа жерде.

17. Жүктілік мерзімі _____ толық апта.

18. Өлім:

Жүктілік,

Босану/аборт кезінде,

Босанғаннан/аборттан кейін.

19. Босанғаннан кейінгі кезеңде қайтыс болған жағдайда өмір сүрген күндерінің саны:

босанғаннан кейін 42 күн ішінде

аборт,

босанғаннан кейін 43 күннен 365 күнге дейін.

20. Жүктілігінің саны _____.

21. Босануының саны _____.

22. Өлім:

стационарда,

үйде

асқа жерде.

23. Өлім:

жүктілікке байланысты аурулар,

аборт,

жатырдан тыс жүктілік,

жүктілікке байланысты емес аурулар.

23.1. Босандыру ұйымдарында қайтыс болған кезде өңірлендіру деңгейі көрсетілсін: 1, 2, 3, 4***).

24.

	Клиникалық диагноз	10-АХЖ коды
a)		
b)		

c)		
----	--	--

25.

	Қайтыс болу себебі 10-АХЖ бойынша патологиялық-анатомиялық диагностика		10-АХЖ коды			
a)						
b)						
c)						
d)						
26. Өлімнің алдын алу**:	<input type="checkbox"/>	жоқ	<input type="checkbox"/>	бар	<input type="checkbox"/>	Шартты түрде алдын алу
	Медициналық ұйымның атауы			Өлімнің алдын алу		
(да)	Шартты түрде алдын алу					
a)						
b)						
c)						

27. Өлім туралы дәрігерлік куәлікті берген денсаулық және әлеуметтік даму ұйымының атауы:

28. Өлім туралы дәрігерлік куәлікті берген медициналық қызметкердің Т.А. Ә. (бар болған жағдайда):

Картаны толтыру күні « ____ » _____ 20 ____ жыл.

Оператордың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

_____ картаны
бастау күні « ____ » _____ 20 ____ жыл.

Ескерту:

a) тікелей өлімге әкелген ауру немесе жағдай, анамнез бойынша, босану алдында көмек алды ма, артериялық гипертензия, анемия, болды ма, нәрестенің орналасуы дұрыс болды ма, кесар операциясы болды ма, АИТВ-мәртебесі қандай;

b) тікелей себептің пайда болуына әкелген патологиялық жағдай;

c) өлімнің негізгі себебі;

d) өлімге әкелген, бірақ аурумен немесе патологиялық жағдаймен байланысы жоқ басқа маңызды жағдайлар, қайтыс болған әйел басқа мекемеге жіберілді ме, ия болса, басқа медициналық мекемеге жету үшін кеткен уақыты қанша, қайтыс болған әйел өлімнің алдында медициналық көмек немесе акушерлік /хирургиялық әрекет алды ма, ия болған жағдайда, процедураны немесе әрекетті көрсету керек.

** - өлімнің алдын алуды ҚР ДСӘДМ сарапшылары айқындайды. Егер өлімнің алдын алынса немесе шарты түрде алдын алынса өлімнің алды алынған медициналық ұйым көрсетіледі. Бірнеше ұйым көрсетіледі.

*** - 4- республикалық клиникаларды, ғылыми орталықтарды, ҒЗИ санмен белгілеу.

№ 051/е «Ана өлім-жітімін есепке алу картасы» нысанының қысқартулары:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	АХЖ-10	Аурулардың халықаралық жіктемесінің 10-шы қаралымы
3	МТН	Медициналық тіркеу нөмірі
4	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2024 жылғы 14 қарашадағы
№ 95 Бұйрыққа
3-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының
2020 жылғы 30 қазандағы
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
3-қосымша

**Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық
есепке алу құжаттамасының нысандары**

«Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы» № 052/е нысаны №

Жалпы бөлім:

Төлқұжат деректері

1. ЖСН
2. Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)
3. Туған күні/айы/жылы
4. Жынысы
ер
әйел
5. Жасы
6. Ұлты
7. Тұрғыны



қала



ауыл

8. Азаматтығы

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Жұмыс орны/оқу орны/балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Келу себебі

Минималды медициналық деректер:

1. Қан тобы резус-фактор

2. Аллергиялық реакциялар. Код атауы

3. Пациенттің физиологиялық жай-күйі (жүктілік)

4. Жаңа туған нәрестелерді тұқым қуалайтын ауруларға скрининг
(фенилкетонурия, туа біткен гипотиреоз, аудиологиялық скрининг) жүргізу күні
мен нәтижесі

5. Зиянды әдеттер мен денсаулығы үшін тәуекелдер (бар болса)

6. Профилактикалық шаралар, оның ішінде профилактикалық екпелер

7. Аурулар тарихы мен бұзылыстары

8. Денсаулығына байланысты ағымдағы проблемалар тізімі

9. Динамикалық байқау

10. Мүгедектік тобы

11. Қазіргі уақытта қабылдайтын дәрілік препараттар тізімі

12. Антропометриялық деректері

13. Құлау қаупін бағалау

14. Ауырсынуды бағалау

15. Байланыс менеджменті (қарым-қатынас тілі, тұрғын-тұрмыстық жағдайлары)

16. Пациенттің нұсқамалығы

Дәрігердің идентификаторы, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мейіргердің идентификаторы, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

МСАК ұйымдарда отбасы мен жеке жұмыс жоспары

Ұйым:	Учаске № _____ бала және отбасы туралы ақпаратты жіберген орта медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____	Отбасымен жұмыс істейтін әлеуметтік қызметкерлердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____	
Жоспарды іске асыру бойынша басталу күні:	Жоспарды іске асыру бойынша аяқталу күні:	Отбасының тұрғылықты мекенжайы:	
Баланың жеке деректері (балалар):			
Баланың есімі	Баланың тегі	Туған күні (немесе күтілетін туған күні)	Жынысы (√)
			Ә <input type="checkbox"/> Е <input type="checkbox"/>
			Ә <input type="checkbox"/> Е <input type="checkbox"/>
			Ә <input type="checkbox"/> Е <input type="checkbox"/>

Отбасын дамытуды жоспарлау процесіне тартылған балаларды қоса алғанда, (ата-аналар/қамқоршылар, туыстар, басқа да отбасы мүшелері) отбасы мүшелері:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Балаға кім болып келеді	Байланыс деректері:
1		
2		
3		

Отбасын дамытуды жоспарлау процесіне тартылған мемлекеттік органдардың, ҮЕҰ, жергілікті әлеуметтік қызметтердің өкілдері:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Ұйым	Байланыс деректері:
1 Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	МҰ тіркелімінен	
2		
3		

*«Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы» (бұдан әрі – медициналық карта) № 052/е нысанына емделіп шығу жағдайы туралы деректерді енгізу амбулаториялық емдеу аяқталған күні жүзеге асырылады. Енгізілген деректер расталғаннан кейін, гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу жағдайларын қоспағанда, түзетуге жатпайды.

Пациент динамикалық байқауда болмаған, үйде, зорлық-зомбылық өлім белгілерінсіз қайтыс болған жағдайда, медициналық карта патологиялық-анатомиялық бюросы (бұдан әрі-ПАБ)/облыстың орталық патологиялық-анатомиялық бюросы/(бұдан әрі - ОПАБ)/ патологиялық-анатомиялық бөлімшеге (бұдан әрі-ПАБ) қайтыс болу фактісі анықталған күннен кейінгі күні таңертеңгі сағат 10-нан кешіктірілмей беріледі. ОПАБ/ ПАБ/ ПАБ-ге қайтыс болған адамның медициналық картасын беру фактісінен кейін пациенттің көзі тірісінде жүргізілген гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу, сондай-ақ патологиялық-анатомиялық ашып-қарау жүргізілгеннен кейін патологиялық-анатомиялық диагнозды енгізу жағдайларын қоспағанда, деректерді жүргізу, қалыптастыру және түзету жүзеге асырылмайды.

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
1-қосымша парақ

Жаңа туған нәрестенің (сәбидің) үйдегі патронажы

*** Педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес жаңа туған нәрестенің
1-айында 7 күнде 1 рет, айдан соң айына 1 рет**

Жаңа туған нәрестені қарап-тексеру міндеттері:

1. Туғаннан кейін қалыпты бейімделуге көз жеткізу
2. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру
3. Бойы мен дамуын бағалау
4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру

Қарап-тексеру күні

Жасы:

Температурасы

Туғандағы:

Дене салмағы: кг

Бойы см

ДСИ

Басының айналымы

см

Анасының шағымдары:

Қауіптің себебін бағалаңыз

Анамнез

Ауыр анамнез:

Иә

Жоқ

Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы);

Рефлексстерді тексеріңіз (симметрияға): іздеу; ему; ұстау; Моро; автоматтандырылған жүру;

Бетін қарап-тескеру: (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы)

Тері: (қалыпта, қызғылт немесе қарқынды қызғылт)

Ауыз қуысының шырышы _____ конъюнктивалар _____

Бұлшық ет тонусы _____ (қалыпта аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген «рефлексорлық қалып»)

Көрінетін туа біткен ақаулары

Сүйек жүйесі _____

Бас пішіні _____ жігі

Үлкен еңбегі _____

кіші еңбегі _____

Буынды бағалаңыз: _____ ҚОЗҒАЛЫСЫ,
көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын;
жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру

Тыныс алу ағзалары: _____

Тыныс алу жиілігі (ТЖ) _____ (қалыпта 30-60/мин)

ЖЖЖ азғалары: жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) _____
(қалыпта 100/мин); Жүрек ырғағы _____; Жүрек
шуылы _____; Жамбас пульсын пальпациялау
_____ (қалыптысы екі жақтан симметриялығы)

Асқорыту ағзалары: іш _____ бауыр _____ көкбауыр _____

Жыныстық ағзалар (жарықтар, қос жыныстық белгілері)

_____ Кіндік _____ (кіндік
қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған
жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет
етпейді)

Несеп шығару _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен
кем емес жиілікте);

Нәжіс _____ (қалыпта алтын түсті-сарғыш, ботқа тәрізді,
қышқыл иісі бар)

Тамақтандырумен байланысты проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз:

• Тамақтандыруда қиындық бар ма?

Иә

Жоқ

• Бала емшек сүтімен тамақтанады ма?

Иә

Жоқ

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? _____
- Түнде емшек сүтімен тамақтандырасыз ба?

Иә

Жоқ

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме?

Иә

Жоқ

- Егер иә болса, жиілігі қанша? тәулігіне _____ рет және немен
Тамақтандыру кезінде қолданасыз:

Егер жаңа туған нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса):

Емшек сүтімен тамақтандыруды бағалаңыз:

Жаңа туған нәресте соңғы сағатта емшек сүтімен тамақтанды ма?

Егер жаңа туған нәрестені соңғы сағатта тамақтандырмаса, анасынан оны кеудесіне салуды сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз.

- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз:
- Иегі емшекке тиеді ме?

Иә

Жоқ

- Аузы кең ашылған

Иә

Жоқ

- Астынғы еріні сыртқа айналдырылған

Иә

Жоқ

- Ареоланың үлкен бөлігі ауыздың астынан емес, үстінен көрінеді

Иә

Жоқ

• Жаңа туған нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему қимылдарын жасайды)

• Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз

Иә

Жоқ

Даму мақсатында күтімді бағалаңыз

• Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?

• Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?

Даму проблемалары

Нәрестенің екпе статусын тексеріңіз:

Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз:



1-0 В гепатиті



БЦЖ _____

Келесі екпеге келу күні

КҮТУ БАҒАСЫ: баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы

Үй-жайдың гигиенасы (сумен жинау жиілігі, бөлмеде темекі шегу, жарық,
жылы, t-25 °C төмен емес үй-жай)

Баланың гигиенасы

Күту проблемалары

Ана денсаулығын бағалау:

1. Сүт бездерін қарап-тексеру:

Проблемалар

2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар
аудару керек):

1. қатты үрей және алаңдау	8. шаршағыштық және энергия жеткіліксіздігі
2. терең мұңды	9. назар аударуға қабілетсіздігі
3. жиі жылау	10. ұйқының бұзылуы
4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы	11. тәбетін болмауы
5. айыптылық кінәнің болуы	12. секске қызығушылықтың жоғалуы
6. байбалам ұстамасы	13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну
7. есенгіреу және ашуланшақтық	14. балаға сүйкімсіздік

Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер:

1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау

2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру

3. бала назарда болу үшін жағдай жасау

4. баланы жиі ұстау

5. бала туралы ойлау

6. далаға жиі шығу және қимылдау

7. жақсы тамақтану

8. өзіне күтім жасау

9. күнделік жүргізу

10. егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет

Қорытынды:

Ұсыныстар:

<ul style="list-style-type: none"> - Емшек сүтімен тамақтандырудың басымдылығы және практикасы - Тек емшек сүтімен тамақтандыруды қамтамасыз ету - Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) - Ананың тиімді тамақтануы - Ананың жеке гигиенасы - Үй-жайға және жаңа туған нәрестені күту заттарына қойылған талаптар - Қауіпсіз орта (жаңа туған нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды профилактикалау үшін ата-аналардың мінез-құлқы) - Жаңа туған нәресте күтімі, серуендеу режимі. Гигиеналық ванналар - Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) - Ананы дәрігердің жұмыс кестесі мен медициналық ұйымның (МҰ) координаттары туралы хабардар ету - Әкесін бала күтіміне қатыстыру (мысалы: шомылу, киім ауыстыру кезінде). - Басқа ұсыныстар - Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері, тамақтандыру және ішу режимі). 	<ul style="list-style-type: none"> - Психосолеуметтік дамуды ынталандыру - Жаңа туған нәрестеге күтім, серуендеу режимі. - Қауіпсіз орта (жаңа туған нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар) жарақат пен оқыс жағдайды профилактикалау үшін ата-аналар - Микронутриент жетіспеушілігін профилактикалау (темір, А дәрумені, йод, мырыш) -Тамақтандыратын ананың оңтайлы тамақтануы мен ұйқы/демалу режимі Қауіпсіз орта (жаңа туған нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар) және жарақат пен оқыс жағдайды профилактикалау үшін ата-аналар мінез-құлқы - Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету: емшек сүтін іше немесе еме алмайды, әрбір тамақтанғаннан немесе ішкеннен кейін құсу, сіреспе, летаргиялық немесе ес-түссіз
---	--

Идентфикатор/ дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Идентфикатор/ орта медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Амбулаториялық пациенттің

медициналық картасына

2-қосымша парақ

Дәрігер мен орта медицина қызметкері қабылдау кезінде баланың дамуын

бағалау * бір жасқа дейін ай сайын 1 рет, бір жастан асқан соң бекітілген

Педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес жүргізіледі

Қарап-тексеру күні

Жасы: _____

Дене қызуы _____

Дене салмағы _____ г.

Бойы _____ см.

ДСИ _____

Басының айналымы _____ см

Сызбаны қолдана отырып, физикалық дамуды бағалаңыз:

Анасының шағымдары:

Баланы қарап-тексеру:

Терісі: Кіндік _____

Ауыз қуысының шырышы _____ Аңқа _____

Конъюнктивалары _____

Үлкен еңбек _____

Тыныс алу ағзалары:

Тыныс алу жиілігі _____

Жүрек-тамыр жүйесі (ЖТЖ) ағзалары: жүрек соғысының жиілігі (ЖЖЖ)
_____ ; Жүрек соғуының ырғағы _____ ; Жүрек
шуылдары _____ ;

Асқорыту ағзалары: іш _____ бауыр _____ көкбауыр _____

Несеп шығару _____ ;

Нәжіс _____

Диагноз:

Тамақтандырумен байланысты проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз

тамақтандыру проблемалары

• Сізде тамақтандыруда қиындық бар ма?



Иә

Жоқ

• Бала емшек сүтімен тамақтанады ма?

Иә

Жоқ

• Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? _____

• Түнде емшек сүтімен тамақтандырасыз ба?

Иә

Жоқ

• Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме?

Иә

Жоқ

• Егер иә болса, жиілігі қанша? тәулігіне _____ рет және

тамақтандыруда не қолданасыз:

Егер сәби 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшек сүтімен тамақтандыруға байланысты қиындықтар; егер ол емшек сүтімен тәулігіне 8-ден кем тамақтанса; басқа тамақ немесе сұйықтық түрлерін ішсе; немесе өзінің жасынан салмағы төмен болса)

Егер сәби 6 айдан асса:

1. Қосымша тағаммен тамақтандыру үшін тамақпен негізгі тамақтану күніне неше рет? _____

2. Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді? _____

3. Әлденудің құндылығы: Қоректі _____ Қорексіз _____

4. Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді? _____ мл.

5. Тамақтың қоюлығы қандай? Қою _____ Сұйық _____

6. Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:

7. Ет/балық/ішек-бауыр Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____

8. Бұршақ тұқымдастар Иә _____ Жоқ _____ неше күн _____

9. Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер Иә _____ Жоқ _____

қанша күн

10. Балаңызға шәй бересіз бе? Иә _____ Жоқ _____

11. Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____

Егілуін тексеріңіз:

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз

Гепатит В 1- 0

БЦЖ

АҚДС 1+hib 1

Гепатит В 2

ОПВ-1

АҚДС 2+ hib 2

Гепатит В 3



ОПВ-2



АКДС 3+ hib 3



ОПВ-3



ОПВ-0



Қызылша + қызамық + паротит



АКДС ревакцинациясы



НІВ ревакцинациясы

Келесі екпеге бару мерзімі

Мешелдің профилактикасы: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық
инсоляция), өзіндік Д витаминімен профилактикалақ (көрсетілім бойынша)

Мөлшері ____ ұзақтығы

Психомоторлық даму:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Ә=

Даму мақсатында күтімді бағалау

Сіз балаңызбен қалай ойнайсыз?

Сіз балаңызбен қалай сөйлесесіз?

Қалмаған

_____ эпикриздік мерзімге қалып қойған

Даму үшін күтім көрсету проблемалары

Күтімді бағалау:

1. Пациент балаға күтім көрсету қағидасын және медицина қызметкеріне қашан бару керектігін біледі

2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды

3. Ана қауіп себептерін біледі ме?

Күтім көрсету проблемалары

Балаға қатыгез мінез көрсету себептері:

Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық

иә

жоқ

Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер

- Ықтимал керендік немесе көру проблемалары
- Бала байланысқа бармайды
- Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау
- Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса)

• Тәбеттің нашарлауы

Проблемалар

Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін бейінді маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед)

Ананың тамақтануын және денсаулығын бағалау:

Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС)

Проблемалар

Қорытынды:

Ұсыныстар:

- Тек емшек сүтімен тамақтандыру практикасы
- Ананың тиімді тамақтануы
- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау
- Бала сырқаттанған жағдайда мінез-құлық және күтім қағидалары (қауіпті белгілер және көмекке жүгіну қажет болған кезде тамақтандыру және ішу режимі)
- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)
- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды профилактикалауды үйрету
- Баланың даму мақстында әкесін бала күтіміне белсенді қатыстыру
- Ай сайын дәрігерде қарап-тексеру
- Көрсетілімдер бойынша бейінді мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу
- Басқа

Идентфикатор/ дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Идентфикатор/ орта медицина қызметкерінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Амбулаториялық пациенттің

медициналық картасына

3-қосымша парақ

Маман консультациясы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты

2. Консультация түрі

3. Шағымдар:

4. Өмір анамнезі:

5. Ауру анамнезі:

6. Объективті деректер:

7. Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру

8. Диагноз атауының коды

9. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау

10. Дәрігердің идентификаторы, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Бар болған жағдайда:

11. Консилиумдар жазбасы диагноз бойынша келісілген позициядан,
зерттеп-қараудан және емдеу ұсынымдарынан тұрады. Консилиумға

қатысушылардың бірінің ерекше позициясы болған жағдайда, оның пікірі де тіркеледі).

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
4-қосымша парақ

Операция/рәсім/ аферез хаттамасы

1. Күні мен уақыты
2. Операция/рәсім/ аферезге көрсетілімдер
3. Клиникалық диагноз
4. Анестезиялық құрал
5. Операция/рәсім/ аферез хаттамасы, кем дегенде:
 - 5.1 Операция/рәсім/ аферез басталған және аяқталған уақыты
 - 5.2 Операция/рәсім/ аферез ағымы, орындау техникасын қоса алғанда
 - 5.3 Операция/рәсім/ аферез кезінде консультанттардың қатысуы, ұсынымдары
 - 5.4 Қосымша зертханалық зерттеулер және басқа зерттеудің әдістерін қолдану
 - 5.5 Операцияның аяқталуы, Операция кезіндегі асқынулар (егер болмаса «Операция/рәсім/ аферез кезінде асқынулар болған жоқ» деп көрсету қажет)
 - 5.6 Қан кетулер мөлшері
мл.
 - 5.7 Операция/рәсім/ аферез коды мен атауы
 - 5.8 Операция/рәсім/ аферезден кейінгі диагнозы
 - 5.9 Ұсынымдар
 - 5.10 Операция жасаған дәрігердің, ассистенттер, анестезиолог пен ОМҚ идентификаторы және Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
5-қосымша парақ

Пациентты динамикалық (диспансерлік) байқау

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты
2. Пациент динамикалық (диспансерлік) байқауға жататын диагноз атауының коды;
3. Диагноз бойынша байқау жоспарының қолданылу кезеңі:
Басталу күні
Аяқталу күні
4. Байқау жоспары:
Қызмет (тарификатордан):
Жоспарланған өткізу күні
Орындау күні:
5. Ұсынымдар:

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
6-қосымша парақ

Профилактикалық іс-шаралар парағы

1. Қарап-тексеру күні мен уақыты;
2. Қызмет* (тарификатордың ішінен);
3. Маманның қарап-тескеруі, Т.А.Ә. (бар болған жағдайда),
идентификаторы;
4. Жүргізілеген диагностикалық зерттеулер;
5. Жүргізілген аспаптық зерттеулер;
6. Вакцинация:
Вакцина қолданған, аурудың аты (АХЖ 10)
Өндіруші ел (Елдер анықтамалығы)
Партия нөмірі
Серия нөмірі
Вакцина препаратының, анатоксинның аты және басқалары.

Қолдану тәсілі:

Дозасы

өлшем бірлігі

Екпе күні мен уақыты

Жанама реакция немесе жағымсыз құбылыс

Жанама/ жағымсыз реакцияның классификаторы

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
7-қосымша парақ

Диагностикалық зерттеулер/қызметтер хаттамасы

1. Өткізу күні мен уақыты
2. Тарификатордан қызметтің атауы
3. Өткізілген зерттеуді сипаттау деректері
4. Қорытындысы
5. Медициналық қызметкердің идентификаторы және Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасына
8-қосымша парақ

«Қатыгездікпен қарау нәтижесінде дене жарақатын алу және (немесе)
психологиялық әсер ету себебі бойынша амбулаторлық жағдайда медициналық
көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымына жүгінген (түскен) кездегі
медициналық қарап-тексеру картасы»

Жүгіну күні мен уақыты

Төлқұжат деректері

1. ЖСН
2. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
3. Туған күні: күні айы жылы
4. Жынысы ер әйел

5. Жасы

6. Ұлты

7. Ауыл тұрғыны қала

8. Азаматтығы тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс және (немесе) оқу және (немесе) балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Өтеу түрі

12. Әлеуметтік мәртебесі

13. Жүгіну себебі: дене жарақаты және/немесе психологиялық әсер ету
(астын сызу)

14. Шағымдар

15. Анамнез

Мәліметтерді:

Уақыты мен күнін көрсете отырып физиологиялық және (немесе)
психологиялық зорлық-зомбылық қолдану жағдайлары туралы;

қару және (немесе) қару ретінде құралдарды қолдану туралы көрсету.

16. Дене жарақаттарының сипаттамасы:

Тырналып кеткен жердің сипаттамасы:

1. Нақты анатомиялық локализация орны

2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты

3. Бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан
оңға;

4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);

5. Түбінің немесе жабынды қыртысының жай-күйі- ылғалды, жаппай
деңгейге қатысты қоршаған тері; деңгейінде қоршаған тері; жоғары деңгейін,
қоршаған тері, болмай қалған аймақтары бойынша учаскесі, гиперпигментация
гипопигментация ;

6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері: ісіну, гиперемияланған, қан, топырақ

Көгерудің сипаттамасы

1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Пішіні: сызықтық, дөңгелек, сопақ, тұрақты емес сопақ, үшбұрышты, 3. бағыты: тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;
4. Өлшемдері (ұзындығы XXX, ені XXX см);
5. Көгерудің түсі-қызыл-қызғылт , көкшіл-күлгін, қоңыр, жасыл, сары ;
6. Қоршаған жұмсақ тіндердің жай-күйінің ерекшеліктері :ісіну, гиперемияланған, қан жағылған, қыртыс.

Жараның сипаттамасы

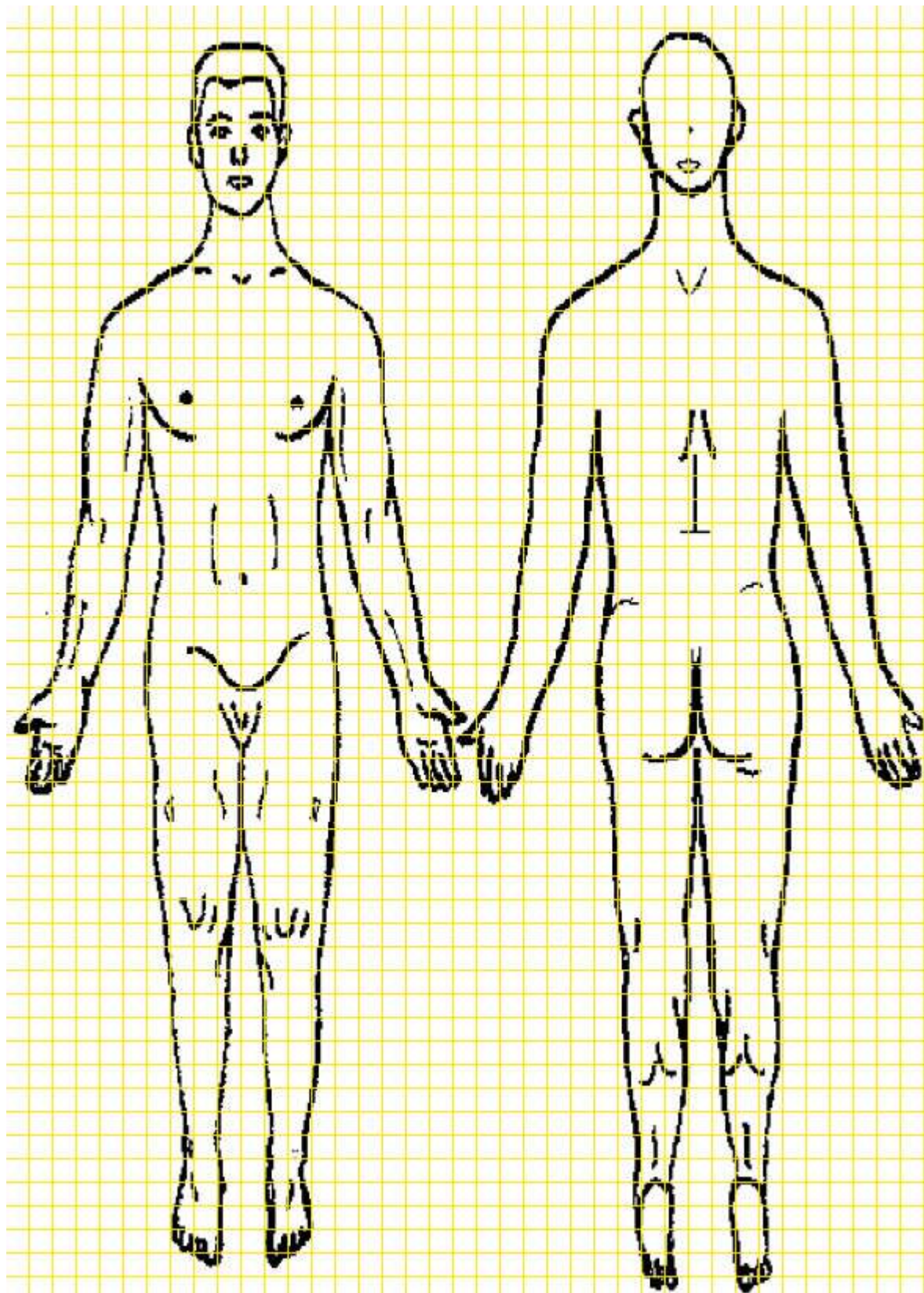
1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Шеттерінің үңіреюі және жақындауы кезінде жараның пішіні мен өлшемдері: сызықты, шпindelь тәрізді;
3. Мата ақауының сипаты мен ерекшеліктері: "минус-мата" ақауының болуы;
4. Шеттердің ерекшеліктері: шөгу, көгеру, бөліну, ластану, бөгде қосындылар;
5. Қабырғалардың бедері: бір тегіс, тегіс, тік орналасқан бір қабырға қисайған, ал екіншісі қазылған;
6. Шеттерінің шөгуі;
7. Шеттерінің ерекшеліктері: интерстициалды дәнекер-тоқылған секіргіштердің болуы, бұлшықеттің зақымдануы, сүйек;
8. Жараның аймағындағы шаштың зақымдану ерекшеліктері; жараның бастапқы және ортаңғы үштен бір бөлігінде көлденең немесе қиғаш қиылысады, шаштың соңғы бөлігінде выв бұралған шамдармен.
9. Кесу, кесу, шеміршек, сүйек жазықтығындағы микрорельефтің ерекшеліктері: тегіс, тегіс емес, серратталған;

Сынықтың (ашық) сипаттамасы

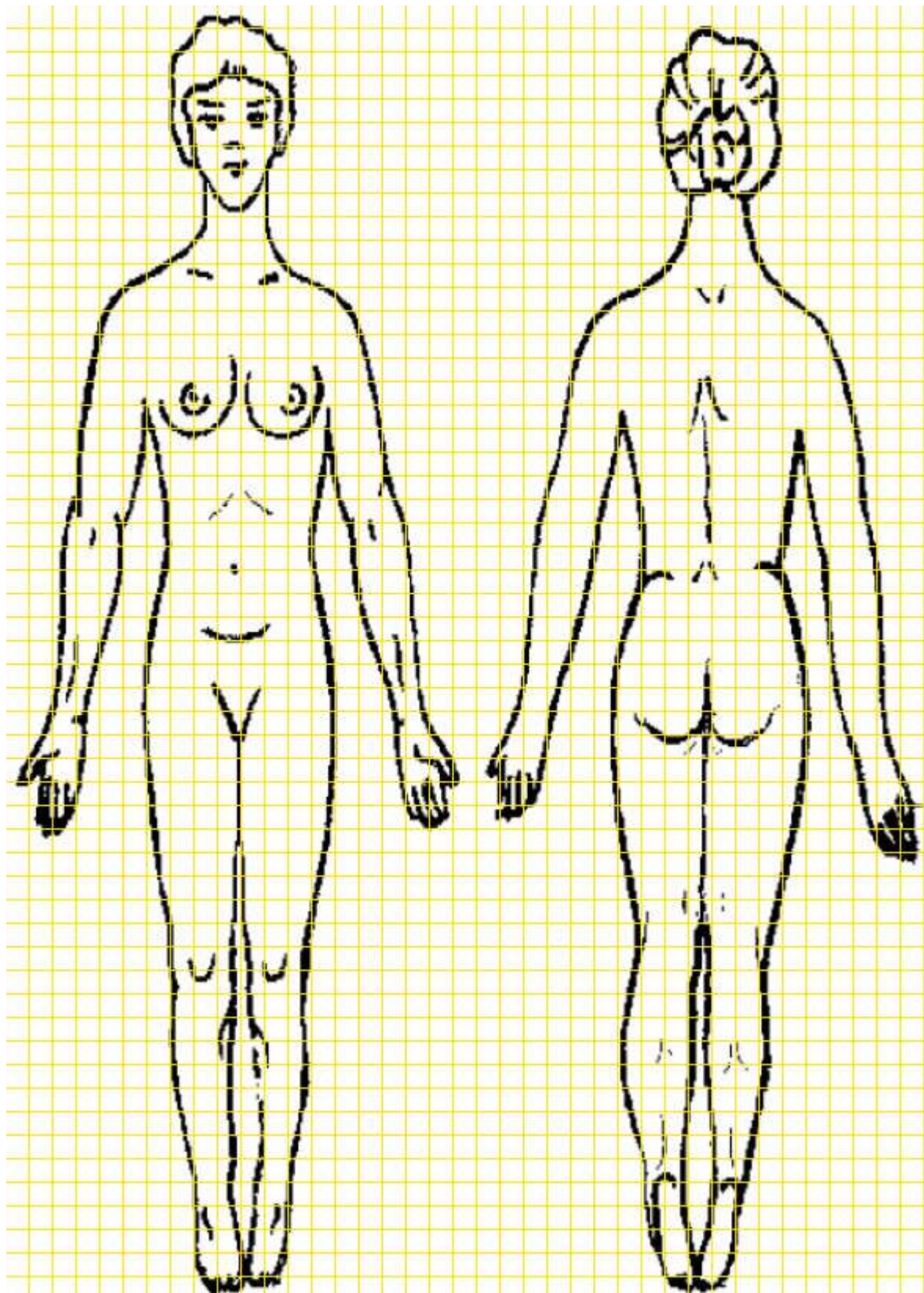
1. Нақты анатомиялық оқшаулау;
2. Пішіні сызықты, тұрақты емес, көп қырлы
3. Өлшемдері XXX см,
4. Сыну сызықтарының бағыты тік, көлденең, көлбеу-тік бағытта жоғарыдан төменге, солдан оңға ;;
5. Бос сынықтардың, ақаулардың, сүйек сынықтарының және жаншылған сынықтардың өлшемдері, бағдарлануы.
6. Омыртқаның зақымдануының ерекшеліктері: омыртқаны қоршаған тіндердегі қан кетулердің локализациясы және қасиеттері; денелердің сынуы, омыртқалардың доғалары мен процестері, олардың жылжу сипаты; байламды аппараттың, омыртқааралық дискілердің, үстіңгі және астыңғы қан кетулердің, жұлынның зақымдануы

Анатомиялық оқшалану схемасы

Еркек схемасы



Әйел схемасы



17. Психикалық жай-күйді зерттеп-қарау

1. Сана

1.1 сана айқын, бұзылмаған;

1.2 сана бұзылған, адасқан:

уақытқа байланысты,

орынға байланысты,

жеке тұлғада;

1.3 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

2. Мінез-құлқы

2.1 адекватты;

2.2 пассивті, мәңгірген;

2.3 мелшиген;

2.4 қозған;

2.5 қорқақ;

2.6 жылауық;

2.7 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

3. Көңіл-күй мен эмоциялар

3.1 көңіл-күйдің қалыпты жағдайы;

3.2 көңіл-күйдің төмендеуі (пассивтілік, көңілсіздік, пессимизм);

3.3 ашулану және (немесе) ызаланған;

3.4 көңіл-күйдің жоғарылауы (жарқын жүзділік, сергектік, оптимист) ;

3.5 қорқыныш, үрей;

3.6 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

4. Ойлау, есте сақтау, сөйлеу (керегінің астын сызу);

4.1 ерекшеліктері жоқ;

4.2 баяу ойлау, сөйлеу;

4.3 жедел ойлау, сөйлеу;

4.4 толық (егжей-тегжейлі) ойлау, сөйлеу;

4.5 байланыссыз ойлау;

4.6 сандырақ идеялар;

4.7 өлім, өзін-өзі өлтіру туралы ойлар;

4.8 жадының бұзылуы;

4.9 назардың бұзылуы;

4.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

5. Соматовегетативтік бұзылулар (пациенттің шағымдары бойынша анықталады)

5.1 жылдам немесе жиіленген жүрек соғысы, жүрек аймағындағы ыңғайсыздық сезімі;

5.2 қатты терлеу, ыстықтау немесе қалтырау, ауыздағы құрғақтық ;

5.3 қол /аяқта денедегі дірілдеу;

5.4 бұлшықет кернеуі, босаңсуға қабілетсіздік;

5.5 тамақтың тұншығуы немесе бітелуі, тыныс алудың қиындауы;

5.6 кеудедегі жайсыздық немесе ауырсыну сезімі, «кеудедегі ауырлық»;

5.7 бас айналу, бас ауруы;

5.8 әлсіздік, шаршау сезімі;

5.9 ұйып қалу және (немесе) шаншу сезімі,

5.10 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса)

6. Жоғарыда көрсетілген тармақтарда көрсетілмеген медицина қызметкерінің анықтаған белгілері

6.1 Ұйқының бұзылуы,

6.2 Тәбеттің бұзылуы,

6.3 Психологиялық жарақаттың болуы;

6.4 Қызығушылықты жоғалту;

6.5 Құпия, сенімсіздік;

6.6 Алкогольді тұтыну туралы хабарламалар;

6.7 Үмітсіздік сезімі;

6.8 Елестеулер (пациент көреді, көрінбейтін сұхбаттасушымен сөйлеседі) ;

6.9 толықтырулар және (немесе) түсіндірулер (бар болса) ;

Амбулаторлық пациенттің
медициналық картасына
9-қосымша парақ

Сурдологиялық пациентты қарап-тексеру картасы

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Жасы _____

ЖСН _____

Мекенжайы _____

Аудиологиялық скрининг аясында жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Ауруы бойынша жіберілген ИӘ/ЖОҚ

Алғашқы анықталған ауру ИӘ/ЖОҚ

Бұрыннан белгілі ауруы

Шағымдары

Ауру анамнезі

Зерттеп-қарау тәсілі:

ДИАГНОЗЫ (арасынан таңдап алу):

Сыртқы құлақ дамуының туа біткен ақауы (құлақ қалқанының ауытқуы, сыртқы есту жолының атрезиясы)	Бір жақты		AD	AS	
	Екі жақты		AD	AS	
Ішкі құлақ дамуының туа біткен ақауы (ішкі құлақ иірімінің, есту нервсінің ауытқуы)	Бір жақты		AD	AS	
	Екі жақты		AD	AS	
Есту (аудиторлық) нейропатиясы спектрінің аурулары	Бір жақты		AD	AS	
			AD	AS	

		Екі жақты					
Сенсоневральді есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты	AD	AS			
		екі жақты	AD	AS			
	2-дәрежелі	бір жақты	AD	AS			
		екі жақты	AD	AS			
	3-дәрежелі	бір жақты	AD	AS			
		екі жақты	AD	AS			
	4-дәрежелі	бір жақты	AD	AS			
		екі жақты	AD	AS			
	Керендік	бір жақты	AD	AS			
		екі жақты	AD	AS			
	Кондуктивтік есту мүкістігі	1-дәрежелі	бір жақты	AD	AS		
			екі жақты	AD	AS		
2-дәрежелі		бір жақты	AD	AS			
		екі жақты	AD	AS			
3-дәрежелі		бір жақты	AD	AS			
		екі жақты	AD	AS			
4-дәрежелі		бір жақты	AD	AS			
		екі жақты	AD	AS			
Керендік		бір жақты	AD	AS			
		екі жақты	AD	AS			
Аралас есту мүкістігі		1-дәрежелі	бір жақты	AD	AS		
			екі жақты	AD	AS		
	2-дәрежелі	бір жақты	AD	AS			
			AD	AS			

	3-дәрежелі	екі жақты				
		бір жақты	AD	AS		
	4-дәрежелі	екі жақты	AD	AS		
		бір жақты	AD	AS		
	Керендік	бір жақты	AD	AS		
		екі жақты	AD	AS		

Керегін белгілеу

Есту аппараты (бар/жоқ)	Ауа өткізгіштік		AD	AS	
	Сүйек өткізгіштік		AD	AS	
Имплантталатын жүйе (бар/жоқ)	Орта құлақ		AD	AS	
	Сүйек өткізгіштік		AD	AS	
	Кохлеарлық имплантация		AD	AS	
Білім беру мекемесі/жұмыс орны	Мектепке дейінгі мекеме	жалпы білім беру	Иә	Жоқ	
		түзету	Иә	Жоқ	
	Мектеп мекемесі	жалпы білім беру	Иә	Жоқ	
		түзету	Иә	Жоқ	
	Жоғары /орта оқу орны		Иә	Жоқ	
	Жұмыс орны				
Ұйымдастырылмаған		Иә	Жоқ		

«Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы» № 052/е нысанының қысқарған сөздер тізімі:

1	АҚДС	Жасушасыз көкжөтел компоненттерінен тұратын адсорбцияланған көкжөтел-дифтериялық сіреспе вакцинасы
2	АДС	адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині
3	АДС-М	антиген азайтылған адсорбцияланған дифтерия-сіреспе анатоксині
4	АД	адсорбцияланған дифтерия анатоксині
5	АС	сіреспе анатоксині
6	БЦЖ	Туберкулезге қарсы вакцина
7	К	көкжөтел вакцинасы
8	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
9	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
10	МҰ	Медициналық ұйым
11	МСАК	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек

12	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
13	ҮЕҰ	Үкіметтік емес ұйымдар
14	ДМИ	Дене массасының индексі
15	ЖҚЖ	Жүрек-қан тамыр жүйесі

**«Амбулаториялық, стационарлық пациенттің медициналық картасынан
үзінді көшірме № ____» № 052-1/е нысаны**

**«Выписка
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного № ____»
форма № 052-1/у**

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес организации куда направляется выписка) _____

1. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество больного (при его наличии)) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

4. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий) _____

5. Күндері: түсуі (Даты: поступления) _____

Шығуы (выбытия) _____

6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)) _____

Қорытынды диагноз: (Заключительный диагноз:) _____

Қосалқы аурулар: (Сопутствующие заболевания:) _____

7. Қысқаша анамнез, диагностикалық зерттеулер, ауру ағымы, жүргізілген ем, жолданғандағы, шыққандағы жағдайы (Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни, проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке) _____

Түскен кездегі шағымдар: (Жалобы при поступлении:) _____

Ауру анамнезі: (Анамнез заболевания:) _____

Өмір анамнезі: (Анамнез жизни:) _____

Аллергологиялық анамнезі: (Аллергологический анамнез:) _____

Объективті деректер: (Объективные данные:) _____

Мамандардың консультациясы: (Консультации специалистов:) _____

Зертханалық-диагностикалық зерттеулер: (Лабораторно-диагностические
исследования:)

Өткізілген емдеу: (Проведенное лечение:)

Шығару кезіндегі жағдай: (Состояние при выписке:)

Емдеу нәтижесі: (Исход лечения:)

Емдеу және еңбек ұсыныстары: (Лечебные и трудовые рекомендации:)

Қаржыландыру көзі: (Источник финансирования:)

Емдеу құны: (Стоимость лечения:)

Бөлім меңгерушісі (Зав.отделением) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)):

қолы (подпись) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)):

қолы (подпись) _____

*«Амбулаториялық пациенттің медициналық картасынан үзінді көшірме» (бұдан әрі – үзінді көшірме) № 052/е нысанына емделіп шығу жағдайы туралы деректерді енгізу күні амбулаториялық емдеу аяқталғаннан кейін жүзеге асырылады. Үзінді көшірмеге енгізілген деректер расталғаннан кейін, гистологиялық және патоморфологиялық зерттеулердің нәтижелерін енгізу жағдайларын қоспағанда, түзетуге жатпайды.

«Талон» № 053/е нысаны

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі аты әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туылған күні

Жынысы

ер

әйел

Тұрғылықты мекенжайы

Амбулаториялық картасының №

Кабинеті

Келу керек

Дәрігер тегі аты әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Лауазымы

Қаралу себебі

«Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы» №054/е нысаны

Жүгіну күні

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі
2. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)
3. Туған күні: күні, айы, жылы
4. Жынысы

ер

әйел

5. Жасы

6. Ұлты

7. Тұрғын

қала

ауыл

8. Тұрғылықты мекенжайы облыс, аудан, қала, көше, үй, пәтер

9. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Антропометриялық өлшемдері

12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Қаралу себебі:

- 1) профилактикалық қарап-тексеру ;

2) ауру ;

3) жарақат .

15. Жарақаттың түрі:

1) Тұрмыстық ;

2) Көшеде ;

3) ЖКО ;

4) Мектепте ;

5) Спорттық .

16. Қатыгезпен қарау синдромы: оның ішінде:

1) қараусыз қалу немесе бас тарту ;

2) физикалық қатыгездік ;

3) сексуалдық қатыгездік ;

4) психологиялық қатыгездік ;

5) басқа да қатыгездік синдромдары ;

6) анықталмаған қатыгездік синдромы .

17. Кіммен жолданды

18. Қабылдаулар/консультациялар

Тарификатор бойынша қызметтер, саны, идентификаторы және маманның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), орындау күні.

19. Емшаралар мен манипуляциялар, зертхана, диагностикалық зерттеулер

Тарификатор бойынша қызметтер, саны, идентификаторы және маманның тегі, аты, әкесінің (бар болған жағдайда), орындау күні.

20. Қорытынды диагноз

21. Диспансерлеу

22. Туберкулезді анықтауға арналған зерттеулер жүргізілді

23. Қабылдау кезінде және үйінде дәрігердің жасаған операциялары, манипуляциялары

24. Жүгіну нәтижесі

25. Олардың ішінде жолданғандар

26. Емханалық жүгіну жағдайы (бұдан әрі – ЕЖЖ)

27. ЕЖЖ аяқталған күн

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы
«Профилактикалық қарап-тексеру (скринингтің) картасы» №055/е нысаны

Күні

1. ЖСН

2. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

3. Туған күні

4. Жынысы



е



ә

5. Тұрғылықты мекенжайы

6. Тұрғын



қала



ауыл

7. Тіркелген МҰ (МҰ тіркелімінен)

8. Мүгедектік тобы

Мүгедектік қойылған күні

Мүгедектік қандай уақытқа қойылды

Мүгедектік диагнозы

Баланы профилактикалық медициналық қарап-тексеру (скрининг) кезінде
толтырылады: Дәрігерге дейінгі кезең

Бойы Салмағы

Бас шеңберінің өлшемі (3 жасқа дейінгі балалар) см

Кеуде шеңберінің өлшемі см

Дене белсенділігі, күнделікті физикалық жүктеме (3 жастан асқан балалар)



иә



жоқ

Артериалық қысым (7 жастан асқан балалар) 1) систолическое

/диастолическое

2) систолическое /диастолическое орташа систолическое /диастолическое

Көздің көргіштігін анықтау

Плантограмманы анықтау (5 жасқа дейінгі балалар және одан үлкендер)

Құлақтың естігіштігін анықтау:

Тыныш бөлмеде мейірбике мен баланың арасы 5 метр қашықтықтан кем емес, сыбырлау арқылы әр құлағын тексеру *при выявлении отклонений

Педиатриялық кезең

1. Бастың тірісін зерттеп қарау

2. Көрінетін шырышты қабықшаларды тексеру: көз конъюнктивасы, ауыз қуысы, фармакс.

Тістердің, дірілге, қатты тағзымның биіктігіне, палатиндік бездердің мөлшері мен түріне, дауыс функциясына (дауыстық резонанс) көңіл аударылады.

3. Қалқанша безін пальпациясы және жалпы қарау.

4. Перефириялық лимфа түйінінің пальпациясы: жақастылық, шап, қолтық асты

5. Қан айналым жүйесін тексеру (қарау, жүрек аускультациясы), жиілікті, толуын, пульс ритмін тексеру. Аускультация дыбыстың үні мен тазалығын бағалайды. Жүректегі шу анықталғанда, зерттеу әртүрлі позицияларда (тұру, жату) және есептелген жаттығулармен функционалдық сынақтар жүргізіледі

6. Тыныс алу жүйесін тексеру (өкпе аускультациясы).

7. Ас қорыту жүйесін тексеру (кұрсақ қуысының, көкбауырдың, оң жақ және сол жақ қабырға маңайдағы облыстардың, бауырдың, эпигастрий аймағының, ұйқы безінің, оң және сол жақ маңайдағы аймақтардың, ұма аймағының пальпациясы).

8. 3-4 айлық нәрестелерге көрсетілімдер бойынша, жамбас буындарының дисплазиясын және туа біткен жамбас буынының шуғуын ерте анықтау мақсатында жамбас буындарын ультрадыбыстық зерттеу тағайындалады.

9. Зәр шығару мүшесін тексеру. 10 жастан асқан қыздарды тексеру кезінде гинекологиялық анамнезге, шағымдарына, менструалды циклдың бұзылуларына ерекше көңіл аударылады

10. Невропсихикалық дамуды бағалау:

7-8 жаста: психомоторлық сала мен мінез-құлқы, интеллектуалды дамуы, эмоционалды және өсімдік саласы;

9-10 жаста: дерексіз логикалық операциялардың, логикалық шешімдердің қалыптасуын бағалайды;

10-17 жаста: эмоционалды вегетативтік сферасы, сомато-вегетативтік көріністері, вегетативтік-диенцефалиялық көріністер.

11. Пубертограмм әдісімен жыныстық жетілуін бағалау:

12. Қасақылық белгілерін анықтау

Арнайы тексеру кезеңі

1. хирург-ортопед

2. уролог (зәр шығару жүйесінің патологиясы)

3. отоларинголог

4. невролог

5. стоматолог

6. офтальмолог

7. эндокринолог

Скринингтік тексерудің нәтижесі:

Денсаулық тобы

* 2, 3, 4, 5 топқа қатысты балалар динамикалық бақылауға алығуы және БМСК мамандарында немесе тиісті бейіндегі мамандарда сауықтырылуы тиіс.

Соңғы кезең

(анықталған патологиясы бар тұлғаларды қосымша тексеру және динамикалық тіркеу, статистикалық құжаттаманы рәсімдеу және аяқтау)

Скринингтік тексеру аяқталған соң, денсаулықты кешенді бағалау жүргізіледі, эпикриз және денсаулық тобын көрсетуге, физикалық және невропсихикалық даму бойынша қорытынды жазылады. Қорытындыда әрі қарай тексерілу, қаралу, санитарлы-гигиеналық ережелерді сақтау, күн тәртібі, физикалық тәрбие мен шынықтыру, алдын алу екпелерін қабылдау, шекаралық жағдайлардың аурулардың алдын алу, дене шынықтыру тобы (негізгі немесе арнайы топ) бойынша ұсыныстар беріледі.

Ересектердің медициналық тексеруі (скринингі) кезінде толтырылады:

Дайындық кезеңі

Бойы см Салмағы кг Кетле индексі

Белдің өлшемі: ерлер әйелдер

Кеуде шеңбері см

Артериалық қысым (екі реттік өлшеу), орташа систолическое /диастолическое мм. сын. бағ

ЭКГ Холестерин көрсеткіші Глюкоза Сұрау (ОМҚ өткізеді):

1. Темекі шегу, күніне 1 болсын

иә

жоқ

2. Алкогольды ішімдіктерді қолдану, аптасын 2 реттен кем емес

иә

жоқ 35-65 жастағы ерлер 18-34 жастағы ерлер

3. Ата-аналарыңызда жүрек аурулары бар ма (гипертония, ЖИА)

иә

жоқ

4. Төс қуысында тыныштықта немесе жүктеме (психологиялық-эмоциялық, физикалық) кезінде жағымсыз сезімдер, оны тоқтатқан кезде немесе доғарғаннан кейін 10 минут ішінде басылатын немесе жүректің шалыс соғуы бар ма

иә

жоқ

5. Бас ауруы

иә

жоқ

6. Артериялық қысымның көтерілуіне шағымсыз бар ма

иә

жоқ

7. Көз көрудің нашарлауына шағымсыз бар ма

иә

жоқ

8. Көз алдында бүркеніш болуына шағымыңыз бар ма

иә

жоқ

9. Ата-аналарыңызда глаукома болды ма

иә

жоқ

10. 4 диоптриядан асатын алыстан нашар көрушілік бар ма

иә

жоқ

11. Соңғы жыл ішінде нәжісте патологиялық қоспалар байқадыңыз ба

иә

жоқ

12. Тек қана әйел адамдар үшін: түйіскен қан кетулер болады ма

иә

жоқ

Қан айналым жүйесі мен қант диабеті ауруларын тексеру нәтижесі



иә



жоқ

жас

Скринингтен өтетін адамның қан айналым жүйесі ауруларының даму мүмкіндігін SCORE шкаласы бойынша анықтау, ұсынымдар

Глаукоманы анықтауды тексеру нәтижесі: жас, көз ішілік қысым

Ісік пен ісік алды ауруын анықтауды тексеру нәтижесі:

Әйел адамның жағндысын цитологиялық зерттеу: жас

Акушердің тексеруі

Айнамен

Жағынды алу

Кольпоскопия (көрсетілім бойынша):

Жатыр мойнының биопсиясының нәтижесі (көрсетілім бойынша):

Маммография, екінші оқу Скрининг бойынша маммографиялық тексерілді:

Гемокульт-тест жас: Скрининг бойынша гемокульт-тест өткізілді:

Колоноскопия (көрсетілім бойынша):

Эзофагоскопия жас:

Гастродуоденоскопия жас:

ПЕА (ерлер жас):

Простата денсаулығының индексі

Қуық асты безінің биопсия нәтижесі:

Келулер:

Скринингтік тексерудің нәтижесі:

Дені сау



иә



жоқ

Мінез-құлықтық қауіп-қатер факторлары анықталды

Биологиялық қауіп-қатер факторлары анықталды

АХЖ 10 бойынша қорытынды диагноз

Динамикалық қарау тобы

БМСК дәрігеріне жолданды (учаскелік, жалпы тәжірибе дәрігері)



иә



жоқ

Скринингтік тексерудің аяқталған күні

Скринингтік тексеруді өткізген маманның Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Берілген мәліметтердің дұрыс екенін растаймын/Подтверждаю, что вся представленная информация достоверна.

«Профилактикалық қарап-тексеру (скринингтің) картасы» № 055/е нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МҰ	Медициналық ұйым
4	ОМҚ	Орта медицина қызметкері
5	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

«Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазуды есепке алу нысаны» № 056/е нысаны

1. Шақыру уақыты мен күні

2. Пациенттің жеке сәйкестендіру нөмірі

3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

4. Туған күні
5. Тұрғылықты мекенжайы
6. Учаскенің №
7. Шақыру себебі
8. Бірінші/қайта шақыру;
9. Шақыруды орындау күні мен уақыты;
10. Шақыруға кім барды (тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы)
11. Диагноз
12. Көрсетілген көмек

Ескертпе:

1-8 жолдар – дәрігерді үйге шақырулар санын, 1-12 жолдар – дәрігерлердің үйде көмек көрсету жазбаларын қалыптастырады.

«Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының жиынтық ведомосы» № 057/е нысаны

Кү- ні	Келу саны						
	Бар- лығы	14 жасқа дейінгі ба- лалар		Басқа жеңілдік топ- тары	Алғашқы келу		Бар- лығы
					олардың ішінде алғаш- қы келу	оңың ішінде 14 жасқа дейінгі балалар	
1	2	3		4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Пломба салыну себебі											
Асқынбаған тісжегі				Асқынбаған тісжегі				Тістердің тісжегісіз бұлінуі			
Сыртқы қабаты		Орташа		Терең		Пульпит		Периодонтит			
8		9		10		11		12		13	
		П	М	П	М	П	М	П	М	П	М

Кестенің жалғасы

Алдын алу жұмыстары		
Жоспарлы түрде қаралды		

Кестенің жалғасы

Атқарылған жұмыстар көлемі			Ортодонттық емдеу аяқталған адамдар саны						Жұмыс құнының жалпы сомасы
Протездер			оның ішінде						
Шешілмейтін	Шешілетін	оның ішінде ортопедиялық	барлығы	жеке тістер аномалиясымен	тістер катарының аномалиясымен	тістемнің сагиталдық аномалиясымен	тістемнің трансверзалдық аномалиясымен	тістемнің тік аномалиясымен	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының жиынтық ведомосына қосымша парақ

Стоматолог-ортопед дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы

Ай күндері	Келулер саны		Жасанды тісті қаптағыштар										
	Барлығы	Оның ішінде басқа қалалықтар	Барлығы	олардың ішінде						ви-нир	керамика		
				металдан	штамп	олардың ішінде құйылғандар	пластмассадан	прямые	непрямые				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
								прямые	непрямые		м/к	цир	цел. кер

кестенің жалғасы

олардың ішінде				олардың ішінде						
Барлығы	металлокерамикадан	коронкалар	керамика	Барлығы	құйылған тістер	құйылған тістер	тістер	керамика		
11	12	13	14	15	16	17	18	19		
					метал	м/к	ц/к			

кестенің жалғасы

Шлифтік тістер	Шешілетін протездер				Протез алған адамадар		
					Барлығы	олардың ішінде	
	Жартылай	Толық	Жартылай	Толық		төлем ақысыз	
	пластмассадан	пластмассадан	на аттачмен	кламмера			
20	21	22	23	24	25	26	27

**«Стоматологиялық пациенттің медициналық картасы (санацияны қоса
алғанда)»
№ 058/е нысаны**

1. ЖСН

2. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

3. Туған күні

4. Жынысы

е

ә

5. Жасы

6. Ұлты

7. Тұрғыны

қала

ауыл

8. Тұрғылықты мекенжайы

9. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Кәсібі Білімі

10. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

11. Диагноз

12. Шағымы

13. Бұрын ауырған және қосалқы сырқаттары

14. Осы сырқаттың дамуы

15. Объективті зерттеу деректері, сыртқы қарау

Ауыз қуысын қарау, тістердің жағдайы

Жақ

Қайсы жағы

Тіс

Жағдайы O/R.C/P/Pt/JMPA/K/I/V

16. Тістем

17. Ауыз қуысының, қызыл иектің жылбысқы қабықтарының, альвеолалық өскіндер мен таңдай жағдайлары

18. Рентгендік зертханалық зерттеулер деректері

19. Күнделікті жазбалары (күні, мәтіні, даигнозы, дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) мен идентификаторы)

20. Талдау жоспары, емдеу (дәрілік заттың, қызметтің атауы)

21. Ем нәтижесі (эпикриз)

22. Ұсынымдар

Емдеуші дәрігер

Бөлімше меңгерушісі

Стоматологиялық пациенттің
медициналық картасының
қосымша парағы

Стоматологиялық қабылдауда баланың зерттеу жоспары

I. Сыртқы пішінді сыйпаттау:				
1. Бойын ұстау				
2. Бет				
3. Зиянды әдеттер:				
II. Атқаратын қызметінің байқауы:				
1. Дем алу				
2. Шайнау				
3. Жұтыну				
4. Сөйлеу				
5. Еріндердің айкасуы				
III. Стоматологиялық мәртебе:				
1. Аймақтық лимфа түйіндерді				

2. Ауыз маңы				
3. Ауыз қуысының алды				
4. Үстінгі ерін жүгеншесі				
5. Тіл жүгеншесі				
6. Ауыз қуысының шырышты қабығы				
7. Қызыл иек маңы				
8. Тіл				
9. Тіс қатарының түрі				
10. Жак				
11. Жақтардың тістеуі				
12. Тістердің орналасуының ауытқуы				
13. Тістердің шығуы				
14. Тістің түсі				
15. Тістердің пішіні				
16. Кариоздық емес бұзылулар				
17. Деминерализация ошағы				
18. Кариестің ершу <input type="checkbox"/> КП <input type="checkbox"/> КПУ.				
19. Ауыз қуысының гигиеналық жағайы – ГЖ				
20. Стоматикалық топ				
21. Стоматологиялық диспансерлік топ				

«Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы» № 059/е нысаны

20__ жылы _____ қаралу күні

1. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

2. ЖСН _____

3. Туған күні _____

4. Мекенжайы, телефон

5. Жұмысы мен жұмыс орны, телефон №

6. Тістеу, тырнау, сілекей жағылу күні (астын сызыңыз және жазыңыз)

7. Тістелгені туралы қай емдеу ұйымына қаралды және қашан

8. Жарақат сипаттамасы және оның орналасуы

9. Тістеген, тырнаған, сілекейін жаққан жануар туралы мәлімет

10. Тістеу, тырнау, сілекей жағылу қандай жағдайда болды

11. Жануардың құтырғанын ветдәрігер клиникалық, зертханалық жолмен анықтады (астын сызыңыз немесе жазыңыз)

13. Жануар сау, өлді, өлтірілді, белгісіз (астын сызыңыз немесе жазыңыз)

14. Қаралушының анамнезі:

а) жүйке жүйесінің сырқаттары

б) спирттік ішімдіктер ішуі, жиілігі

в) бұрын құтырмаға қарсы екпелер егілген бе, қашан, қанша

г) басқа мәліметтер

15. Екпенің арналуы

16. Белгіленген режим (ауруханаға жатқызылды, амбулаторлық емделу)

17. Құтырмаға қарсы гаммаглобулин егілді, күні, сериясы

18. Тері іші сынамасына серпіліс: қызару

Ісіну

Десенсибилизация: бір мәрте, екі мәрте

Тәуліктік мөлшері

Қайталап енгізілуі:

Күні _____ Дозасы _____ Сериясы _____

Күні _____ Дозасы _____ Сериясы _____

19. Екпе кезіндегі асқынулар

20. Екпе курсы толығымен аяқталды, жануар сау болып шығуына
байланысты тоқтатылды, өздігінен тоқтатты (астын сызыңыз немесе жазыңыз)

21. Үзілген екпелерді жалғастыруға қандай шаралар қабылданды

22. Ескерту

Дәрігердің қолы _____

Екпе кезіндегі тәртіп ережелерімен таныстым

Р /с №	Ек-пе күні	Вакцина-ның доза-сы	Вакцина се-риясының№	Екпені жүргізген адамдардың қолы	Р /с №	Ек-пе күні	Вакцина-ның доза-сы	Вакцина се-риясының№	Екпені жүргізген адамдардың қолы

«Әскер жасына дейінгі емдеу картасы» № 060/е нысаны

1. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

2. ЖСН _____

3. Туған күні _____

4. Әскер жасына дейінгі мекенжайы

5. Жұмыс (оқу) орны

6. Кәсібі, лауазымы

7. Ауруының аты (әскери тіркеуге байланысты медициналық комиссиясының ұйғарымы)

8. Келу уақыты:

а) Келуі тағайындалды 20__ жылы _____ айы

Келуі туралы ескерту жіберілді _____

20__ жылғы _____ айы

Келді 20__ жылғы _____ айы

Кесу талоны № _____ Әскер жасына дейінгі емдеу картасының

№ _____ (әскер жасына дейінгі емделіп болған соң

толтырылып, аумақтық орган арқылы әскери комиссариатқа жіберіледі)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

2. ЖСН _____

3. Туған күні _____

4. Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың мекен-жайы

5. Жұмыс (оқу) орны

6. Кәсібі, лауазымы

7. Ауруының аты (әскери тіркеуге байланысты медициналық
комиссиясының ұйғарымы)

б) Келуі тағайындалды 20__ жылғы _____ айы

Келуі туралы ескерту жіберілді _____

20__ жылғы _____ айы

Келді 20__ жылғы _____ айы

8. Дәрігердің бақылауында болды _____

күні

20__ ЖЫЛҒЫ _____ айы

Келді 20__ ЖЫЛҒЫ _____ айы

күні

9. Диагнозы (емдеу ұйымында анықталды)

10. Объективті зерттеулер деректері

11. Рентгенодиагностика деректері

12. Зертханалық тексерулер деректері

13. Басқа зерттеулер деректері

14. Қандай емдеу жүргізілді

15. Емдеу нәтижесі

16. Емдеу ұйымының есебінен шығарылардағы денсаулық жағдайы мен
әскери қызметке жарамдылығы туралы алдын ала ұйғарым

17. Емдеу ұйымының есебінен шығарылды

Емдеу ұйымының мөрі « ____ » _____ 20__ ЖЫЛҒЫ

Емдеуші дәрігер _____ (қолы)

Бас дәрігер _____ (қолы)

18. Келу уақыты:

а) Келуі тағайындалды 20__ жылғы ____ айы

Келуі туралы ескерту жіберілді _____

б) Келуі тағайындалды ____ айы 20__ жылғы

Келуі туралы ескерту жіберіледі _____ айы 20
____ жылғы

Келді _____ айы 20 ____ жылғы

19. Дәрігердің байқауында болды

_____ күні

Емделуі

20. Анамнез: алдыңғы бақылаулар деректері мен алғашқы қарау деректері

21. Рентгенодиагностика мен зертханалық зерттеу деректері

22. Диагноз

23. Емдеу ұйымының есебінен шығару кезіндегі денсаулық жағдайы мен
әскери қызметке жарамдылығы жайлы алдын ала ұйғарым _____

Емдеуші дәрігер _____ қолы Бас дәрігер

_____ қолы

Медициналық бақылау деректері

Келу күні	Өтпелі бақылаулар	Тағайындалымдар

«Әскерге шақырғанға дейінгілердің жеке
тізімі _____ жылы туғандар, жолдануы тексерілуге,
жүйелі түрде емдеуге, диспансерлік қадағалауға»

№ 061/е нысаны

**ҰЙЫМНЫҢ
АТАУЫ**

Облыс (өлке) _____ елді мекен _____ аудан

P /с №	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	ЖСН	Туған күні	Мекенжайы (толық)	Жұмыс (оқу) орны	Аурудың атауы	Келу мерзімдері	
							келуі тағайындалды (күні)	келді (күні)
1	1	2	3	4	5	6	7	8

054/е н. артқы беті

P /с №	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)	ЖСН	Туған күні	Мекенжайы (толық)	Жұмыс (оқу) орны	Аурудың атауы	Келу мерзімдері	
							келуі тағайындалды (күні)	келді (күні)
1	1	2	3	4	5	6	7	8

20 _____ ЖЫЛҒЫ « _____ » _____ Аудандық әскери комиссар

Ескерту: есеп нысанын жүйелін түрде емделуге келмегендер үшін де қолданылады, ол кезде «жолданушылар» сөзін «келмегендер» сөзімен, «аудандық әскери комиссар» сөздері «бас дәрігер» сөздерімен ауыстырылады.

«Пациентты/клиентті және көрсетілген әлеуметтік-психологиялық қызметті тіркеу журналы» № 062/е нысаны

P /с №	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	ЖСН	Күні	Мекенжайы	Пациенттің тұлғалық-әлеуметтік мәртебесі	Отбасы тұлғалық-әлеуметтік мәртебесі	Әлеуметтік диагнозы/ Психологтің тұжырымы	Үйге барған-да анықталған проблемалар	Әлеуметтік қызметкердің психологті / бағалау	Әлеуметтік қызметкердің психологтің іс-әрекет жоспары	Қызметтің атауы: Волонтерлерді дайындау (1) Тақырыптың/тренингтің атауы (2) Протездеу (3) Алынған көшу құралы (4) Балалар үйіне берілген (5)	Ескерту
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

«Әлеуметтік қызметкер/психолог толтыратын пациенттің картасы» № 063/е нысаны

1. Тегі _____

Аты _____ Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

2. Туған күні күні, айы, жылы _____ / _____ / _____ ЖЫЛҒЫ.

3. Жынысы: 1- ер, 2- әйел

4. ЖСН _____

5. Мекенжайы

6. Бекітілген тұрғын: 1-иә, 2- жоқ; 6.1. Тұрғын: 1-қаланың, 2- ауылдың

7. Халық санаттары: 1-оқушы, 2-студент, 3-жұмыс істеуші, 4-жұмыссыз, 5- басқа

8. Жеңілдік алушылар санаты: 1- ОСМ, 2-ҰОСҚ; 3-интернационалист жауынгер; 4- бала кезінен мүгедек; 5- ауруы бойынша мүгедек, 6- басқа жеңілдік алушылар

9. Қаралу себебі: 1-кеңес, 2-ауруы, 3-Әлеуметтік мәселе, 4 психологиялық мәселе, 5-тренингтарда қатысу, 6- басқа

10. Кім жолдады: 1- өзі келді, 2-медициналық ұйымдар, 3- мемлекеттік ұйымдар мен мекемелер, 4 - үкімет емес ұйымдар, 5 – басқалары (тізімге жазу _____)

11. Ақпарат қайнар көзі: 1- дәрігер, 2- мейірбике, 3-әке-шешелері, 4- достары, 5- әріптестері, 6-БАҚ, 7-сенім телефоны, 8-басқа

12. Сапарлар: 1-алғашқы, 2- қайта

13. Келуі:

Күні	Келу уақыты	Келу түрі (жеке кеңесу, топтарда кеңесу, үйге келу)
14. Әлеуметтік-психологиялық мәселені бағалау		

15. Әлеуметтік қызметтер түрі: 1-әлеуметтік-медициналық қызметтер 2- әлеуметтік-психологиялық қызметтер 3-әлеуметтік-педагогикалық қызметтер 4- әлеуметтік-экономикалық қызметтер 5-әлеуметтік-құқықтық қызметтер 6- әлеуметтік-тұрмыстық қызметтер 7-әлеуметтік-еңбек қызметтер 8) әлеуметтік-мәдени қызметтер; 9) жеке психологиялық кеңестер; 10) отбасылық психологиялық кеңестер; 11) топтарда кеңесу

16. Қаралу нәтижесі: 1-жағдайды шешу, 2-жағдайды жақсарту, 3-өзгеріссіз, 4- клиенттің бас тартуы, 5-басқа

17. Қаралу оқиғасы: 1-аяқталды, 2-аяқталмады

18. Әлеуметтік қызметкер/психолог:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) _____

Қолы _____

19. Күні «__» _____ жылы

«Талон» № 064/е нысаны

Амбулаториялық картасының №

Участкенің №

ЖСН

Пациенттің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Туылған күні

Жынысы



ер



әйел

Азаматтығы

Тұрғылықты мекенжайы

Байланыс телефоны

Отбасылық жағдайы

Білімі

Жұмыс/оқу орны

Лауазымы

Әлеуметтік мәртебесі

18 жасқа дейінгі балалар үшін ата-аналардың Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Үйге медициналық қызмет көрсету МСАК МҰ еркін таңдау кезінде

Тіркеушінің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда) ID

№ 064/е «Талон» нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция)
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі

Егу								
Қайта егу								

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АҚДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген

дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – көкжөтел вакцинасы.

Вирусті гепатитке қарсы екпе

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы		Медициналық қайшылықтар
						Жалпы (Т*)	Егілген жерде	
Егу								
Қайта егу								

Паротитке қарсы екпе

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Екпеге дене серпілісі		Медициналық қайшылықтар
				Жалпы (Т*)	Егілген жерде	

№ 063/е н. 4 беті

Қызылшаға қарсы екпе

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Екпеге дене серпілісі		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі)
				Жалпы (Т*)	Егілген жерде	

Басқа инфекциялық ауруларға қарсы екпе

	Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы	Медициналық қайшылықтар(күні, себебі)
						Жалпы (Т*)	Егілген жерде
Егу							
Қайта егу							

Есептен шығарылған күні _____ Қолы _____

Себебі _____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

«Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы» № 066/е нысаны

1. Күні мен уақыты
2. Карта №
3. Нәрестінің/анасының жеке сәйкестендіру нөмірі (бар болған жағдайда)
4. Нәрестінің/анасының тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
5. Туған күні
6. Қандай аруға қарсы екпе
7. Өндірген ел
8. Партия нөмірі
9. Екпенің сериясы
10. Вакцинаның, препараттың, анатоксиннің және басқа аттары
11. Екпе тәсілі:
12. Мөлшері
13. Екпенің уақыты мен күні
14. Екпенің атауы
15. Жанама реакция немесе жағымсыз құбылыс

«Вакциналар қозғалысы журналы» № 067/е нысаны

20 _____ жылы _____ бойынша

Р /с №	Вакцина егу күні	Вакцинаның атауы	Жаңа туған нәрестелердің егілуі			Жұмсалған вакциналар (дозамен)	Қалған вакцина (дозамен)
			№1 бөлімше	№2 бөлімше	барлығы перзентхана бойынша		
1	2	3	4	5	6	7	8

«Жолдама алуға анықтама» № 068/е нысаны

Бұл анықтама санаториялық-курорттық картаны алмастыра алмайды және пациентқа санаторийге орналасуға немесе амбулаторлық-курстық емделу құқығын бере алмайды.

Қай күнге дейін жарамды

күні, айы, жылы

Жеке тұлғаға берілді

тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

ЖСН _____

Туған күні _____

Мекенжайы:

Қандай сырқаттан зардап _____

диагнозын көрсетіңіз

және оған ұсынылған ем:

Курорттық

ұсынылған курорттарды көрсетіңіз

а) санаторийге

бейінін көрсетіңіз

б) амбулаторлық-курстық (керекті астын сызыңыз) _____

Жергілікті санаторийде (курорттан тыс)

санаторий бейінін көрсетіңіз

Жыл мезгілі (қыста, көктемде, жазда, күзде) астын сызыңыз

Анықтама тұрғылықты жері мен жұмыс орнында ғана күшінде. Жолдау қағазын алу үшін көрсетіледі. Жолдау қағазын алғаннан кейін санаторлық карта алу үшін анықтыма берген медицина ұйымына баруыңыз қажет.

М.О. Емдеуші дәрігер _____

М.О. Бөлімше менгерушісі _____

20__ жылғы «__» _____

«Санаторийлік - курорттық карта» № 069/е нысаны

№ _____ 20__ жылғы _____

Карта берген емдеу ұйымының мекенжайы:

Облыс (Область)

Аудан

Қала

Көше

Емдүші дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Пациенттің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз), туған жылы

ЖСН _____

Үйінің мекенжайы мен телефоны

2. Оқу (жұмыс) орны

3. Лауазымы

Балалар блогі (0-17 жасты қоса алғанда)

Ата-анасының жұмыс орны мен телефоны

1. Анамнез: туғандағы салмағы, даму ерекшеліктері, қандай аурулармен ауырды (неше жасында)

2. Тұқым қуалаушылығы

3. Профилактикалық екпелері (уақытын көрсетіңіз)

4. Осы ауруының анамнезі: неше жасынан ауырады, ерекшеліктері мен ағымының сипаттамасы, асқыну жиіліктері, соңғы асқынуы, жүргізілген емдеу шаралары (оның ішінде қайталануға қарсы), санаториялық-курорттық емдеу жүргізілді ме, қанша рет, қайда және қашан. _____

5. Қазіргі уақыттағы шағымдар

6. Объективті қарау деректері

7. Зертханалық, рентгенологиялық және басқа зерттеулер деректері (күні)

Негізгі диагнозы

Қосалқы сырқаттары

Мөр Емдеуші дәрігердің қолы _____

орны

Бөлімше менгерушісінің қолы _____

Санаторийлік іріктеу комиссияның қорытындысы

Негізгі диагнозы

Қосалқы сырқаттары

Ұсынылған санаторийлік-курорттық емделу

Мөр орны

Төраға _____

Комиссия мүшелері

Күні _____ күні, айы, жылы

Баланың тегі, аты

Санаторийде болды

бастап

Санаторий диагнозы:

Қосалқы сырқаттары

Жүргізілген ем (емдеу түрлері, процедуралар саны)

Емдеу тиімділігі (антропометрикалық, гематологиялық көрсеткіштер,
функциялық сынамалар динамикасы, соматикалық статусының өзгеруі, емдеу
нәтижелерінің жалпы бағасы)

Емханадан тыс емделуі туралы ұсыныстар

Инфекциялық аурулармен үйлесімі

Бастан өткерген интеркурентті аурулары, негізгі және қосалқы
сырқаттарының асқынуы

Ординатордың қолы _____

Бас дәрігердің қолы _____

Күні _____

Бұл карта барлық бағандары айқын толтырылып, қойылған қолдар анық,
мөрі басылған жағдайда ғана күшіне енеді. Карта 2 ай мерзімі ішінде күшінде

Нысанының міндетті қосалқы парағы Баланың мекенжайындағы аудандық
емханаға қайтарылуы тиіс

Ерсесектердің блогі (18 жас және жасы үлкен)

1. Шағымы, қашаннан бері сырқат, анамнез деректері, бұның алдындағы
емделуі, оның ішінде санаторийлік-курорттық

2. Клиникалық, зертханалық, рентгенологиялық және басқа зерттеулердің қысқаша деректері (күндері)

3. Диагноз: а) негізгі

б) қосалқы сырқаттары

Қорытынды

Курорттық емдеу

ұсынылған курорттарды көрсетіңіз

а) санаторийде

бейінін көрсетіңіз

б) амбулаториялық – курстық Жергілікті санаторийде емделу ұсынылады
(курорттан тыс)

_____ санаторий бейінін көрсетіңіз

Жыл мезгілі _____

М.О.

Емдеуші дәрігер _____ М.П. Бөлімше
меңгерушісі _____

Санаторийлік немесе амбулаториялық-курстық емделуге жолдау қағазын
көрсеткенде беріледі.

Бұл картасыз жолдау қағазы күшіне енбейді.

**«Балалар санаторийіне жолдама» № _____
№ 070/е нысаны**

Санаторийдің атауы мен медициналық бейіні

Мерзімі 20__ жылғы _____ бастап 20__ жылғы _____
дейін

Жолдама тегін, сатуға немесе басқа адамға беруге рұқсат етілмейді

Баланың тегі

Толық аты

Туған күні

күні, айы, жылы

ЖСН _____

Мекенжайы

Телефон

Жолдама берген ұйымның мекенжайы

Жолдама берген ұйымның мөрі

Жолдама берген адамның қолы, лауазымы, тегі

№077/е.н.2 беті

Санаторийге қабылданатын балалар жасы

Жастан

жасты қоса

Көрсетілімдер (медициналық бейініне сәйкес)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Жалпы қарсы көрсетілімдер

1. Жіті кезеңдегі басқа аурулар _____

2. Арнайы емдеуді қажет ететін барлық созылмалы аурулар

3. Бастан өткерген инфекциялық ауруларының оқшаулау мерзімі біткенше

4. Бактерия тасымалдаушы

5. Көз бен терінің барлық инфекциялық аурулары, қатерлі анемия, лейкомия, қатерлі ісіктер, кахексия, ішкі ағзалар амилоидозы, өкпе және басқа ағзалар туберкулезінің белсенді формасы

6. Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары:

а) жергілікті мамандандырылған санаторийлер үшін-қан айналымының 1 дәрежеден жоғары жетіспеушілігі.

б) курорттардағы санаторлық емдеу үшін – қан айналымы жетіспеушілігінің барлық дәрежесі

7. Эпилепсия, психоневроз, психопатия, ақыл-есі кем, жекеше күтім мен емдеуді қажет ететін балалар

8. Осы курорт пен санаторийде емделуге қайшылық ететін қосалқы сырқаты бар балалар. Осы санаторий үшін жасы мен ауруы сәйкес келмейтін балалар санаторийге қабылданбайды

№077/е.н.3 беті

Жолдама төмендегідей құжаттар болғанда күшіне енеді:

1. Санаторийлік-курорттық картасы

2. Тұрғылықты жерінде инфекциялық аурулармен түйіспегені жайлы эпидемиологтың анықтамасы

3. Инфекциялық тері аурулары жоқтығы туралы дерматологтың анықтамасы
4. Күл және дизентерия бактерия тасымалдаушылығына зерттеулер деректері (эпидемиологиялық және медициналық көрсетімдері бойынша)
5. Мектеп оқушыларында мектебінен мінездеме және күнделігі болуы керек (оларды күздік-қыстық-көктемдік кезеңдерде жолдағанда)
6. Балалар мезгіліне сай киіммен және аяқ киіммен, сонымен қатар спорттық киім мен жеке бас гигиенасының заттарымен қамтамасыз етілуі тиіс

Ескертпе:

Балалардың ас қорыту ағзалары сырқатын емдеуге арналған санаторийлерде дизентерия бактериясын тасуымалдаушылыққа тексеру міндетті (В санаторий для детей с заболеваниями органов пищеварения обследование на дизентерийное бактерионосительство обязательно)

№077/е.н.4 беті

Санаторийдің мекенжайы

Қатынасу жолдары

**«Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына
медициналық анықтамасы» № 071/е нысаны**

Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

ЖСН _____

Туған күні _____

Мекенжайы _____ үй телефоны № _____

Мектеп № мен оның мекенжайы

Телефон № _____ сынып _____ аудан

Емхана № мен оның мекенжайы

_____ телефон
№ _____

Денсаулық жағдайы (егер диспансерлік бақылауда болса, диагнозын
көрсетіңіз)

Бастан өткерген инфекциялық аурулары (қызылша, жәншау, көкжөтел, без
шошуы, Боткин ауруы, жел шешек, дизентерия)

Жүргізілген екпелер (КДС) соңғы екпенің уақыты көрсетілуімен

Дене дамуы

Дене шынықтыру тобы

Ұсынылған режім

_____ анықтаманың берілген күні

Мектеп немесе балалар емханасы дәрігерінің қолы

№079/е.н. 2 беті

Сауықтыру лагерінің дәрігері толтырады

Сауықтыру лагерінде болған кезіндегі денсаулық жағдайы мен бастан
өткерген аурулары

Инфекциялық аурулармен түйісуі

Сауықтыру лагерінде сауығуының тиімділігі:

Жалпы жағдайы

Түскен кездегі салмағы _____ кеткен кездегі

Динамометрия _____

Спирометрия _____

Күні

Сауықтыру лагері дәрігерінің қолы _____

Анықтама оқитын мектебіне қайтарылуы тиіс (Справка подлежит
возвращению в школу по месту учебы)

«Медициналық анықтама (шетелге шығушыға)» № 072/е нысаны

Берілді: тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

_____ жаста, емханада медициналық тексеруден өткені туралы

_____ ұйымның атауы мен

орналасқан орны

Тексеріп-қарау кезінде анықталды

АИТВ-мәртебесі

Денсаулық жағдайы бойынша жеке тұлға

шетелге іссапарға жолданылады

_____ елдің атауы мерзімге

20 _____ жылғы (года) « ____ » _____

Анықтаманың жарамдық мерзімі – 1 жыл

М.О. Комиссия мүшелері _____

Дәрігердің мөр орны

**«Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама»
№ 073/е нысаны**

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі аты әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туылған күні

Жынысы



ер



әйел

Тұрғылықты мекенжайы

Байланыс телефоны

Жұмыс/оқу орны

Лауазымы

Мамандардың медициналық зерттеп - қарау нәтижесі:

Терапевт/ЖПД қорытындысы: тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда),
идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге
белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы

Офтальмолог қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда),
идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге
белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсетілімдер қорытындысы

Оториноларинголог-дәрігердің қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы

Психиатрдың қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы

Ұйғарым

1. Троллейбустар мен трамвайларды басқаруға
 2. Автомобильдерді максималды салмағын шектеусіздікпен және автобустарды жолаушылар сымдылығын шектеусіздікпен «А», «В», «С», «D», «BE», «CE», «DE», шағын категориялар А1, В1, С1, D1, С1Е и D1Е, сондай-ақ трамвайлар мен троллейбустар санаттары бойынша басқаруға
 3. «В» санаты өз жеке автомобилін жалданып жұмыс істеу құқығынсыз басқаруға
 4. Мотоциклді, мотороллерді («А» санаты) басқаруға
 5. Мотор арбаны басқаруға
 6. Мопедті басқаруға
- Медициналық анықтаманы беру күні
- Анықтама қанша мерзімде күшінде



Медициналық комиссиясының мөрі

Комиссия төрағасы

тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

Хатшы

тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

**«Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы»
№ 074/е нысаны**

_____ Жүкті әйелдің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған
жағдайда)

ЖСН _____

Туған күні _____

Жұмыс орны мен лауазымы

_____ Жүктілігі _____ апта

_____ Ауыстыру негіздемесі

Ұсынылған жұмыс

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

қолы _____

Берілген күні

Ауыстырылды

Жетекшінің лауазымы

Қолы _____ Күні _____

**«Медициналық анықтама (дәрігерлік кәсіби-консультативтік қорытынды)»
№ 075/е нысаны**

МҰ атауы

ЖСН

Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туылған күні

Жынысы



ер



әйел

Тұрғылықты мекенжайы

Тіркелген мекенжайы

Жұмыс/оқу орны/балалар мекемесі

Лауазымы

Соңғы медициналық зерттеп-қарау күні

Соңғы медициналық зерттеп-қару сәтінде айқындалған аурулар

Дәрігер тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы
(ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Терапевт/ЖТД қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда),
идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге
белгісі)

Нарколог дәрігердің зерттеп-қарауы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған
жағдайда), идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын
өзге белгісі)

Жүргізу нәтижесі және күні

Психоактивті заттардың болуы үшін сұйық биологиялық ортаны зерттеу

Психиатр қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда),
идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге
белгісі)

Психологиялық тест

Күні Нәтижесі

Флюорография нәтижесі

Күні Нәтижесі

Зертханалық зерттеулердің нәтижесі

Шарттарды көрсете отырып, кәсіби жарамдылық туралы медициналық
қорытынды

Анықтаманы толтырған

тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

Медициналық ұйымның басшысы

тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

**№ 075/е «Медициналық анықтама (дәрігерлік кәсіби-консультативтік
қорытынды)»****нысанының қысқартылымдары:**

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МҰ	Медициналық ұйым
4	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
5	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолы

**«Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және
алып жүруге
рұқсат алу үшін медициналық қарап-тексеру қорытындысы» № 076/е
нысаны**

20 ____ ЖЫЛҒЫ « ____ » _____

Азаматқа берілді:

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

ЖСН _____

Облыс (қала)

_____ аудан _____

Алдын-ала/периодтықараудың нәтижелері бойынша (керекті астын
сызыңыз)

Мекеме аты

● Терапевт дәрігері

_____ қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

қуәландыру күні 20__жылғы «__»

Қорытынды

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

- Невропатолог-дәрігері
-

қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

қуәландыру күні 20__жылғы «__»

Қорытынды

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

- Офтальмолог-
дәрігері
-

қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

қуәландыру күні 20__жылғы «__»

Қорытынды

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

- Психиатр дәрігері психологиялық тестлеумен:
-

Қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

куәландыру күні 20 ____ ЖЫЛҒЫ « ____ »

Қорытынды _____

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

• Психикаға белсенді әсер ететін заттардың болуына сұйық биологиялық ортаға талдау _____

мерзімі

қорытындысы _____

орындаушының қолы орындаушының Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

• Нарколог дәрігері

қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

куәландыру күні 20 ____ ЖЫЛҒЫ/ГОД « ____ » _____

Қорытынды _____

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

Медициналық тексеру қорытындысы (Заключение медицинского осмотра)

Дәрігер-терапевт: _____ қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Мөрдiң орны _____

Медициналық ұйымның басшысы _____ қолы Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Медициналық комиссиясының мөрі

Комиссия төрағасы _____

_____ ҚОЛЫ

Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Хатшы _____ қолы Т.А.Ә. (бар
болған жағдайда)

№ 076/е «Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға
және алып жүруге рұқсат алу үшін медициналық қарап-тексеру қорытындысы»
нысанының қысқартулары:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	МО	Мөр орны
3	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

«Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы» № 077/е нысаны

Есепке алу күні

Жалпы бөлім:

1. ЖСН

2. Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

3. Туған күні

4. Қан тобы резус-фактор

5. Жүктіліктің анықталған күні

6. Жасы

7. Ұлты

8. Тұрғын



қала



ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

11. Медициналық сақтандыру компаниясының атауы, № страхового полиса

12. Жолдасы жайлы ақпарат:

12.1 ЖСН

12.2 Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

12.3 телефон

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Егер жүкті әйел қаласа, осы нысандағы ақпарат қағазға көшіріледі
(айырбастау картасының аналогы).

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
1-қосымша парақ

Бастапқы қабылдау:

Қабылдау күні

Есепке алынғандағы шағымдары

Анамнез:

Қабылдау күні

1. Осы жүктіліктің асқынуы

2. Тектілік

3. Шалдыққан, ушыққан аурулары

4. Гепатит

жоқ

иә

5. Туберкулез

жоқ

иә

6. Онкологиялық аурулар

жоқ

иә

7. Венерологиялық аурулар

жоқ

иә

8. Созылмалы аурулар (бар болса диспансерлік есепте тұра ма, базистік терапияны алады ма)

жоқ

иә

9. Жасалған операциялар

10. Гемотрансфузия

жоқ

иә

11. Аллергоанамнез

жоқ

иә

12. Рентгенологиялық тексеру (ақырғы тексерістің нәтижесі)

13. Зиянды әдеттер



жоқ



иә

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Акушерлік-гинекологиялық анамнез:

Қабылдау күні

1. Еттекір функциясы:

Менархе жаста, еттекірдің ұзақтығы циклдың ұзақтығы

2. Жыныстық қатынасы жастан

3. Неке

4. Әкесінің денсаулығы туралы деректер (дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек)

5. Гинекологиялық анамнез

6. Контрацепция

7. Соңғы етеккірі бастап дейін

8. Жүктілік

Алдыңғы жүктілік кезіндегі аяқталуы

1. Жүктілік

2. Босану

3. Жүктілік

4. Жүктілік немен аяқталды

5. Босанған болса, қандай мерзімде

6. Бала салмағы

7. Жүктіліктің, босанғаннан кейінгі кезеңнің ағымы

Объективті деректер:

Қабылдау күні

1. Жалпы жай-күйі (қанағаттандырылған)

2. Бойы

3. Салмағы

4. ДМИ (дене массасының индексі)

5. Тері қабаты

6. Ісік

7. Сүт бездерінің зерттеу

8. Тыныс алу ағзаларының жай-күйі

9. Жүрек-қан тамырлары жүйесі

10. АҚ: оң қолында

сол қолында ЖЖЖ

11. Іш (жұмсақ, ауырсынусыз)

12. Бауыр, көкбауыр

13. Солқылдау симптомы

14. Басқа ағзалары

15. Несеп шығуы

16. Нәжіс

Акушериялық мәртебе:

Қабылдау күні

1. Жамбас өлшемдері:

D. Sp.

D. cr.

D. troch

c. ext

C. diag

C. vera

2. Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі см.

3. Іш шеңбері см.

4. Ұрықтың орналасуы, позициясы, түрі

5. Төмен орналасқан бөлігі

6. Іштегі баланың жүрек қағысы

7. Жүктіліктің мерзімі:

Еттекір бойынша

УДЗ бойынша (ерте 16 аптаға дейін)

8. Гинекологиялық зерттеу:

Сыртқы жыныс ағзалары

Айналарда:

Қынап

Жатыр мойыны

Жатыр денесі

Қосалқылар

Ерекшеліктері

Кольпоскопия (көрсетілімдері бойынша)

9. Диагноз: (жүктілік мерзімі)

10. Болжамды босану мерзімі

11. Болжамды босану орны

12. Тәуекел факторлары

Жүктілікті жүргізудің жеке жоспары:

1. Келу

2. Зертханалық зерттеулер (тарификатор);

3. Аспаптық зерттеулер

4. Мамандардың консультациялары

5. Емдеу-профилактикалық іс-шаралар

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
2- қосымша парақ

Акушер-гинеколог дәрігердің қабылдауы (әрбір қабылдау кезінде
толтырылады)

Күні

1. Шағымдар

2. Жалпы жағдайы (қанағаттандырылған)

3. АҚ

4. Тері

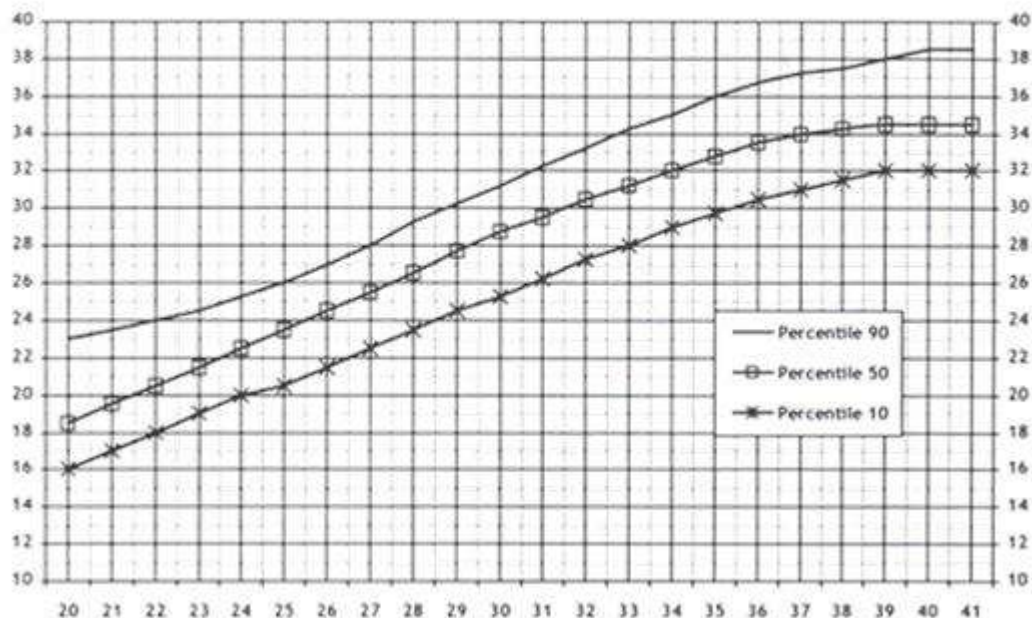
5. Ісіну

6. Пульс

7. Іші (жұмсақ, ауырсынусыз)

8. Жатыр (қалыпты тонус, гипертонус)

Гравидограмма

ВДМ
(СМ)

Акушерлік сыртқы зерттеулер:

1. жатыр түбі биіктігі: см.
2. Ұрықтың орналасуы
3. Іштегі баланың жүрек қағысы
4. ЖЖЖ мин – қағыс
5. Басқа ағзалары
6. Несептің шығуы
7. Нәжіс
8. Жүктілік апта
9. Тексерулер:
10. Ұсыныстар:

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
3-қосымша парақ

Зертханалық және диагностикалық қарап-тексеру нәтижелері

1. Күні мен уақыты

2. Зертханалық зерттеулер:

Жүктілік апта

RW 1

RW 2

АИТВ-1 (ақпараттандырылған келісім бойынша)

АИТВ-2 (ақпараттандырылған келісім бойынша)

Гепатит В маркерлері

Микроскопия сүртіндісі (көрсетілімдер бойынша)

Онкоцитологияға сүртінді (көрсетілімдер бойынша)

3. Пренаталдық скрининг

Биохимиялық скрининг

Өткізу мерзімі

Өткізу күні

Тексерудің нәтижелері

Ультрадыбыстық скрининг

Өткізу мерзімі

Өткізу күні

Тексерудің нәтижелері

Кардиотокографиялық зерттеу

Доплерометрия

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
4-қосымша парақ

Мамандардың консультациясы

1. Күні мен уақыты

2. Кеңес түрі
3. Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру
4. Диагноз
5. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау
6. Дәрігердің идентификаторы

Бар болған жағдайда:

7. Жазу консилиумдары ауруы бойынша келісілген зерттеу және емдеу ұстанымынан, ұсыныстардан тұрады. Консилиум мүшесінің ерекше позициясы болғанда, оның пікірі тіркеледі.

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
5-қосымша парақ

Босануға дайындау

1. Күні
2. Жүктілік мерзімі
3. Сабақтардың тақырыбы
4. Серіктің келуі
5. Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
6-қосымша парақ

Патронаждық қаралуы

1. Күні
2. Жүктілік мерзімі
3. Шағымы
4. Жалпы жағдайы (ісінуі)
5. АҚ
6. Іштегі баланың орналасуы

7. Төмен орналасқан бөлігі
8. Іштегі баланың жүрек қағысы
9. Тұрмыстық жағдайлар
10. Әлеуметтік саулық
11. Әлеуметтік-құқықтық көмек (көрсетілімдер бойынша)
12. Босануға психологиялық-профилактикалық дайындық
13. Нәтижесі
14. Ұсыныстар

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), идентификаторы

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
7-қосымша парақ

Босануға дейін/босанғаннан кейін уақытша еңбекке жарамсыздық парағын
беру

1. Жүктілігіне байланысты демалыс

бастап

дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы №

2. Босануы

Босанды

3. Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс

күні

бастап

дейін

4. Еңбекке жарамсыздық парағы №

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Босанудан кейінгі эпикриз

1. Босану/аборт күні

2. Осы жүктіліктің асқынуы
3. Экстрагениталдық аурулар код наименование
4. Жүктіліктің аяқталуы
5. Босану ерешеліктері
6. Нәресте салмағы бойы
7. Ауруханада болуы немен аяқталды:

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
7-қосымша парақ

Босанған әйелді бақылау (күнделік)

1. Күні
2. Жалпы қарау-п-тексеру
3. Шағымы
4. Зертханалық қарап-тексеру нәтижесі
5. Ұсынымдар, консультациялар

Дәрігер: Т.А.Ә. (бар болған жағдайда), ID

№ 077/е «Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы» нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
4	МҰ	Медициналық ұйым
5	Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

«Рецепт №» № 078/е нысаны

Күні мен уақыты

Кімге арналған

Өтеу түрі

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні

Үйінің мекенжайы

Диагнозы

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

Rp.

Халықаралық патенттелмеген атауы

D.T.D.

D.S.

Рецепт дейін жарамды

Телефон

<p>«Ауру бала күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы № _____ анықтамa» № 079/е нысанының тексеру талоны</p> <p>Берілген күні</p> <p>Жұмыстан босатылған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)</p> <p>Жеке сәйкестендіру нөмірі</p> <p>Жұмыс орны</p> <p>Мекенжайы</p> <p>Баламен туыстығы</p> <p>Бала туралы мәліметтер тегі, аты, жасы</p> <p>Диагноз</p> <p>Мектепке дейінгі ұйым, мектеп</p> <p>Жұмыстан босатылды кк/аа/жж бастап кк/аа/жж дейін</p> <p>Анықтаманы берген адамның аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы</p>	<p>«Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы № _____ анықтамa» № 079/е нысаны</p> <p>Берілген күні</p> <p>Азаматқа берілді</p> <p>оның ауру баланы күту үшін жұмыстан босатуға мұқтаж екендігі туралы</p> <p>Жұмыс орны</p> <p>Бала туралы мәліметтер</p> <p>тегі, аты, жасы</p> <p>Диагноз</p> <p>Мектепке дейінгі ұйым, мектеп</p> <p>Анықтаманы берген адамның аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>қай күннен бастап</td> <td>қай күн аралығында</td> <td>дәрігердің лауазымы мен тегі</td> <td>дәрігердің қолы</td> <td>ДКК төрағасының қолы</td> </tr> </table>	қай күннен бастап	қай күн аралығында	дәрігердің лауазымы мен тегі	дәрігердің қолы	ДКК төрағасының қолы
қай күннен бастап	қай күн аралығында	дәрігердің лауазымы мен тегі	дәрігердің қолы	ДКК төрағасының қолы		

№ 079/е.н. артқы беті

Жұмыстан босатылуы

қай күннен бастап	қай күн аралығында	дәрігердің лауазымы мен тегі	дәрігердің қолы	ДКК төрағасының қолы
				Жұмысқа кірісуі кк/аа/жж бастап
				Ұйымның идентификаторы

«Амбулаториялық келу кезінде есепке алу нысаны» № 080/е нысаны

1. Келу уақыты мен күні
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі
3. Тегі аты әкесінің аты (бар болған жағдайда)
4. Туған күні
5. Жынысы
6. Жасы
7. Ұлты
8. Тұрғын



қала



ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы
10. Келу себебі
11. Диагнозы
12. Көрсетілген көмек түрі
13. Медициналық қызметкердің тегі аты әкесінің аты (бар болған жағдайда), идентификаторы

«Туберкулезді күдік тудырған пациенттарды тіркеу журналы» № ТБ 081/е
НЫСАНЫ

Р /с №	Қаралған күні	ТАӘ (бар болған жағдайда)	Жасы	Жынысы	ҚМ* жіберілген күні		ҚМ дейін ДАГ қорытындылар		ҚМ кейін ДАГ қорытындылар		Хpert жолдау күні	Хpert қорытындысы
					ДАГ дейін	ДАГ кейін	1	2	1	2		

Кестенің жалғасы

ФГ/РГ** жіберілген күні	ФГ/РГ нәтижесі	Антибактериалды препараттарды тағайындаған күн, атауы	Диагнозы, ескертпе	ТБ диагнозын қою күні

<input type="checkbox"/> ә Жасы Ұлты Тұрғын <input type="checkbox"/> қала <input type="checkbox"/> ауыл Тұрғылықты мекенжайы Жұмыс орны																																																											
4. Диспансерге жатқызылуы туралы мәлімет <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Д тобы (0; IA; IB; IG; II; IIIА; IIIБ)</th> <th style="width: 15%;">ДЕ алын- ған- күні</th> <th style="width: 15%;">Ди- а- гноз</th> <th style="width: 15%;">ДЕ алын- ған күні</th> <th style="width: 35%;">ДЕ алыну себебі*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>* 1 – I топқа ауыстырылды; 2 – II топқа ауыстырылды; 3 – III топқа ауыстырылды; 4 – ТБ қайтыс болуы; 5 – Басқа да себептерден қайтыс болуы; 6 – ТБ деп анықталмаған; 7 – Басқа мекемеге ауыстырылуы; 8 - Диспансерлік бақылаудан үзілді «ТБ белсенді емес»-12 ай, «ТБ белсенді»-6 ай, «0 топ»-4 ай 9 - Диспансерлік бақылаудан алынуы Химиофилактика: ия жоқ Н (Изониазид) Н и Е (Изониазид и Этамбутол) Ия қойылған жағдайда Басталған күні Ия қойылған жағдайда Басталған күні Ия қойылған жағдайда Басталған күні Ем қабылдау мерзімі: 60 күн 90 күн 180 күн</p>	Д тобы (0; IA; IB; IG; II; IIIА; IIIБ)	ДЕ алын- ған- күні	Ди- а- гноз	ДЕ алын- ған күні	ДЕ алыну себебі*																										5. Бұл бөлімге белсенді бактерия бөліп тұратын пациенттарды тіркейді (ошақтың эпидемиологиялық тобына жататындар) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Ошақтың тобы(1; 2;3)</th> <th style="width: 25%;">Есепке алынған-ны</th> <th style="width: 25%;">Есептен алынды</th> <th style="width: 25%;">Алыну себебі ****</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>**** 1-II топқа ауыстырылғаны 2-басқа мекемеге ауыстырылуы 3-басқа да себептерден н/е ТБ қайтыс болуы 4- Эпидемиологиялық бақылаудан шығарылуы</p>	Ошақтың тобы(1; 2;3)	Есепке алынған-ны	Есептен алынды	Алыну себебі ****																								
Д тобы (0; IA; IB; IG; II; IIIА; IIIБ)	ДЕ алын- ған- күні	Ди- а- гноз	ДЕ алын- ған күні	ДЕ алыну себебі*																																																							
Ошақтың тобы(1; 2;3)	Есепке алынған-ны	Есептен алынды	Алыну себебі ****																																																								

«Қазақстан Республикасы Президентігіне үміткердің тіркелуіне кедергі келтіретін ауруларының жоқтығы туралы Қазақстан Республикасы Президентігіне үміткерлердің анықтамасы» № 083/е нысаны

« » 20 жыл

Жеке тұлғаға берілді

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі Аты Әкесінің аты (бар болған жағдайда)

Туған күні

Жынысы

Үйінің мекенжайы,

телефоны

Жұмыс орны

Психиатр дәрігер қорытындысы:

(ТАӘ (бар болған жағдайда)) психиатр дәрігер қолы, мөр

Мөр орны (ұйым)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2024 жылғы 14 қарашадағы
№ 95 Бұйрыққа
4-қосымша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығына
7-қосымша

Медицина қызметкерлерінің толтыруы үшін міндетті құжаттаманың тізбесі

Стационарда қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасы

Р /с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1.	Стационарлық пациенттің медициналық картасы	001/е	Электрондық форматта	25 жыл
2.	Патологиялы анатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы)	002/е	Электрондық/ қағаздық форматта	5 жыл
3.	Қанның, оның компоненттері және диагностикалық стандарттардың қозғалысын есепке алу нысаны	003/е	Электрондық форматта	5 жыл
4.	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы	004/е	Электрондық форматта	5 жыл
5.	Стационардың науқастар мен төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы	005/е	Электрондық форматта	1 жыл
6.	Қан, оның компоненттерін құюды есепке алу нысаны	006/е	Электрондық форматта	5 жыл
7.	Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке нысаны	007/е	Электрондық форматта	5 жыл
8.	Мәйіттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы	008/е	Электрондық форматта	5 жыл
9.	Биологиялық өлімді констатациялау/ трансплантаттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу/ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі	009/е	Электрондық форматта	25 жыл
10.	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы	010/е	Электрондық форматта	25 жыл
11.	Консервіленген донорлық тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) паспорты	011/е	Электрондық форматта	25 жыл
12.	Стационардан шыққанның статистикалық картасы	012/е		1 жыл

			Электрондық форматта	
13.	Жаңа туған нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) есепке алу нысаны	013/е	Электрондық форматта	5 жыл
14.	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы	ТБ 014/е	Электрондық форматта	5 жыл
15.	Туберкулезге шалдыққан IV санаттағы науқастың медициналық картасы	ТБ 015/е	Электрондық форматта	5 жыл
16.	Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеуді есепке алу нысаны	ТБ 016/е	Электрондық форматта	5 жыл
17.	Туберкулезбен ауыратын IV санаттағы науқастарды тіркеу журналы	ТБ 017/е	Электрондық форматта	5 жыл
18.	Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы	ТБ 018/е	Электрондық форматта	5 жыл

1. Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысаны

Р /с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Операциялар/манипуляцияларды есепке алу нысаны	019 /е	Электрондық форматта	25 жыл
2	Босануларды есепке алу нысаны	020 /е	Электрондық форматта	25 жыл
3	Медициналық куәландыруды, анықтамалар беру есепке алу нысаны	021 /е	Электрондық форматта	5 жыл
4	Диализ картасы	022 /е	Электрондық форматта	25 жыл
5	Ерітілген цитостатиктерді есепке алу журналы	023 /е	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
6	Клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге өтінімдерді тіркеу журналы	024 /е	Электрондық форматта	3 жыл
7	Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы	025 /е	Электрондық форматта	3 жыл
8	Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы	026 /е	Электрондық форматта	3 жыл
9	Анықтама	027 /е	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл

10	Шетелдіктердің, азаматтығы жоқ адамдардың, мигранттардың, еңбекші-мигранттардың (соның ішінде ЕАЭҚ-ға мүше елдердің) денсаулығы жөніндегі медициналық қорытынды	028 /e	Қағаздық форматта	3 жыл
11	Уақытша еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы	029 /e	Электрондық форматта	3 жыл
12	СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы	030 /e	Электрондық форматта	1 жыл
13	Медициналық-әлеуметтік сараптаманың қорытындысы	031 /y	Электрондық форматта	1 жыл
14	Мүгедектігі бар адамдарды тіркеу және оналту журналы	032 /e	Электрондық форматта	3 жыл
15	Пациент/мүгедектігі бар адамды оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі	033 /e	Электрондық форматта	3 жыл
16	Мәлімдеме	034 /e	Электрондық форматта	3 жыл
17	Медициналық қызметтерді есепке алу нысаны	035 /e	Электрондық форматта	1 жыл
18	Масаң болу немесе ішімдікті көп мөлшерде қолдану немесе есірткелік жіті ұыттануымен масаң болуға байланысты әрекеттер салдарынан ауырған кезде уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама /	036 /e	Қағаздық форматта	3 жыл
19	Студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері кезінде уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама	037 /e	Қағаздық форматта	3 жыл
20	Анықтамаға бақылау талоны. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы анықтама	038 /e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
21	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы/	039 /e	Қағаздық форматта	25 жыл
22	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы	040 /e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
23	Медициналық туу туралы куәлік	041 /e	Қағаздық форматта	5 жыл
24	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың қорытындысы	042 /e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
25	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы	043 /e		3 жыл

			Элек- трондық/ қағаздық форматта	
26	Медициналық қызметтерді көрсету ақауларын есепке алу картасы (МҚАЕ)	044 /e	Қағаздық форматта	қажет- тілік уақы- ты ауған- ша
27	Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік	045 /e	Элек- трондық форматта	15 жыл
28	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік	046 /e	Элек- трондық/ қағаздық форматта	15 жыл
29	Оңалту картасы	047 /e	Элек- трондық форматта	5 жыл
30	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы	048 /e	Қағаздық форматта	3 жыл
31	Апаттық жағдайларды тіркеу журналы	049 /e	Қағаздық форматта	5 жыл
32	Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы	050 /e	Элек- трондық/ қағаздық форматта	1 жыл
33	Ана өлім-жітімін есепке алу картасы	051 /e	Элек- трондық/ қағаздық форматта	1 жыл

2. Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есепке алу құжаттамасы

Р /с №	Нысан атауы	Ны- сан нө- мірі	Құжаттың тү- рі	Сақтау мерзімі
1	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы	052 /e	Электрондық форматта	1 жыл
2	Дәрігердің қабылдауына арналған талон	053 /e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
3	Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы	054 /e	Электрондық форматта	1 жыл
4	Профилактикалық қарап тексеру (скринингтің) картасы	055 /e	Электрондық форматта	5 жыл
5	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазуды есепке алу нысаны	056 /e	Электрондық форматта	1 жыл
6				1 жыл

	Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының жиынтық ведомосы	057 /e	Электрондық форматта	
7	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы (санацияны қоса алғанда)	058 /e	Электрондық форматта	5 жыл
8	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы	059 /e	Қағаздық форматта	3 жыл
9	Әскер жасына дейінгі емдеу картасы	060 /e	Қағаздық форматта	5 жыл
10	Жүйелік емдеу үшін әскер жасына дейінгі жеке тізімі	061 /e	Қағаздық форматта	5 жыл
11	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы	062 /e	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл
12	Әлеуметтік қызметкер/ психолог толтыратын пациенттің картасы	063 /e	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл
13	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны	064 /e	Электрондық форматта	1 жыл
14	Профилактикалық екпелер картасы	065 /e	Электрондық/ қағаздық форматта	5 жыл
15	Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы	066 /e	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл
16	Вакциналар қозғаласының журналы	067 /e	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл
17	Жолдама алуға анықтама	068 /e	Қағаздық форматта	3 жыл
18	Санаторийлік - курорттық карта	069 /e	Қағаздық форматта	3 жыл
19	Балалар санаторийіне жолдама	070 /e	Қағаздық форматта	3 жыл
20	Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы	071 /e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
21	Медициналық анықтама (шет елге шығушыға)	072 /e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
22	Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама	073 /e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
23	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы	074 /e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
24	Медициналық анықтама (дәрігерлік кәсіби-консультативтік қорытынды)	075 /e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
25	Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алу үшін медициналық қарап-тексеру қорытындысы	076 /e		3 жыл

			Электрон- дык/ қағаз- дык форматта	
26	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы	077 /e	Электрондық форматта	5 жыл
27	Рецепт	078 /e	Электрондық форматта	1 жыл
28	Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы анықтама	079 /e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
29	Амбулаториялық келу кезінде есепке алу нысаны	080 /e	Электрондық форматта	1 жыл
30	Туберкулезге күдік тудырған науқастарды тіркеу журналы	ТБ 081 /e	Электрондық форматта	5 жыл
31	Диспансерлік контингентті бақылау картасы	ТБ 082 /e	Электрондық форматта	5 жыл
32	Қазақстан Республикасы Президентігіне үміткердің тіркелуіне кедергі келтіретін ауруларының жоқтығы туралы Қазақстан Республикасы Президентігіне үміткерлердің анықтамасы	083 /e	Электрон- дык/ қағаз- дык форматта	қажеттілік уақыты ауғанша

3. Медициналық ұйымдардың басқа түрдегі медициналық құжаттамасын есепке алу нысаны

Р /с №	Нысан атауы	Нысан нө- мірі	Құжат- тың түрі	Сақ- тау мерзі- мі
1	АИТВ жұқтырғандарды есепке алу журналы	084 /e	Элек- трон- дык/ қа- ғаздық форматта	қажет- тілік уақы- ты ауған- ша
2	Жедел медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы	085 /e	Элек- трон- дык/ қа- ғаздық форматта	2 жыл
3	Учаскелік дәрігерге дабыл парағы	086 /e	Элек- трон- дык/ қа- ғаздық форматта	2 жыл
4	Санитариялық авиация мобильдік бригадасын шақыру картасы	087 /e	Элек- трон- дык/ қа- ғаздық форматта	2 жыл
5		088 /e	Элек- трон-	1 жыл

	Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе парағы. Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына жіберіледі)		дық/ қа- ғаздық форматта	
6	Санитариялық авиация нысанында медициналық көмек ұсыну бойынша шақыруларды қабылдауды тіркеу журналы	089 /е	Элек- трон- дық/ қа- ғаздық форматта	3 жыл
7	Санитариялық ұшуға тапсырма	090 /е	Элек- трон- дық/ қа- ғаздық форматта	1 жыл
8	Жедел өтінім № ____	091 /е	Элек- трон- дық/ қа- ғаздық форматта	1 жыл
9	Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы	092 /е	Элек- трон- дық/ қа- ғаздық форматта	
10	АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын, АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы	093 /е	Элек- трон- дық/ қа- ғаздық форматта	5 жыл
11	Зертхана қызметкерлерін зерттеп-қарауды тіркеу журналы	094 /е	Элек- трон- дық/ қа- ғаздық форматта	3 жыл
12	ЖҚТБ-мен ауыратын науқас немесе АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен құпия әңгімелесу парағы	095 /е	Элек- трон- дық/ қа- ғаздық форматта	25 жыл
13	Бракераждық журнал	096 /е	Қағаз- дық фор- матта	3 жыл

4. Медициналық ұйымдарының құрамындағы зертханалардың медициналық есепке алу құжаттама нысаны

Р /с №	Нысан атауы	Ны- сан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақ- тау мерзімі
1	Жолдама	097/е	Электрондық фор- матта	1 жыл
2	Нәтиже	098/е	Электрондық фор- матта	1 жыл
3		099/е		1 жыл

	Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері		Электрондық форматта	
4	Ыдыстар мен қоректік орталарды бақылау журналы	100/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
5	Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы	101/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
6	Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы	102/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
7	Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы	103/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
8	Лабораториялық және диагностикалық зерттеулерді есепке алу журналы	104/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
9	Шайындылардың микробиологиялық зерттеулердің тіркеу журналы	105/е	Электрондық форматта	1 жыл
10	Күл ауруының уытты күл дақылын қайта себу журналы	106/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
11	Бастапқы сынама қозғалысының журналы	107/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
12	Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы	108/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
13	Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы	109/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
14	Микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы	110/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
15	Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы	111/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
16	Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы	112/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
17	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы	113/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
18	Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы	114/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
19	Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы	115/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
20	Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы	116/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
21	Зертханада жасалған талдаулар санын есепке алу журналы	117/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
22	Кіріс бақылау актісі	118/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
23	Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі	119/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
24	МСАК зертханалары үшін зертханалық тіркеу журналы	ТБ 120/е	Электрондық форматта	3 жыл
25	Зертханалық тіркеу журналы (туберкулезге қарсы ұйымдардың зертханалары үшін)	ТБ 121/е	Электрондық форматта	3 жыл
26	ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы	ТБ 122/е	Электрондық форматта	3 жыл

5. Қан қызметі ұйымдарының медициналық есепке алу құжаттамасының НЫСАНЫ

Р /с №	Нысан атауы	Нысан нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Донорлық функцияны жүзеге асыру туралы жұмыс орны бойынша ұсыну үшін донорға анықтама нысаны	123/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
2	Биохимиялық және иммуногематологиялық зерттеулер тізімдемесінің нысаны	124/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
3	Трансфузиялық инфекцияларға сарысулар үлгілерін бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосының нысаны	125/e	Қағаздық форматта	5 жыл
4	Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасының нысаны	126/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
5	Қан мен оның компоненттерінің донорлығына қатысу үшін өтініш берген адамдарды есепке алу нысаны	127/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
6	HLA-зерттеулер нәтижелерін қабылдау, тіркеу және беру журналының нысаны	128/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
7	Афереза әдісімен жаңа алынған қан және донорлық қан компоненттерінің дайындамасын есепке алу нысаны	129/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
8	Уақытша сақтау кезеңінде қан компоненттерінің қозғалысын есепке алу журналының нысаны	130/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
9	Донорлық қан компоненттерін өндіруді есепке алу журналының нысаны	131/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
10	Трансфузиялық ортаға өтінімдерді есепке алу журналының нысаны	132/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
11	Өндіріс кезеңінде жарамсыздығы бойынша қанды және оның компоненттерін есептен шығаруды есепке алу журналының нысаны	133/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
12	Карантиндегі плазманы есепке алу нысаны	134/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
13	Карантиндегі плазманың қозғалыс ведомосі	135/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
14	Трансфузиялық ортаға ақылы және тегін негізде өтінім нысаны	136/e	Қағаздық форматта	1 жыл
15	Қан компоненттерін, препараттарын және стандартты диагностикаларды беруді есепке алу журналының нысаны	137/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
16		138/e		

	Өнім беруді бөлу бойынша қанның, оның компоненттерінің, препараттардың және қан алмастырғыштардың қозғалысын есепке алу ведомосының нысаны		Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
17	Қан компоненттерін есептен шығару актісі	139/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
18	Зертханалық зерттеулер үшін келіп түскен қан үлгілерін тіркеу журналының нысаны	140/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
19	Донацияға дейін бастапқы зертханалық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны	141/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
20	Қанды консультациялық иммуногематологиялық зерттеулерді қабылдауды, тіркеуді және нәтижелерін беруді есепке алу журналының нысаны	142/e	Қағаздық форматта	5 жыл
21	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындауды есепке алу журналының нысаны	143/e	Қағаздық форматта	5 жыл
22	Донорлық қанның жеке іріктеулерін тіркеу журналының нысаны	144/e	Қағаздық форматта	5 жыл
23	Донацияға дейінгі биохимиялық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны	145/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
24	Трансфузиялық инфекцияларға сарысулардың бастапқы-позитивті үлгілерін қайта зерттеуді есепке алу журналының нысаны	146/e	Қағаздық форматта	5 жыл
25	Гемотрансмиссиялық инфекцияларға ПТР оң нәтижелері бар донорларды есепке алу журналының нысаны	147/e	Қағаздық форматта	5 жыл
26	Донор қанын зертханалық тестілеу нәтижелері туралы есеп нысаны	148/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
27	АИТВ-нің маркерлеріне ИФА (ИХЛА) оң сарысулардың мониторингі журналын есепке алу нысаны	149/e	Қағаздық форматта	5 жыл
28	Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	150/e	Қағаздық форматта	5 жыл
29	Қызметкердің қолы мен донорлардың шынтак бүгілген терілерін өңдеу тиімділігінің бактериологиялық зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	151/e	Қағаздық форматта	5 жыл
30	БМП мен криопреципитаттың сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	152/e	Қағаздық форматта	5 жыл
31	Өндіріс кезеңдерінде гемоөнімнің орнын ауыстыруға арналған жүкқұжаттың нысаны	153/e	Электрондық форматта	5 жыл
32	Қан компоненттерін, препараттарын және стандартты диагностикумдарды өткізуге арналған жүкқұжаттың нысаны	154/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
33	Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналының нысаны	155/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
34	Гемотрансмиссивті инфекциялар маркерлеріне зерттеу ведомосының нысаны	156/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша