

Денсаулық сақтау саласындағы есепке алу құжаттамасының нысандарын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2020 жылғы 30 қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 4 қарашада № 21579 болып тіркелді.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі Кодексі 7-бабының 31) тармағына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. Мыналар:

- 1) осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес стационарларда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;
- 2) осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес стационарларда және амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;
- 3) осы бұйрыққа 3-қосымшаға сәйкес амбулаториялық-емханалық ұйымдарда пайдаланылатын медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;
- 4) осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес басқа үлгідегі медициналық ұйымдардың медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;
- 5) осы бұйрыққа 5-қосымшаға сәйкес медициналық ұйымдардың құрамындағы зертханалардың медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;
- 6) осы бұйрыққа 6-қосымшаға сәйкес қан қызметі ұйымдарының медициналық есепке алу құжаттамасының нысандары;
- 7) осы бұйрыққа 7-қосымшаға сәйкес денсаулық сақтау ұйымдарының есепке алу медициналық құжаттамалары нысандарының тізбесі;
- 8) осы бұйрыққа 8-қосымшаға сәйкес медициналық қызметтерді көрсету ақауларын есепке алу картасының нысаны бекітілсін.

2. Осы бұйрыққа 9-қосымшаға сәйкес Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің кейбір бұйрықтарының және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің бұйрығының құрылымдылық элементінің күші жойылды деп танылсын.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаментіне Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

- 1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуді;

2) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

3) осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелгеннен 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.

4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі А.Ғ. Ғиниятқа жүктелсін.

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

*Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы*

А. Ғиният

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
Бұйрыққа 1-қосымша

Стационарда қолданылатын медициналық есеп құжаттамасының нысандары

"Стационарлық науқастың медициналық картасы" № 001/е нысаны

1 бөлім. Қабылдау бөлімі

Жалпы бөлім:

1. ЖСН _____

2. Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

3. Туған күні – " ____ " _____ 20 ____ ж.

4. Жынысы

ер

әйел

5. Жасы _____

6. Ұлты _____

7. Азаматтығы (елдер анықтымылығы) _____

8. Тұрғыны _____

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. Науқас жолданды _____

16. Емдеуге жатқызу түрі _____

Емдеуге жатқызу коды _____

Қабылдау бөлімшесі дәрігерінің жазбасы _____

Ағымдағы емдеуге жатқызу туралы ақпарат: _____

17. Осы ауруы салдарынан осы жылда жатқызылуы _____

18. Жолдаған ұйымның диагнозы _____

Денсаулығым туралы ақпаратты келесілерге хабарлауға рұқсат етемін:

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

Жедел емдеуге жатқызу кезінде қабылдау бөліміндегі дәрігердің біріншілікті қарауы:

1. Қарау күні " ____ " мен _____ уақыты

2. Шағымы _____

3. Ауру анамнезі _____

4. Өмір анамнезі _____

5. Аллергиялық сыртартпа (препараттардың төзімділігін қоса алғанда)



иә



жоқ

6. Жұқпалы аурулармен ауыруы



жоқ

иә (коды атауы)

Туберкулез

иә

жоқ тері-қан

иә

жоқ Гепатит

иә

жоқ басқа Вирусты гепатит

иә

жоқ Қызылша, қызамық

иә

жоқ Желшешек

иә

жоқ эпидемический паротит

иә

жоқ

Соңғы 35 күнде инфекциялық науқастармен 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 _____

12. Ауырсынуды бағалау _____

Науқасты іріктеу (қабылдау бөлімі) _____

13. Жатқызу күні мен уақыты _____

14. Тriage-жүйесі бойынша іріктеу _____

15. Идентификациялық бейдж _____

16. Науқасқа нұсқаулық _____

17. Санитарлық тазартудан өтті _____

иә

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

18. Тасымалдау түрлері _____

19. Инфекциялардың бергілері _____

иә

жоқ

Егер иә болса, науқас изоляторға орналастырылды ма

иә

жоқ

20. Баспана - тұрмыс шарттары (мейіргерлік күтім емханаларына жатқызу кезінде) _

21. Араласу ортасы (мейіргерлік күтім емханаларына жатқызу кезінде) __

22. Материалдық қамтылуы (мейіргерлік күтім емханаларына жатқызу кезінде) ____

23. Әлеуметтік демеу (мейіргерлік күтім емханаларына жатқызу кезінде)

Тексеріс өткізген: Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID _____

2 бөлім. Емдеуші дәрігердің алғашқы тексеріп-қарауы _____

1. Қарау күні мен уақыты, бөлімшесі, палата №, төсегі _____

2. Шағымдары _____

3. Науқастың объективті деректері _____

4. Ауру анамнезі _____

5. Өмір анамнезі _____

6. Тектілік _____

7. Емдеуге жатқызу сәтінде дәрі-дәрмектерді қабылдау



жоқ



иә (атауы, қашан және қабылдау себептері)

8. Алдын-ала қойылған диагноз _____

9. Тексеру жоспары _____

10. Емдеу жоспары (4 қосымша парағы) _____

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

Босану кезінде толтырылады: _____

1. Босану күні мен уақыты _____

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, келетін бөлігі, босану қызметі, ұрықтың болжамды салмағы).

Дәрігердің тексеріп-қарауы: Т.А.Ә. (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 межелері, жынысы, бойы, салмағы, басының айналымы)

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

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
1 қосымша парағы

Науқастың объективті статусы

1. Қарау күні мен уақыты _____

2. Бойы (емханаға түскен кезде және МҰ қажеттілігіне байланысты) _____;

3. Салмағы (емханаға түскен кезде және МҰ қажеттілігіне байланысты) _____;

4. ЖЖЖ _____

5. ТАЖ _____

6. АҚ _____

7. Температурасы _____

8. Ішілген сұйықтық көлемі _____

9. Несеп пен нәжістің болуы/болмауы _____

10. Жалпы жағдайы (психоэмоциялық статусы, сыртқы әлпеті, мінез - құлық нормалары, өзін-өзі бағалауы, байланысқа түсуі, қоршаған ортаны қабылдауының адекваттығы, зердесі, өз өмірін қамтамасыз етуді бақылауы, еңбекке қабілеттілігі, орындайтын жұмысы, ұйқысы мен демалуы, секстік қанағаттануы, тыныс алуы, жөтел,

оттегіне мұқтаждығы, қан айналу жүйесі, тәбеті, тілі, күнделікті рационы мен тамақтану режимі, тамақтану кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі, тамақтануының бұзылу себептері, диета сақтау туралы кеңес, несеп шығару жүйесінің жағдайы, сұйықтықтар тұтыну мөлшері, су балансы) (МҰ қажеттілігіне байланысты);

11. Физиологиялық кетулер (физиологиялық жеңілденулерінің барысында, қуықтың өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі, несеп сипаты, дизуриялық бұзылулар, кіші дәреті, ішектің өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі, нәжіс сипаты, іш қатуы, өтуі, іш босатуы, ішті жүргізетін заттарды қабылдауы, іш босатуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі) (МҰ қажеттілігіне байланысты);

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

Тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
2 қосымша парағы

Күнделік

1. Тексеру күні мен уақыты _____

2. Науқастың объективті деректері _____

3. Шағымдары _____

4. Науқастың жағдайының динамикасы _____

5. Зертханалық-аспаптық зерттеулер _____

6. Босанудан кейінгі кезеңі (тек қана осы бейіндегі науқастарға көмек көрсететін ұйымдар үшін) _____

7. Партограмма (тек қана осы бейіндегі науқастарға көмек көрсететін ұйымдар үшін) _____

Тексеру жүргізілді: Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
3 қосымша парағы

Хабардар етілген пациенттің ерікті түрдегі келісімі*

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2020 жылғы 7 шілдедегі Қазақстан Республикасы Кодексінің 134-бабының 3-тармағына сәйкес (медициналық көмек пациенттің ауызша немесе жазбаша түрдегі келісімін алғаннан кейін көрсетілуі керек)

ЖСН _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (толық) _____

Туған күні _____

МҰ бола отыра (МҰ атауы) _____

Медициналық араласудың келесі түрлерін өткізуге ерікті түрде келісімімді беремін:

1) Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын 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 науқастың мінез-құлқы ережелерін" сақтау шаралары, жағымсыз реакциялардың пайда болуы, жалтарған және / немесе бөлінген жағдайда мәжбүрлеп оқшаулау 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 науқастың туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса:

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (толық)

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

Уақыты мен күні

Ескертпе:

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

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
4 қосымша парағы

Дәрігерлік тағайындаулар парағы

1. Күні мен уақыты _____

2. Тәртібі _____

3. Ем-дәм _____

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

5. Тағайындау күні (уақытымен) мен қабылдауды доғару күні _____

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

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
5 қосымша парағы

Диагностдардың негіздемесі (ішкі ережелерге сәйкес, негіздемелер саны тек көрсетілгендермен ғана шектелмейді)

1. Күні мен уақыты _____

2. Объективті деректері _____

3. Шағымдары _____

4. Қолжетімді зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін түсіндіру

5. Диагноз _____

6. Дәрігерлік тағайындаулар парағы _____

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

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
6 қосымша парағы

"Предтрансфузиондық эпикриз"

Науқастану тарихындағы трансфузиондық анамнез:

трансфузия бұрын өткізілмеген

ерекшеліктері жоқ трансфузиондық анамнез

посттрансфузиондық асқынулар болды, қандай екенін көрсету қажет
Әйелдер үшін акушерлік анамнез:

ерекшеліктері жоқ

көп реттік (5 және одан артық) жүктілікте, өлі туу, түсік және іш тастау
жағдайларын қоса

Иммуногематологиялық ерекшеліктер:

болған жоқ

антигендердің немесе экстраагглютининдердің нұсқалы түрлері табылған



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



антиэритроцитарлық қарсы денелер зерттелген жоқ

Қанның эритроцитті компоненттері (ҚЭҚ) үшін көрсеткіштер ЖҚА, ҚСЖ от ж.

Ересектердің қойылтылған эритроциттердің бір мөлшері гемоглобинді шамамен 10г /л өсіру



өткірқаназдық, гемоглобин г/л



созылмалы теңгерілмеген қаназдық г/л, емханалық деректер: шамадан тыс әлсіздікке шағым, Ps, АҚ



0 қаназдық кезінде O₂ жеткізудің төмендеуіг/л, PaO₂ мм сын. бағ, PvO₂мм сын. бағ
Есептелген мөлшері _____

СЗП/криопреципитатүшін көрсеткіштер _____

Соңғы коагулограмманың деректері: (коагулограмманың өзгерген бір көрсеткіші немесе 30 минуттан артық ВСК жеткілікті _____

ПТИ %, МНО, АЧТВ, Фибриноген г/л, АТШ _____

Плазманың гепаринге төзімділігі, ВСК мин _____

Талдау _____



коагуляциялық гемостаза факторларының тапшылығы



плазмалық антикоагулянттардың тапшылығы

плазмаалмасу

Есептелген мөлшері (12-20мл/кг) _____

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

Талдау кк/аа/жж _____

Тромбоцитопения төмен 20*10⁹/л, геморрагиялық тромбоцитопениялық синдром

Тромбоцитопения 10*10⁹/л төмен геморрагиялық синдромсыз

Тромбоцитопения төмен 50*10⁹/л, хирургиялық операция

Тромбоцитопения төмен 100*10⁹/л, нейрохирургиялық операция

Тромбоцитопатия, геморрагиялық синдром

Есептелген мөлшері _____

Альбумин үшін көрсеткіштер: _____

Гипопротеинемия г/л,

Талдау кк/аа/жж

Трансфузияға негізделген көрсеткіштер дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID _____

Трансфузияның көрсеткіштері тексерілгенін растаймын _____

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

Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының хаттамасы) _____

Трансфузияны өткізген күні _____

Трансфузияны өткізген уақыты: басталды кк/аа/жж, аяқталды кк/аа/жж _____

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі _____

Трансфузия өткізілетін аурухана бөлімшесі _____

Трансфузияға дейін: _____

АҚ _____

Ps _____

t0 _____

Трансфузиялық сыртартпа _____

Трансфузия көрсетілімдері _____

Трансфузиялық заттың атауы _____

Донордың қан тобы мен резус-тиістілігі _____

Трансфузиялық зат этикеткасының нөмірі _____

Трансфузиялық затты дайындаушы ұйымның атауы _____

Трансфузиялық затты дайындау күні _____

Үйлесу сынамасын өткізу: _____

-қан тобы арқылы

-резус-тиістілігі арқылы

Сынап көруді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID (қан тобы және резус)

-биологиялық сынамасы арқылы

Құйылған _____ миллилитр (мл) (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып-сорғалатып)

Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқыну

Қабылданған шаралар

Трансфузияны өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

Трансфузиядан кейін:

Ps _____, АҚ _____, t 0 _____ (1 сағаттан кейін); Ps _____, АҚ _____, t0 _____ (2 сағаттан кейін); Ps _____, АҚ _____, t0 _____ (3 сағаттан кейін).

Несептің бірінші бөлігінің түсі Тәуліктік диурез

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID _____

Уақыты мен күні _____

Трансфузиялық парақ _____

1. Күні _____

2. Трансфузиялық заттың атауы _____

3. Мөлшері, мл _____

4. Донордың қан тобы, Rh _____

5. Көрсетілімдер _____

6. Заттаңба №, өндіруші _____

7. Асқынулар _____

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

Диагностикалық зерттеулер/қызмет зерттеулердің хаттамасы

1. Өткізу күні мен уақыты _____
2. Тарификатордан қызметтің атауы _____
3. Өткізілген зерттеулер туралы ақпарат _____
4. Қорытындысы _____
5. Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
8 қосымша парағы

Реанимация және жіті терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы) тағайындаулар мен науқас жағдайының негізгі көрсеткіштерінің картасы

1. Қарау күні мен уақыты _____
2. Объективті деректері (температура, ЖЖЖ, ӨЖВ, SpO₂ / FiO₂, ОВҚ, АҚ, ВАШ бойынша ауырсынуды бағалау, RASS делириясын бағалау) _____
3. Дәрігерлік тағайындаулар парағы (медициналық араласуларды өткізуді уақытын секундпен көрсету) _____
4. Диагноз _____
5. Күнделік (қосымша өмірді қамтамасыз ететін аспаптар мәртебесі, қажет болған жағдайда гидробаланс сипаттамасы) _____
6. Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
9 қосымша парағы

Мамандардың кеңесі

1. Күні мен уақыты _____
2. Кеңес түрі _____
3. Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің нәтижесін, қосымша зерттеулерді түсіндіру _____
4. Диагноз _____
5. Қажетті дәрілік заттар мен қызметтерді тағайындау _____
6. Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID _____

Қажетіне қарай:

7. Жазу консилиумдары (ауруы бойынша келісілген зерттеу және емдеу ұстанымын, ұсыныстарын қамтуы тиіс. Консилиум мүшесінің ерекше позиция бар жағдайда, оның пікірі тіркеледі)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
10 қосымша парағы

Ота/рәсім/ аферез хаттамасы

1. Күні мен уақыты _____

2. Ота/рәсім/ аферезге көрсеткіштер _____

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

4. Анестезиялық жәрдемақы

5. Ота/рәсім/ аферез хаттамасы:

5.1 Ота/рәсім/ аферез басталған және аяқталған күні мен уақыты

5.2 Ота/рәсім/ аферез ағымы (сипаттамасы), орындау техникасын қоса алғанда

5.3 Ота/рәсім/ аферез кезінде кеңесшілердің қатысуы, ұсынымдары

5.4 Қосымша зертханалық зерттеулер және басқа зерттеудің әдістерін қолдану

5.5 Ота аяқталуы, ота кезіндегі асқынулар (егер болмаса "Ота/рәсім/ аферез кезінде асқынулар болған жоқ" деп жазу қажет)

5.6 Қан кетулер (мл)

5.7 Ота/рәсім/ аферез коды мен атауы

5.8 Ота/рәсім/ аферезден кейінгі диагнозы

5.9 Ұсынымдар

5.10 Ота/рәсім/ аферез жасаған дәрігерлердің, анестезиолог пен мейірбикенің Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
11 қосымша парағы

Нәрестенің даму тарихы

Босану бөлімшесінде толтырылады:

Уақыты мен күні

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

2. Нәрестенің туу/қайтыс болу, түсуі, шығуы, ауыстырылуы туралы толық сипаттамасымен ақпарат

3. Нәрестенің қорытынды диагнозы

4. Ата-анасы жағынан тектілік

5. Нәресте және босану үрдісі туралы ақпарат

6. Нәрестені Апгар шкаласы бойынша бағалау

7. Емшекпен қоректендіру, даму ақаулары, туу жарақаттанушылық, гонобленореяның алдын алу туралы ақпарат

8. Тұқым қуалайтын аурулар скринингіне (фенилкетонурия, туа біткен гипотиреоз, аудиологиялық скрининг) қан алу күні

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

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

Нәрестені босану бөлімшесінен ауыстырғанда толтырылады:

Уақыты мен күні

1. Босану залынан ауыстырылғандағы нәресте туралы ақпарат, палата №

2. Босану залынан ауыстырылғандағы нәрестенің жағдайы

3. Алдын ала қойылатын диагноз

4. Нәрестені қабылдаған және өндеген мейіргер Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

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

Нәрестелер (бөлімшесінде) палатасында нәрестені алғашқы рет қарау

Уақыты мен күні

1. Жалпы жағдайы (нәрестенің жатқан жатысы, айғайының сипаттамасы, тремор, бұлшық ет тонусы), тері қабаты, көрнекі жылбысқы қабықтары, кіндік қалдығы, емізу кезінде көкірек клеткасының қалпы

2. Емшекпен қоректендіру жиілігі

3. Тамыр соғуы, өкпесінің жағдайы.

4. Күнделікті нәрестені бақылау ақпараты, нәрестенің жағдайының өзгеруі туралы ақпарат

5. Тұқым қуалайтын аурулар скринингі, егулер, аудиологиялық неонаталды скрининг

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

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

Қорытынды және алдын ала қойылған диагноз

1. Ұсынымдар мен олардың негізделуі

2. Диагноз

Қорытынды бөлім

Шығару эпикризі

Эпикриз науқастың жағдайындағы динамикалық өзгерістерді қамтиды; емдеу кезіндегі асқынулар; зертханалық зерттеулердің, сондай-ақ кеңестердің нәтижелерін қорытындылау; диагнозға сүйене отырып, емдеудің одан әрі әдісін анықтаңыз, қажет болған жағдайда қалпына келтіру әлеуетін, реабилитациялық диагнозды және қалпына келтіру маршрутының ауқымын көрсететін ұсыныстар беріңіз. Сұрау бойынша науқасқа эпикриздің көшірмесі беріледі.

1. Клиникалық диагнозы

Қойылған күні

2. Емдеудің басқа түрлері

3. Еңбекке жарамсыздық парағын беру туралы белгі еңбекке жарамсыздық парағының №, ашылған және жабылған күні

4. Немен аяқталды МҰ 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. (болған жағдайда), ID

Дәрігер Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

Қайтыс болған жағдайда толтырылады:

Қайтыс болды кк/аа/жж Аутопсия жүргізілді:



иә



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

Дәрігер Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

№ 001/е "Стационарлық науқастың медициналық картасы" нысанының қысқартылымдары:

1	FiO2	Оксигенация индексі
2	Hb	Гемоглобин
3	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
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	ТЖҚУ	Тромбопластиннің жартылай қосылу уақыты
11	КАМ	Көрнекі аналогтық масштаб
12	ЕЕ	Емшекпен емізу
13	МЖ	Механикалық желдету
14	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
15	КТ	Компьютерлік томография
16	мл	Миллилитр
17	мм рт. ст.	Миллиметр ртутного столба

18	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
19	МҰ	Медициналық ұйым
20	RASS делирия бағалау	Ричмонд үгіт-седация шкаласы, Richmond Agitation-Sedation Scale
21	ПТИ	Протромбин индексі
22	PvO2	Қанның газ құрамы
23	PaO2	Қанның газ құрамы
24	ЖМП	Жаңа мұздатылған плазма
25	МҚ	Медбикелік қызметкерлер
26	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
27	ОВҚ	Орталық веналық қысым
28	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
29	ЖЖҚ	Жүрек жиілігінің қысқаруы

"Патологоанатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы)" № 002/е нысаны №

Хаттаманы толтырған ұйымның мекенжайы

Науқас картасының №

Науқастың ЖСН

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Туған күні

Жынысы

ер

әйел

Жасы

Ұлты

Тұрғыны

қала

ауыл

Азаматтығы

Тұрғылықты мекен-жайы

Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Кәсібі Білімі

Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №

Ауруханаға әкелінді (сағаттан (күннен) кейін сырқаты басталғаннан соң)

Өткізілген төсек-күн

Қайтыс болған күні

Мәйітті ашу күні мен уақыты

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

Мәйітті ашуға қатысқандар Т.А.Ә. (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

Науқастың 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. (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

Науқастар тізімі

Түскен науқастардың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	Осы аурухананың басқа бөлімшелерін ең ауыстырылған ндардың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	Ауыстырылған ндардың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) осы аурухананың басқа бөлімшелерін е	Ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда).	Шығарылғандардың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда).	басқа стационарларға	Қайтыс болғандардың тегі, аты, әкесінің аты (Ескерту болған жағдайда)
1	2	3	4	5	6	7

"Науқастар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы" № 005/е нысанын толтыру бойынша бойынша түсініктеме;

Стационардағы төсек қоры мен науқастар қозғалысын есепке алу парағы жоғары тұрған денсаулық сақтау органының сметасы мен бұйрықтарына сәйкес аурухананың құрамында бөлінген әр бөлімшеде толтырылады.

Аурухана бойынша бұйрықпен 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 науқастар қозғалысы туралы мәлімет жазылады (арнайы бейіндер төсектері туралы мәліметтерді қоса), ал арнайы бейіндердің төсектері мен науқастарының қозғалысы туралы мәлімет келесі жолдарда жазылады.

Бөлімшелердің құрамынан арнайы бейіндерге бөлінген төсектер туралы жолдарды толтырғанда, бөлінген төсектердің бейініне сай келетін сырқатымен жатқан науқастар қозғалысы, бөлімшенің қай төсегінде жатқанына қарамастан көрсетіледі. Мысалы, хирургия бөлімшесінің құрамынан бұйрықпен урологиялық науқастарға 3 төсек бөлінді, ал іс жүзінде бөлімшеде 3 емес 5 урологиялық науқас жатқан жағдайда, бұл науқастар қозғалысы урологиялық төсектермен көрсетіледі. Сонымен қатар урологиялық сырқаты бар науқастар құрамында урологиялық төсектері жоқ басқа бөлімшелерге де жатқызылуы мүмкін. Бұл науқастар туралы деректер, тек олар жатқан бөлімшелердің мәліметінде көрсетіледі; құрамында урологиялық төсектері бар бөлімшенің урологиялық науқастары туралы мәліметке қосылмайды. Аурухана бойынша жиынтық мәлімет алу үшін, статистика бөлмесіне бөлімшелерден өткізіліп, тексерілген парақтардағы мәліметтерді бүкіл аурухана бойынша жүргізілетін науқастар 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 науқастар 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 бүгінгі таңғы сағат 9-ға дейін (бұрыннан жатқан, жаңадан түскен, бір бөлімшеден екіншісіне ауысқан, ауруханадан шыққан, қайтыс болған) болған науқастар қозғалысы жазылады. 18 и 19 - бағандарда бөлімшеде бүгінгі сағат 9-дан жатқан науқастар саны жазылады. Өткен күннің 18 - бағандағы науқастар саны бүгінгі күннің 5- бағанына көшіріліп жазылады.

Күнделікті науқастар санының тепе-теңдігін тексеріп отырған абзал, яғни бүгінгі күннің басында көрсетілген науқастар саны (16), өткен күннің басындағы (5), жаңа түскен (6), және басқа бөлімшеден ауыстырылған (10) науқастар санының қосындысынан басқа бөлімшелерге ауысқан (11), шығарылған (12), және қайтыс болған (17) науқастар 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.

"Қанның, оның компоненттерін, препараттарын есепке алу нысаны" № 006/е нысаны

1. Қан құю күні мен уақыты
2. Қан құю жиілігі (біріншілікті, қайта)
3. Медициналық карта нөмірі
4. Науқастың жеке сәйкестендіру нөмірі 5. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
6. Науқастың туған күні
7. Қан тобы, резус-тиістілігі
8. Қан құюға көрсетілімдері
9. Инфузиялық / трансфузиялық ортаның атауы
10. Құйылатын донор қаны мен оның компоненттерінің тобы мен резус-тиістігі (егер қажет болса)

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. Науқастың жеке сәйкестендіру нөмірі
2. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
3. Тұрғылықты мекенжайы
4. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны
5. Тіркелген МҰ
6. Стационарда болу мерзімі
7. Науқастың диагнозы
8. Гемотрансфузия уақыты мен күні
9. Қан компоненттерінің атауы
10. Заттаңба нөмірі
11. Мөлшері
12. Өнімнің компоненттерін көрсетумен барлық трансфузиялар саны
13. Адамның иммундық тапшылық вирусы – болған жағдайда (бұдан әрі – АИТВ)

инфекцияларына, В және С гепатиттеріне тексеру күні, нөмірі

"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. болған жағдайда)	Туған күні	Жынысы (ер, әйел)	Мәйітті кім қабылдап алды (Т.А.Ә. болған жағдайда)	Мәйіт әкелінген бөлімшесінің (немесе осы МҰ аты	Стационарлық науқас 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. болған жағдайда)

Мәйітті беру немесе аураhana жерлеген күн

Кімнің өкімі бойынша мәйіт ашусыз берілді

Мәйіт жерлеуге берілген туыстарының немесе басқа адамдардың қолхаты және

Плесушінің 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. (болған жағдайда)

Медициналық картасының №

Медициналық ұйымның атауы

Негізгі диагнозы

Өлім себебі

Комиссия құрамы:

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

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

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

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

Азаматтың биологиялық өлімін констатациялау уақыты

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

Донорлық ағзалар мен тіндердің алынуы науқастың 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. (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. (болған жағдайда), ID

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

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

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

Азаматтың жағдайын қарап анықтады:

1. Сананың жай-күйі мен сыртқы әсерлерге мақсатты серпілістері бойынша
2. Өз еркімен дем алуы бойынша
 - 2.1. Ажырату тесті кезінде
3. Бұлшық еттер тонусы бойынша
4. Қарашықтар жағдайы бойынша (По состоянию зрачков) _____
5. Ми деңгейінде тұйықталатын сыртқы әсерлерге рефлекстік серпілістер бойынша (зерттелген серпілістерді көрсетіңіз, жұлын тарапынан жауап бар-жоғын көрсетіңіз)
6. Дене температурасы
7. Артериялық қан қысымы
8. Электроэнцефалографиялық зерттеулер деректері бойынша
9. Ангиография деректері бойынша
10. Бақылау мерзімі сағат, дүркін-дүркін неврологиялық қарау әр _____ сағат сайын

11. Қосымша зерттеулердің деректерін (токсикологиялық, мидың зат алмасуын анықтау және т.б.) ескере отырып

"Биологиялық өлімді констатациялау/транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу/ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі" № 009/е нысанының қысқартулары:

№	Түрі	Мазмұны
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. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

"Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы" № 010/е нысаны

20__ жылғы " __ " _____ басталды 20__ жылғы " __ " _____ аяқталды

Сүйек кемігін мұздатуға дайындық

Р/с №	Доно рдың Т. А. Ә. (Қан болға тобы н жағда йда)	Резус- тиісті лігі	Дайы ндалғ а н күні	Зат таңба №	салқы ндатқ ы ш ерітін ді	№	конт е	конт е	конт е	конт е	конт е	конт е	конт е	конт е
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

024/е н. артқы беті

Еріту

Мұздат у күні	Күні	Контей нерлер №	Трансп ланттау ға дайынд алған сүйек миыны ң көлемі мен құтыла рдың саны	Ядролы клеткал ардың саны млрд-пе н	Клеткал ардың өмірге қабілет тілігі эозин сынама сы)	Батерио логиял (ы қ тексеру	Сүйек кемігін еріткен дәрігер дің тегі	Сүйек кемігі қайда берілді	Берілге н күні мен уақыты (сағат, минут)	Жарамд ылық мерзімі	Сүйек кемігін алған адамны ң қолхат ы
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. (болған жағдайда) жасы, жынысы

Қан тобы, резус _____

Түскен уақыты _____

Сырақатнаманың № _____

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 ТАӘ (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, ТАӘ (болған жағдайда):

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

Күні, айы, жылы, уақыты: " _____ " _____ 20__ жыл " ____ " сағат " _____ " минут

"Стационардан шыққан науқастың статистикалық картасы" № 012/е нысаны (тәуліктік, күндізгі) № ____

Жалпы бөлім:

1. ЖСН
2. Т.А.Ә. (болған жағдайда)
3. Туған күні
4. Жынысы
5. Жасы
6. Ұлты
7. Азаматтығы (елдер анықтамалығы)
8. Тұрғыны

қала

ауыл

9. Тұрғылықты мекенжайы
10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны
- Кәсібі Білімі
11. Сақтандыру компаниясының атауы, сақтандыру полисінің №
12. Өтеу түрі
13. Әлеуметтік мәртебесі
14. Емдеуге жатқызу түрі

бірінші рет

қайталап

Жоспарлы емдеу кезінде толтырылады:

Емдеуге жатқызу коды

Арнайы стационарларда толтырылады:

Емдеуге жатқызу мақсаты (психикалық, онкологиялық, наркологиялық бейіндер)

15. Пациент жіберілді

16. Жодаған МҰ атауы (МҰ регистрінен)

17. Жолдаған ұйымның диагнозы

18. Түскен кездегі диагнозы

19. Жарақаттың түрі

20. Ауруханаға жатқызылды



қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды



баланы емізетін анамен

21. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты

22. Бөлімше, палата №

23. Реанимацияда болды

24. Төсек бейіні:

25. Тасымалдау түрлері:

26. АИТВ-ға тексеру

27. Қан тобы, резус-фактор

28. Аллергиялық реакциялары

29. Дәрілердің жағымсыз әсерлері (жақпауы)



иә



жоқ дәрінің аты, жағымсыз әсерінің сипаты

30. Қорытынды клиникалық диагнозы асқынулары Ілеспелі ауру 1 Ілеспелі 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

1. Негізгі хирургиялық операция

Күні	Уақыты	Операцияның атауы мен коды	Анестезия коды)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, кейінгі 2- жоспарлы	Операциядан асқынулар	Арнаулы аппаратура коды)	Дәрігерлердің коды
Хирургиялық операциялар							
		коды, атауы			коды, атауы		Хирург Ассистент
		коды, атауы			коды, атауы		Хирург Ассистент
		коды, атауы			коды, атауы		Хирург Ассистент
		коды, атауы			коды, атауы		Хирург Ассистент

Нашақорлық науқастарға көмек көрсететін стационарлар толтырады:
Есірткіні пайдалану түрі:

Есірткінің түрі	Тұрақты пайдалану мерзімі (жыл)	Есірткіні алғашқы пайдаланған жасы	Пайдалану тәсілі	Пайдалану жиілігі
Негізгі есірткі				
Басқа есірткі (1)				
Басқа есірткі (2)				

Онкологиялық науқастарға көмек көрсететін стационарлар толтырады:

Ісіктің орналасуы код наименование*

Ескертпе: С81-С96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Ісіктің морфологиялық түрі код наименование*

Ескертпе: С81-С96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Ісік процесінің сатысы (Стадия опухолевого процесса):

TNM жүйесі бойынша сатысы: *

Ескертпе: С81-С96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Алыс метастаздардың орналасуы *:

Ескертпе: С81-С96 және D45-D47 кодтарына таралмайды

Асқынған сатыда алғаш рет анықталған ісіктер үшін: *

Ескертпе: С81-С96 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 жатқызылу кезеңінде жүргізілген емнің сипаты:

Емдеу көлемі:

Толық емделмеу себебі:

Емдеу түрі Сәулемен емдеу:

Сәулемен емдеу курсының басталған күні:

Сәулелеу тәсілі:



Сыртқы сәулелендіру



Тіркескен сәулелендіру



Сәулелендірудің басқа түрі

Сәулелік ем түрі:

Сәулелік ем әдісі:



Үзіліссіз



Фракцияланған



Сәулелік терапия

Радиомодификаторларды қолдану:

Сәулелендірудің қосынды ошақтық дозасы:

Сәулелік емдеудің асқынулары:

Сәулелік терапевт

Химиятерапиялық емдеу курсының басталған күні

Химиятерапия түрі:

Акушерлік-гинекологиялық бейіндегі науқастарға көмек көрсететін стационарлар толтырады:

Босану орны:

Жүктілік №

Босандыру сипаты

Босану саны

Жүктілікті ұзу немесе босану сәтіндегі жүктілік мерзімі, апта

Аборт түрлері

Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер

Туу күні уақыты

Бала туды

Баланың жынысы

айы-күні жетіп/ шала

Туу кезіндегі баланың физикалық өсуі

Бойы Салмағы Бас айналымы Кеуде айналымы

Тұқым қуалайтын аурулар скринингі

Аудиологиялық скрининг

Күні, нәтижесі

Офтальмологиялық скрининг

Күні, нәтижесі

БЦЖ

иә

жоқ ИПВ (ОПВ)

Нәрестені егу

иә

жоқ Гепатит

иә

жоқ

Шығуы

Тууына қатысты өлім

10-ХАЖ диагнозы Диагноз атауы

код наименование

Жас нәресте перзетхана иә 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. (болған жағдайда), ID

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

№ 012/е "Стационардан шыққан науқастың статистикалық картасы" нысанының қысқартулары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	АИТВ	Адамның иммун тапшылығы вирусы
3	МҰ	Медициналық ұйым
4	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
5	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Стационардан шыққан пациенттің статистикалық картасының 1 қосымша парағы

Жіті коронарлық синдромы бар пациенттің картасы № картаны толтыру күні ЖКС:

жоқ

иә

ST көтеруімен

ST көтерусіз

1. ST көтеруімен ЖКС орналасуы

-
- алдыңғы (передний)
-
- төменгі (нижний)
-
- қапталық (латеральный)
-
- оң жақ қарынша (ОҚ) (RV3R, RV4R бұру) (правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)
-
- белгісіз (неопределенная)

2. ST көтерусіз ЖКС Орналасуы

-
- алдыңғы (передний)
-
- төменгі (нижний)
-
- қапталық (латеральный)
-
- оң жақ қарынша (ОҚ)
-

белгісіз (неопределенная)

3. Алғашқы ЭКГ жасалған күні және уақыты

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

Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну)

Мед.персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты

Жағдай орын алған орын

үйде

жұмыста

қоғамдың орында

басқа

Келу орны:

қабылдау бөлімі

РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП (қабылдау бөліміне соқпай)

АКГ-зертханасы (қабылдау бөліміне соқпай, РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП) АКГ

басқа (др.)

4. Қауіп факторлары
Артериялық гипертензия

жоқ

иә

белгісіз
Қант диабеті

жоқ

иә (диетотерапия, пероральды)

белгісіз
Шылым шегу

жоқ

иә (кейде, үнемі)

белгісіз
Алкоголь



жоқ



иә (кейде, үнемі)



белгісіз

Артық дене салмағы (Избыточная масса тела)



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 сыртартқы
Өткерген миокард инфаргі



жоқ



иә



белгісіз

Жүрекшелер фибрилляциясы



жоқ



иә



белгісіз

Тұрақты стенокардия шырыққан



жоқ

иә

белгісіз

Тұрақсыз стенокардия

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)

жоқ

иә

белгісіз

ЭКС/ИКД /СРТ (астын сызыңыз)

жоқ

иә

белгісіз

Болезни клапанов сердца

жоқ

иә

белгісіз

Кардиомиопатия

жоқ

иә

белгісіз

Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі

Хроническая сердечная недостаточность

жоқ

иә (NYHA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

белгісіз

6. Ілеспелі кардиалық патология

МҚЖБ (ОНМК)

жоқ

иә (

1-геморрагиялық инсульт,

2- ми инфаргі,

3-транзиторлық ишемиялық өршу)

белгісіз

Бүйрек функциясының созылмалы ауруы (БСА)

жоқ

иә

белгісіз

Хроническая болезнь почек (ХБП)

жоқ (нет)

жоқ

иә

белгісіз

Перифериялық тамырлар ауруы/ қолқа аневризмасы

жоқ

иә

белгісіз

Соңғы 5 жылдың ішіндегі онкологиялық аурулар

жоқ

иә

белгісіз

АІЖ аурулары (ойықжаралар, эрозиялар)

жоқ

иә

белгісіз
ӨСОА (ХОБЛ)

жоқ

иә

белгісіз
Өмір сүру сапасын төмендететін басқа аурулар

жоқ

иә

белгісіз
Другие заболевания, ухудшающие качество жизни

жоқ

иә

белгісіз

Сыртартқысы анамнез

жоқ

иә

белгісіз

7. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі

Белгілері:

Кеудедегі жайсыздық/ ауырсыну

(Дискомфорт/боль в грудной клетке)

жоқ

иә

белгісіз

Ентігу (Одышка)

жоқ (нет)

жоқ

иә

белгісіз
Жүректің тоқтауы (Остановка сердца)

жоқ

иә

белгісіз
Талу

жоқ

иә

белгісіз
Қан қысымының төмендеуі

жоқ

иә

белгісіз
Әлсіздік

жоқ

иә

белгісіз
Другие симптомы

жоқ

иә

белгісіз
Аурудың симптомсыз ағымы

жоқ

иә

белгісіз

Физикалық деректері (түсу кезінде)

ЖЖЖ минутына соғу

Систолалық АҚ сын. бағ. мм. (мм.рт.ст.) диастолалық сын. бағ. мм., орта АҚ сын.бағ.мм.

8. Жүрек функциясының жеткіліксіздігі (ЖЖ) 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) (максимальное значение)

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 (Липидный спектр) (ХС

жоқ

иә, ЛПНП

жоқ

иә, ЛПВП

жоқ

иә, ТГ

жоқ

иә)
Креатинин

жоқ

иә мкмоль/л

Креатинин шумақшалық сүзулу жылдамдығы (Скорость клубочковой фильтрации)
креатинина _____ (автоматический расчет)
Калий

жоқ

иә
Магний

жоқ

иә

Кальций

жоқ

иә

9. Аспаптық зерттеу әдістері (Инструментальные методы исследования)
ЭКГ (түскен кезде) (при поступлении/ в динамике)

жоқ

иә

Ырғақ (Ритм)

синустық

жүрекшелер фибрилляциясы

электрокардиостимулятор ырғағы

басқа

белгісіз

QRS

қалыпты

Гис будасы солжақ аяқшасын оқшаулау (ГБСАО)

Гис будасы оңжақ аяқшасын оқшаулау (ГБОУО)

басқа

белгісіз

ST T

ST сегментін көтерумен

ST сегменті көтерусіз

T ирегiнiң инверсиясы

қалыпты ЭКГ

басқа

белгісіз

ЭхоКГ (түсу кезінде) (при поступлении)

жоқ

иә;

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

Жергілікті жиырылғыштың бұзылған аймақтарының болуы:

жоқ

иә (

гипокинезия,

-акинезия)

10. КТ

жоқ

иә

11. МРТ

жоқ

иә

12. Қауіп шкалдары:

GRACE ишемия қауіпінің шкаласы (түсу кезіндегі қауіп санаты)

жоқ

ИӘ

Клиникалық себептері		Баллдар
	<30	0
	30-39	8
	40-49	25
Жасы (жас)	50-59	41
	60-69	58
	70-79	75
	80-89	91
	>90	100
	<50	0
	50-69	3
	70-89	9
Жүректің жиырылу жиілігі (минутына соғу)	90-109	15
	110-149	24
	150-199	38
	>200	46
	<80	58
	80-99	53
	100-119	43
Систолалық артериялық қысым (ммрт.ст.)	120-139	34
	140-159	24
	160-199	10
	>200	0
	0-35.3	1
	35-70	4
	71-105	7
Сарысу креатинин деңгейі (мкмоль/л)	106-140	10
	141-176	13
	177-353	21
	>354	28
	I	0
Жүрек функциясының жеткіліксіздік классы (Killip жіктемесі бойынша)	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 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

ST ЖКС бар пациенттер қауіпіннің 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 (механические осложнения ИМ)

Рефрактерлі стенокардиямен немесе ST сегментінің ауытқуы бар жүрек функциясының жіті жеткіліксіздігі

ST сегментінің немесе T ирегiнің қайталанған динамикалық өзгерістері, әсіресе ST сегментінің ауыспалы элевациясымен

Жоғары қауіп өлшемшарттары

жоқ

иә

МИ байланысты, жүрек тропониндері деңгейінің көтерілуі немесе төмендеуі

ST сегментінің немесе T ирегiнің динамикалық өзгерістері (симптомдық немесе асимптомдық)

GRACE шкаласы бойынша баллдардың сомасы >140

Аралық қауіп өлшемшарттары

жоқ

иә

Қант диабеті

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

Дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты

ОҚ ШФ <40% немесе жүрек функциясының іркілген жеткіліксіздігі

Ерте инфаркттен кейінгі стенокардия

Жақында өткізілген ТКА

Бұрын жасалған АКШ

GRACE қауіп шкаласы бойынша баллдардың қосындысы >109 және
Төмен қауіп өлшем шарттары

ЖОҚ

ИӘ

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

13. CRUSADE қан кету қауіп шкаласы

Көрсеткіш (предиктор)	Мағыналар интервалы	Баллдар
Бастапқы гематокрит (%)	<31 31-33 33-36 36-39 39-40 ≥ 40	9 7 3 2 0
Креатинин клиренсі *	≤ 15 >15-30 >30-60 >60-90 >90-120 >120	3 9 3 5 2 8 1 7 7 0
Жүрек жиырылуының жиілігі (≤ 70 71-80 81-90 91-100 101-110 111-120 ≥ 121 минутына/соғу)		0 1 3 6 8 1 0 1 1
Жынысы	Ер Әйел	0 8

CRUSADE электрондық калькуляторы

Баллдардың жалпы саны

CRUSADE қан кету қауіп

ЖОҚ

ИӘ

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

Баллдардың жалпы саны: (баллдар қосындысы 1 және одан жоғары болғанда инсульттің даму қауіпі бар (антикоагулянтты терапия тағайындау қажет))

Емдеу

Атауы Түскенге дейін Стационарда тағайындалды және қабылдады
қабылдады

Емдеуге жатқызудың алғашқы тәулігі (24 сағаттан кеш сағатқа дейін)

Иә

Ацетилсалицил қышқылы	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жоқ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз		
	<input type="checkbox"/>	Иә	<input type="checkbox"/>
Тикагрелор	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жоқ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз		
	<input type="checkbox"/>	Иә	<input type="checkbox"/>
Клопидогрел	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жоқ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз		
	<input type="checkbox"/>	Иә	<input type="checkbox"/>
*Тромбоциттердің гликопротеин ІІb/ІІа рецепторларының ингибиторлары	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жоқ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз		
	<input type="checkbox"/>	Иә	<input type="checkbox"/>
ФЕГ (гепарин)	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жоқ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз		
	<input type="checkbox"/>	Иә	<input type="checkbox"/>
Фонда паринукс	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жоқ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз		
	<input type="checkbox"/>	Иә	<input type="checkbox"/>
ТМГ(эноксапарин)	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жоқ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз		
	<input type="checkbox"/>	Иә	<input type="checkbox"/>
*Бивалирудин	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жоқ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз		
	<input type="checkbox"/>	Иә	<input type="checkbox"/>

b-блокаторлары(ампулалардағы метопролол)	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жок <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз <input type="checkbox"/>		
	Иә <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b-блокаторлары	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жок <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз <input type="checkbox"/>		
	Иә <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нитроглицерин (таблеткалар* ампулалар, аэрозоль)	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жок <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз <input type="checkbox"/>		
	Иә <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Аз уақыт әсер ететін нитраттар (мононитраттар)	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жок <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз <input type="checkbox"/>		
	Иә <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Аз уақыт әсер ететін ААФИ	Жок <input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Белгісіз <input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>		
	басқа <input type="checkbox"/>		
Есірткілік анальгетик (ампулалардағы морфин)	Иә <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Жок <input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Белгісіз <input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>		
БРА (ААФ ингибиторлары жақпаған кезде)	Иә <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жок <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз <input type="checkbox"/>		
Статиндер	Иә <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Иә	Иә
	Жок <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз	Белгісіз
	Белгісіз <input type="checkbox"/>		

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
Ca 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
K дәруменінің антагонисттері/ 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 антагонисттері(Спиронолактон эклеренон	<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

/*

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

Белгісіз

Белгісіз

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 инфаргі	1
V	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 көрсетімдер

абсолютты,

салыстырмалы

ЭКГ өлшемшарттары жоқ

бастапқы ТКА

Иә,

тромболизистік терапия өткізу уақытының басталуы

тромболизистік терапия өткізу уақытының соны

15. Тромболитикалық терапия өткізу кезеңі

Емдеуге жатқызуға дейін

Емдеуге жатқызу

қабылдау бөлімі

ҚТП/ БИТ

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:

альтеплаза

тенектеплаза

ретеплаза

басқа

в) дозасы

толық доза

жарты доза

Тромболизис асқынуының болуы

жоқ

иә
Коронароангиография

жоқ

иә
Күні
Атауы қызмет коды

Жоқ

Белгісіз
Тамырлы қол жетімдік:

радиалды

санды
Қалыпты КАГ:

жоқ

иә

Егер жоқ болса:

СКА дiңгегi

АТА

УЗ

ОКА

Шунт

Басқа (др.)

окклюзия

стеноз $\geq 50\%$

стеноз $< 50\%$

коронароспаз

м

инфарктқа

тәуелдi

артерия

Интактты

ӨП тамырлы зақымдану

0,

1

2,

3 және жоғары

белгiсiз

ТІМІ бойынша ИЗА немесе симптомдық тамырдағы қанағым:

0

1

2

3

Реваскуляризация әдісін таңдау (қажет болған жағдайда)
Syntax шкаласы

жоқ

иә
баллдардың жалпы саны (общее количество баллов)
"Жүрек тобы" консилиумды таңдау

жоқ

иә
Теріастылық коронарлық араласу
Атауы код. наименование. және операция коды
Баллонды үрлеу/ стентті орнату күні және уақыты

ST көтеруімен ЖКС:

Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.)

Сәтсіз тромболизистен кейін шұғыл 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)

Ерте 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 діңгегі

АТА

УЗ

ОКА

Шунт

Басқа

Жабыны бар
стент

Жабыны жоқ
стент

Тромб
аспирациясы

Тек
баллдық
ангиопластик
а

Қанағымның
және
басқаның
фракциялық
резервін
өлшеу

ТІМІ-ІІІ ИЗА

немесе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
симптомдық	0,	0,	0,	0,	0,	0,
тамырда	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
өлшемшартта	1,	1,	1,	1,	1,	1,
ры бойынша	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
коронарлық	2,	2,	2,	2,	2,	2,
қанағымды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
қалпына	3	3	3	3	3	3
келтіру						
дәрежесі						

Стент ішіндегі рестеноз

жоқ

иә

Бифуркацияларды тарту

жоқ

иә

Тромбоэктомиялық құрылғыларды қолдану



жоқ



иә



Белгісіз
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
Ойдағыдай ТАА



жоқ



иә



Белгісіз
Толық ревазуляризация



жоқ



иә



Белгісіз

Стационарлық емдеу кезінде 1 емшарадан артық

жоқ

иә

Белгісіз

Аорталық-коронарлық шунттеу

Атауы код. код. АХЖ-9 бойынша операция коды

Жоқ

Иә АҚШ 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 имплантантау (имплантация электрокардиостимулятора)

жоқ

иә

Белгісіз

Шұғыл

Жоспарлы
Атауы код. код. АХЖ-9 бойынша операция коды

Уақытша ЭКС

Бір камералық

Екі камералық

Тұрақты ЭКС

Бір камералық (

Екі камералық

басқа

Кардиовертел-дефибрилляторды имплантантау

жоқ

иә

Белгісіз

Шұғыл

Жоспарлы Атауы код. код. АХЖ-9 бойынша операция коды
Кардиоресинхрондаушы құрылғыны имплантациялау

жоқ

иә

Атауы код. код. АХЖ-9 бойынша операция коды
Басқа операциялар:

жоқ

иә

Белгісіз

Шұғыл

Жоспарлы

Атауы код. код. АХЖ-9 бойынша операция коды
Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар
Killip бойынша СН классы

I

II

III

IV

белгісіз

Қайталанған МИ

жоқ

иә

Белгісіз

жоқ

ЖФ (алғашқы рет болған)

иә

Белгісіз

жоқ

ФЖ

иә

Белгісіз

жоқ

АВ блокада II-III дәр

иә

Белгісіз

жоқ

Механикалық асқынулар *

иә

Белгісіз

жоқ

Инсульт

иә

Белгісіз

жоқ

Қан кету

иә

	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
Қан трансфузиясы	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
Төмен гемоглобин	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
БЖЖ	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз
	<input type="checkbox"/>	жоқ
Басқалар	<input type="checkbox"/>	иә
	<input type="checkbox"/>	Белгісіз

* МИ механикалық асқынулар кезіндегі операциялар

жоқ

иә

Күні

Атауы код. код. АХЖ-9 бойынша операция коды

17. 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)

18. Басқа диагностикалық зерттеулер

жоқ

иә

КТ (қаупі төмен көтерусіз ЖКС кезінде)

МРТ

басқа

Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз):

Диагнозы АХЖ-10 бойынша код. код.

Инфаркт түрі код. код.

Қорытынды клиникалық диагноз

	Диагнозы	АХЖ-10 бойынша код	Инфаркт инфаркта	түрі	Тип
Қорытынды клиникалық диагноз	код. код.	1. 2.			
Асқынулар *	код. код.				
Ілеспелі ауру 1	код. код.				
Ілеспелі ауру 2	код. код.				

*Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (ЖСЖ) болған кезде NYNA бойынша функционалдық класы

I,

II,

III,

IV

ЖКС аяқталуы:

ST көтерумен МИ (трансмуральды)

үзілген ИМ

ST көтерусіз МИ (субэндокардиальды)

Н.С.

басқа аурулар:

Өкпе артериялары тармақтарының тромбоэмболиясы (ӨАТТ)

Қолқаның қабатталған аневризмасы

Такотсубо кардиомиопатиясы

Миокардит

басқа диагноздар (АХЖ-10 таңдау)

Стационардан шыққан
пациенттің статистикалық
қартасының 2 қосымша парағы

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

МҚЖБ алғашқы белгілерінің уақыты индекстік жағдайдан бастап 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

Ірі тамырлардың тарылу өзгерістері

жоқ

иә

белгісіз

Шылым 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

Гормондық алмастыру терапиясы

жоқ

иә

белгісіз

Жүктілік

жоқ

иә

белгісіз

Контрацептивтер

жоқ

иә

белгісіз

Басқалар

Бұрын болған жүрек-тамырлары сырқаттары

Бұрын болған инсульт диагнозы

жоқ

иә

белгісіз

Транзиторлық ишемиялық өршу диагнозы

жоқ

иә

белгісіз

Өткерген миокард инфаргі

жоқ

иә

белгісіз

Жүректің ишемиялық ауруы

жоқ

иә

белгісіз

АКШ/ТКА

жоқ

иә

белгісіз
АКШ/ЧКВ

жоқ

иә

белгісіз
ЭКС/ИКД

жоқ

иә

белгісіз
Жүрек қақпақшаларының ауруы

жоқ

иә

белгісіз

Кардиомиопатия

жоқ

иә

белгісіз

Жүрек функциясының созылмалы 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:



0-3- ең төменгі тапшылық



4-10: орташа тапшылық



10-21: ауыр тапшылық



>21: өте ауыр тапшылық

NIHSS шкаласы бойынша баллды көрсету

Рэнкин шкаласы

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері

Дисфагия (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 көрсетіңіз:

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

Магниттік-резонансты томография жасалынды ма?

жоқ

иә Күні
инфаркт

жоқ

иә қан кету (кровоизлияние)

жоқ

иә аневризма

жоқ

иә АВМ

жоқ

иә

тамыр стенозы (стеноз сосуда)

жоқ

иә

тамыр тромбозы (тромбоз сосуда)

жоқ

иә

Қабылдаған дәрілік терапия
Тромболизистік терапия

жоқ

иә

Гипотензивті терапия

жоқ

иә

Антиагрегантты терапия

жоқ

иә

Антикоагулянтты терапия

жоқ

иә

Статиндер

жоқ

иә

Жеке оңалту бағдарламасының картасы бар ма?

жоқ

иә

Қай МДК мамандарының консультациясы жасалынды?

невролог

- нейрохирург
 - реабилитолог
 - логопед
 - эрготерапевт
 - психиатр
 - ине рефлексотерапевт
 - кинезиотерапевт
- Пациенттің оңалтудың жеке бағдарламасында қандай негізгі іс-шаралар жасалынды ?
- бағдарланған
 - кезең-кезеңмен сатылы
 - жеке ЕФК

Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде логопедпен емдеу іс шаралар жасалынды ма?

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 (биоуправление/БОС),

физиотерапия
Оңалту потенциалын 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 – науқастың 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-схемасы (ПЖМИ) Mini-Mental State Examination (MMSE)

Жоқ

Иә қорытынды

28-30- когнитивті функцияларының бұзылулары жоқ

24-27 деменция алдыңғы когнитивті бұзылулар

20-23-сипаты жеңіл дәрежедегі деменция

11-19-сипаты қалыпты деңгейдегі деменция

0-10- ауыр деменция

в) Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды 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)

от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи

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

от 6 до 10 -требуется присмотр

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

11 и более -независим

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі

Жоқ



Иә қорытынды
Баллды көрсету



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
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

NIHSSшкаласы бойынша балл

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

NIHSSшкаласы бойынша балл

Механикалық тромбэкстракция жасалды ма?

жоқ

иә

терапияны бастау күні мен уақыты

терапияны аяқтау күні мен уақыты

Нейрохирургиялық операцияның атауы код. наименование.

АХЖ-9 операциясының коды

Жоқ

Иә күні (кк/мм)

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін

24 сағатқа дейін

72 сағаттан артық

Операциямен байланысты асқынулар:

код. код.

код. код.

код. код.

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 – науқастың 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 ұтқырлық шкалдары, 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 (ПИТ/БИТ):

жоқ,

иә күн саны

"Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) есеп нысаны" № 013/е нысаны

Стационардағы белгілі уақыт аралығында (апта, ай, жыл) босанулар туралы ақпараттан құрастырылады және келесі жолдардан құралады, бірақ шектелмейді:

1. Босану тарихы мен нәрестенің даму тарихының №
2. Бала бөлімшеге қайдан түсті және түскен күні
3. Анасының тегі, аты, әкесінің аты (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 науқастанып (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 науқастың медициналық картасы" № ТБ 014/е нысаны

Тіркелу күні

Жатқызылу күні

I. Науқас туралы ақпарат:

1. ЖСН
2. Т.А.Ә. (болған жағдайда)
3. Науқастың тіркеу №
4. Туған күні
5. Жынысы

ер

әй ел

6. Жасы

7. Ұлты, азаматтығы

8. Тұрғыны

қала

ауыл

БТОЖ

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Науқасқа жақын адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) (болған жағдайда)

11. Науқасқа 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

4. Алғашқы белгілері пайда болған күні

5. БМСК қаралған күні

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

III. Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі

IV. Қауіп-қатер факторлары:

туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБ);

Көп дәріге төзімділік туберкулезі - болған жағдайда (бұдан әрі – КДТ ТБ);

Кең-ауқымды дәріге төзімді туберкулезі - 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;



жүктілік;



БЦЖ егілмеген.

V. Науқасты 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. МО в поддерживающей фазе
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. Науқастың 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. (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. (болған жағдайда), ID

№ ТБ 014/е "Туберкулезге шалдыққан науқастың 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. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (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 науқастың медициналық картасы" № ТБ 015/е нысаны

Тіркелген күні

Емдеуге жатқызу күні

I. Науқас туралы ақпарат:

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (болған жағдайда)

3. Науқастың тіркеу №

4. Туған күні

5. Жынысы

ер

әйел

6. Жасы

7. Ұлты

8. Азаматтығы

9. Тұрғыны

қала

ауыл

БТОЖ

10. Тұрғылықты мекенжайы

11. Науқасқа жақын адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)

12. Науқасқа 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:

ТБ

КДТ ТБ

КАДТ ТБ;

қант диабеті;

нашақорлық;

ішімдікке салыну;

АИТВ;

соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу;

белгісіз.

босанғаннан кейін 1 жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер;

жүктілік;

БЦЖ егілмеген.

V. Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі:

VI. Науқасты 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;

ҚДТ ТБ кезінде:

4. ҚДТ ТБ қорытындысы

5. Себебі

КАДТ 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. МО в поддерживающей фазе

5. Ем (стационарлық, амбулаторлық)

Хирургиялық ем:

Атауы, коды, МҰ ID

113 код оң нәтижелі науқастар үшін:



Ретровирустарға қарсы терапия басталды:



Котримоксазолмен 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. Науқастың 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. (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. (болған жағдайда), ID

№ ТБ 015/е "Туберкулезге шалдыққан IV категориялық науқастың 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. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (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 науқастарды тіркеу нысаны" № ТБ 016/е нысаны

1. Тіркеу күні

2. Жеке сәйкестендіру нөмірі

3. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

4. Туған күні

5. Жынысы

6. Тұрғылықты мекенжайы

7. Ұйым (қарқынды кезең/жалғастыру кезеңі)

8. Науқас түрлері

9. Ем категориясы

10. Ем басталған күні

11. Емді мониторингтеу

12. Диагностикалау әдісі

13. Адамның иммун тапшылығы вирусы /Жұқтырылған иммун тапшылығының синдромы) бойынша іс шаралар

14. Ем нәтижелері

"Туберкулезбен ауыратын IV санаттағы науқастарды тіркеу журналы" № ТБ 017/енасыны

		облысы				ауданы	
Тіркеу №	Тіркелген күні	Т.А.Ә. болған жағдайда)	(ЖСН/	Жынысы	Туған күні	Нақты тұратын мекенжайы	Қарқынды кезеңдегі медұйым

Кестенің жалғасы

ТБ 03 б-ша Т Б тіркеу № (тір. күні)	шоғырлан уы (Ө/ӨТ)	Түрі*	Екінші қатар ТҚП алған	ҚДТ расталған	ТБ күдігі	ҚДТТБ күдігі	КАДТ ТБрасталған	КАДТ ТБ күдікті	Ем тәртібі * Ем баст. күні
--------------------------------------	--------------------	-------	------------------------	---------------	-----------	--------------	------------------	-----------------	----------------------------

Қысқартулар: ЕҚП - екінші қатардағы препараттар; ҮҚП - үшінші қатардағы препараттар;

Диагностикалық әдіс IV кат бойынша тіркелуге себеп болған ДСТ* қорытындысы. Егер ДСТ ДСТ қорытындысы күтуде болса, қорытынды кейін енгізілуі тиіс. ДСТ қорытындысын толық білу үшін ем алу кітапшасын қараңыз.**Т–төзімді С – сезімтал Ө –өскін

Л-Й	Бакт рлы алын ек Моле ған куля күні рный	Н	Р	Е	С	Z	Cm	Km	Am	Cs	Pto/ Eto	PAS	Ofx	Lfx
-----	--	---	---	---	---	---	----	----	----	----	-------------	-----	-----	-----

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 қорытындыны енгізу қажет)

Айлар

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ж Д	Ж Д	Ж Д	Ж Д	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. №

*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-Хрег

20_ жыл

ортаңғы жағы

Ем жүргізу барысында қақырық жағындысы (Ж) мен қақырық дақылы (Д) микроскопияның қорытындылары (егер бір айдың ішінде бірден артық зерттеулер жүргізілсе, онда соңғы оң нәтижелі қорытындыны енгізу қажет)

Айлар

12	13	14	15	18	21	24	27	30	33	36	
Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д	Ж	Д
Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	Зерт. №	

оң жағы

Ем нәтижелері(күні)	АИТВ іс-шаралар(нәтижесі күні)	ЖҚТБбойынша РҚТ	Еске ртул ер*
С	Қайтыс болды		
ау Е м	ТБ-ден От ТБ	Басқ	
ы аяқталд	Ауысты	а	Тестілеу
ы	Сәтсіз ем	Стацио- нард	РҚТ
ы	Сәтсіз ем	Стационар- дан тыс	КАТ
	бұзылды	себе	
	тәртібі	птер	
	Ауысты	ден	
	-рылды		

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

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 – котримоксазолмен 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

Қалдықты
қ о с а

Айдың,
күннің, Кіріс /Саны

№ п/п	Күні, айы	жылдың басындағы калдық	Рұқсат қағазы бойынша	қосымша құжаты №	Басқа ведомствола қосымша құжаты №	есептегендегі барлық кіріс	Саны
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

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

№ ТБ 018/е "Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы" нысанының қысқартылымдары:

1		АИТВ			Адамның иммун тапшылығы вирусы	
2		ТҚҰ			Туберкулезге қарсы ұйым	
3		ДДС			Дәрі-дәрмектерге сезімталдықты тексеру	
					Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндеттерін атқарушы 2020 жылғы 30 қазаны № ҚР ДСМ-175/2020 Бұйрыққа 2-қосымша	

Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есеп құжаттамасының нысандары

Ескерту. 2-қосымшаға өзгеріс енгізілді - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 14.12.2021 № ҚР ДСМ-128 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

"Операциялық әрекеттерді/манипуляцияларды есепке алу нысаны" № 019/е нысаны

1. Операция күні мен уақыты
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі
3. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (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. Хирург пен операциялық мейіргердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы

"Босануды есепке алу нысаны" № 020/е нысаны

1. Жүгіну күні мен уақыты
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі
3. Босанушының тегі, аты, әкесінің аты (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 (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. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (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 (болған жағдайда) (жолдама болған кезінде толтырылады)

10. Ұйғарым

11. Куәландыруды немесе анықтама берген қызметкердің тегі, аты, әкесінің аты (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 (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. Науқас жолданды: жолдаған МҰ атауы (МҰ регистрінен)

15. Негізгі диагнозы

16. Фондық аурулар

Денсаулығым туралы ақпаратты келесілерге хабарлауға рұқсат етемін:

Жақынының Т.А.Ә. (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:

көлемі м², өндіруші

22. Гемодиализ:

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 (болған жағдайда), ID

ГД мейіргерінің Т.А.Ә. (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/ Несепнәр
л) (ммоль/л) Глюкоза (ммоль/л) Фосфор (ммоль/л)

0 минут

120 минут

240 минут

Диализат Креатинин (мкмоль/ Несепнәр Глюкоза (ммоль/л) Фосфор (ммоль/л)

ночной

свежий

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 2 х сағаттық 2х сағаттық

Диализат 4 х сағаттық 4х сағаттық

Түзету факторы (ТФ)

ТФ = креатининнің жаңа ерітіндісі + глюкозаның жаңа ерітіндісі

ТФ =

Коррегирленген креатинин

2 сағаттық қан

Креатинин (-)

Глюкоза = () x ТФ =

Коррегирленген креатинин =

Диализат

0 сағаттық креатинин

* (-)

Глюкоза = () x ТФ =

Коррегирленген креатинин =

2 сағаттық креатинин

(-)

Глюкоза = () x ТФ =

Коррегирленген креатинин / =

4 сағаттық креатинин * (-)

Глюкоза = () x ТФ =

Коррегирленген креатинин =

4 сағаттық креатинин * (-)

Глюкоза = () x ФК =

Коррегирленген креатинин =

D/P Dialysate/Plasma Ratios

0 сағаттық D/P

Диализаттың коррегирленген креатинині, 0 сағаттық

Қанның коррегирленген креатинині

2 сағаттық D/P

Диализаттың коррегирленген, 2 сағаттық

Қанның коррегирленген креатинині

4 сағаттық D/P

Диализаттың коррегирленген креатинині, 4 сағаттық

Қанның коррегирленген креатинині

D/D0

Глюкоза 2 сағаттық =

Глюкоза 0 сағаттық

Глюкоза 4 сағаттық =

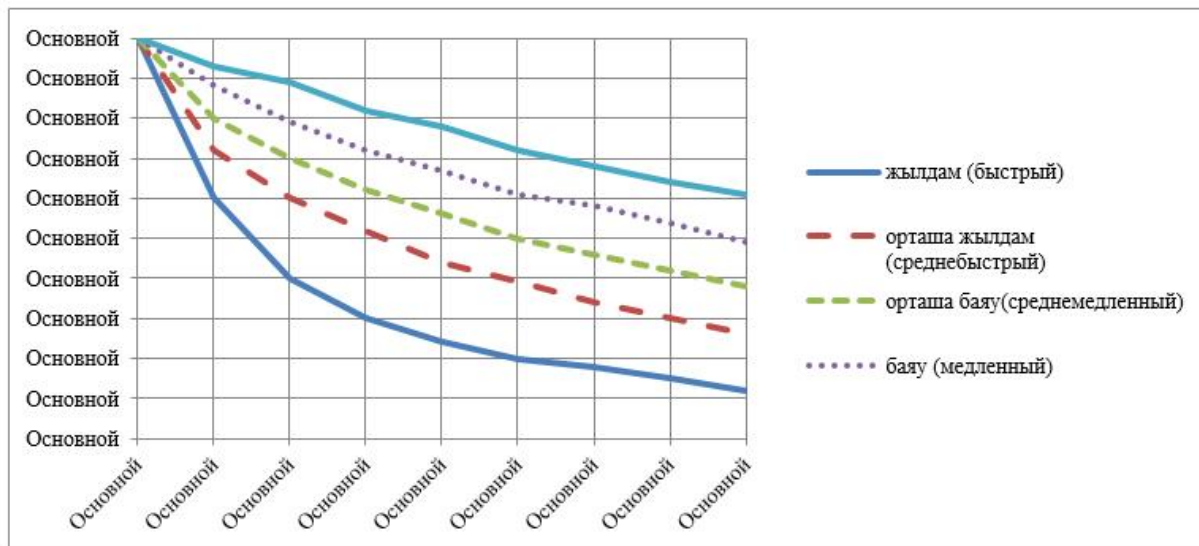
Глюкоза 0 сағаттық

Креатинин* - өлшенген креатинин

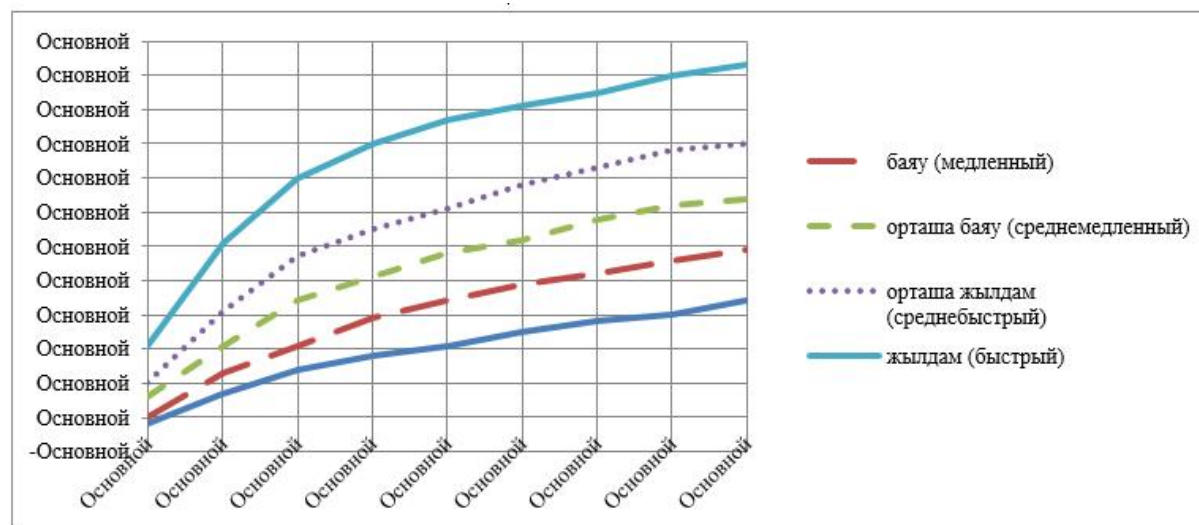
Конверциялау факторы: Глюкоза: мг/дл=ммоль/л x 18, Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷ 88

Несепнәр: мг/дл=ммоль/л x 2,82

D/D0 Глюкоза



D/P коррегирленген креатинин/D/P



Көліктік санат

4 сағаттық креатининнің D/P

Глюкозаның 4 сағаттық D/D0

D/D0 глюкозы

Жылдам

0,81 – 1,03

0,12 – 0,25

Жылдамдығы орташа

0,65 – 0,80

0,26 – 0,37

Жылдамдығы орташа баяу

0,50 – 0,64

0,37 – 0,48

Қорытынды:

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

Күні:

Перитонеалдық диализдің адекваттығын бағалау парағына қолданылады:

Қан

Несепнәр ммоль/л Креатинин мкмоль/л Глюкоза ммоль/л Альбумин г/л

24 сағаттық несеп және диализат

Креатинин Креатинин Vol in ml Vol out ml Net vol ml
Ммоль/л Мкмоль/л

Диализат

Несеп

ПД-бағдарлама:

Нәтижелер:

	CCI																		
modality	Total	Total	Fluid	eGFR	Albumi	nPCR	BSA		Transpo	4-hr									
у	Norm	KT/V	removal	ml/min	n	g/kg/	m2	eTBWL	rt	CRT	D/	Age							
	L/week/		L		g/dl	day			type	P									
	1.73m2																		

Urea Clearance L/week Cr Clearance L/week Residual Urea Clearance L/week Residual CrCIL/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. (болған жағдайда), ID

АПД картасы

СНМК № _____ Диагноз: _____

Күні 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16

Диа

нил

тәул

іктег 1,36
і % 5,0 л

қап

шық

тар

2,27
% 5,0 л

3,86
% 5,0 л

Физ

ион

ил

тәул 1,36
іктег % 2,0 л

і

қап

шық

тар

2,27
% 2,0 л

Экстрани 2,0 л
л

Нутринил 2,0 л

А П Д
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))

қосар

АҚ алдында (
кеш)

сөндірілге
ннен
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	Науқастың 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 - мочевинаның 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 науқастың медициналық картасы
30	МҰ	Медициналық ұйым
31	ПД	Перитонеальді диализ
32	УФ	Ультрафилтрация
33	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
34	Түзету коэффициенті	Түзету коэффициенті

"Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы" № 023/е нысаны

20 ____ жылғы " ____ " _____ басталды 20 ____ жылғы " ____ " _____ аяқталды

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Цитостат иктіеріту геберілге нкүні	Берген тұлғаның аты-жөні (болған жағдайда), қолы	Саны	Ерітілген күні	Цитостат иктіеріту гежіберге нбөлімше нінатауы	Шығын (мг, құты/ амп.	Цитостат иктіңжал пықалдығы	Жойылат ынқалды қтыңөлш ері (мг, құты/амп. саны)	Құтының , ампулан ыңашылғ ануақыты	Еріткентұ лғаныңат ы-жөні	цитостат иктіңнұсқ аулығыбо йыншаса қтауақы тыжәнете пператур асы

"Клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге толтырылған өтінімдерді тіркеу журналы" № 024/е нысаны

20 ____ жылғы " ____ " _____ басталды 20 ____ жылғы " ____ " _____ аяқталды

№	Күні	Өтінім №	Бөлімше	Науқастың а у р у тарихының №	Науқастың аты-жөні	Емдеуші дәрігердің аты-жөні	Тағайындал ғанцитостат иктіңатауы (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	Науқасты жіберген дәрігердің тегі	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	ЖСН	Туған күні	Науқа стың мекен жайы	Жұмыс орны (кәсіпорын мен цехтың, ұйымның аты)	Кәсібі (атқаратын жұмысы, лауазымы)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Науқастың ДКК-ға жіберілу диагнозы немесе себебі	Еңбекке жарамсыздық парағының №	Осы диагноз бойынша еңбекке жарамсыздық күндер саны	Комиссия қорытындысы (диагнозы, арнаулы емделуге ауыстыру, қанша күнге жолдану күні, МЭС қорытындысы)	қорытындысы (диагнозы, жұмысын жарамсыздық ұзартылды, МЭС-ке қорытындысы)			Комиссия мүшелерінің идентификация ту оры	Ескер ту

"Дәрігерлік – консультациялық комиссияның қорытындысы" № 026/е нысаны
 № _____ 20__ жылғы " ____ " _____
 Жеке тұлғаға берілді

Тегі, Аты, Әкесінің аты (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. (болған жағдайда) қолы)

Хатшы _____

(Т.А.Ә. (болған жағдайда) қолы)

М.О

"Анықтама" № 027/е нысаны

Берілген күні МҰ атауы

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі

2. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) тұлғаны куәландыратын құжатқа сәйкес

3. Туған күні

4. Тұрғылықты мекен-жайы

5. Медициналық қорытынды

6. Ұсыныстар (қажеті болғанда)

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

Мөрдің орны

Сурет орыны

"Шетелдіктердің, азаматтығы жоқ адамдардың, мигранттардың, еңбекші-мигранттардың (соның ішінде ЕАЭҚ-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 (болған жағдайда)

3. Жынысы

4. Туған күні

5. Қазақстан Республикасына соңғы келген күні

6. Тұрғылықты мекенжайы

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

10. Нарколог дәрігердің зерттеп-қарауы тегі, аты, әкесінің аты (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 (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

Осы емдеу ұйымы берген
уақытша еңбекке

Басқа емдеу
ұйымы берген

Жұмыс
орны

Р/с №	жарамсыздық парағының №	уақытша енбекке жарамсыздық парағының №	енбекке бірінші жалғасуы	енбекке жалғасуы	Науқастың аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	Туған күні	ӘАО Ж коды	Науқастың мекен жайы	мен атқаратын жұмысы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11	12	13	14	15	16	17	18
Диагнозы	Дәрігердің тегі	Жұмыстан босатылуы	Науқасты басқа емдеу ұйымдарын жіберу туралы белгілер	Уақытша енбекке жарамсыздық парағын берген аяқтаған	қай күнге баста дейін	Барлық жұмыстан босатылған күндері	

"СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы" № 030/е нысаны маманның Т.А.Ә. (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. (болған жағдайда) көрсетпей-ақ, олардың санын көрсетуге болады. Ол жағдайда соңғы

екі бағанда ұйымның мөрімен бекітілген басшының Т.А.Ә. (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.

20 ____ жылғы " ____ " _____ № "Медициналық-әлеуметтік сараптаманың қорытындысы" № 031/е нысаны

Ескерту. № 031/е нысан жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 14.12.2021 № ҚР ДСМ-128 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

1. ЖСН _____

—
2. Тегі _____

—
3. Аты _____

—
4. Әкесінің аты (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 (кетуге байланысты мемлекеттік қызметтерді көрсету үшін)

11. Қуәландыру орны (өрістердің біреуін таңдау):

балалар үйінде, интернатта, балаларға арналған мамандандырылған ұйымдарда

әлеуметтік қорғау медициналық -әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда)

қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде

үйде

стационарда

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 _____

Өкесінің аты (болған жағдайда) _____

16. Жіберген медициналық ұйымның атауы (МҰ тіркелімінен) _____

17. Медициналық ұйымның мекенжайы _____

18. Жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

19. Жіберген дәрігердің лауазымы (мамандығы) _____

20. № 031/е нысанын толтыру күні 20__ жылғы _____

21. Қайта куәландыруға/мерзімінен бұрын қайта куәландыруға жіберілген кезде:

22. Мүгедектік тобы (жолдың біреуін таңдау):

бірінші топ

екінші топ

үшінші топ

мүгедек бала

бірінші топтағы мүгедек бала

екінші топтағы мүгедек бала

үшінші топтағы мүгедек бала

мүгедектік анықталмаған

23. Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____%

24. Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____%

25. Жұмыс орны (жұмыс істейтін адамдар үшін) _____

— 26. Лауазымы _____

— 27. Негізгі кәсібі _____

—

28. Оқу орны (оқушылар мен студенттер үшін) _____

29. Курс/сынып _____

30. Мектепке дейінгі мекеме _____

31. Медициналық ұйымның бақылауында (күні) _____

32. Клиникалық және еңбек тарихы, диагностика, емдеу шаралары

33. Аурудың анамнезі: қай жастан бастап ауырады, ағымының ерекшеліктері мен сипаты, өршу жиілігі, соңғы өршу күні, емдеу (оның ішінде рецидивке қарсы), тиімділік

(антропометриялық динамика, гематологиялық көрсеткіштер, функционалдық үлгілер,

соматикалық мәртебедегі өзгерістер, емдеу нәтижелерін жалпы бағалау) қызметі

34. Пациент диспансерлік тіркеуде тұра ма

жоқ, егер

тұрса (диспансерлік тіркеу бойынша барлық диагнозын көрсету):

Диагноз (АХЖ-10) коды) _____ Диспансерлік тіркеуге алынған күн _____

Диспансерлік тіркеуден шығарылған күн _____

35. 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)

36. Қазіргі уақыттағы жүргізілген ем: _____

оң динамикамен

динамикасыз

теріс динамикамен.

37. 031/е нысанын толтыру кезіндегі физиологиялық өлшемдер:

АҚ/Қ _____ миллиметр сынап бағанасы

ЖҚЖ _____ минут

Пульс _____ минут

ТАЖ _____ минут

Дене қызуы _____

Бойы _____ сантиметр

Салмағы _____ килограмм

Жамбас көлемі _____ сантиметр

38. Еңбек жағдайының өзгеруі _____

39. Еңбекке уақытша жарамсыздық (соңғы 12 айдағы ақпарат)

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

40. Оңалту іс-шараларының жоспары:

41. Организмнің бұзылған функцияларын қалпына келтіруге және (немесе) өтеуге бағытталған техникалық құралдар бойынша ұсыныстар бар:

жоқ,

бар, бір немесе бірнеше өрісті таңдау керек:

көру қабілетінің төмендеуі 0 – 0,03 және / немесе көру өрісі 0 – 10;

көру қабілетінің төмендеуі 0,04 – 0,08 және / немесе көру өрісі 10 – 20;

балалардың көруінің 0,19 дейін төмендеуі және / немесе өрістердің 25 –ке дейін тарылуы;

екі жақты есту қабілетінің төмендеуі;

дауысты қалыптастырудың бұзылуы;

қозғалыс функциясының елеулі бұзылуы;

қозғалыстың қиындығы;

өзіне-өзі қызмет көрсетудегі қиындық;

омыртқаның статодинамикалық бұзылыстары;

жоғарғы аяқтардың құрылымы мен/немесе қызметінің бұзылуы;

төменгі аяқтың құрылымы мен/немесе функциясының бұзылуы;

мастэктомия;

жамбас ағзалары функцияларының бұзылуы;

ішек стомасы;

несеп шығару жолдарының стомасы.

42. Әлеуметтік қызметті ұсыну

жоқ, егер

ия:

жеке көмекші

ымдау тілі маманы

43. Арнайы әлеуметтік қызмет көрсету

жоқ, егер

ия (біреуін ғана таңдау):

стационар

жартылай стационар

үй жағдайында

44. Жұмыспен қамту

нет, егер

ия:

Жұмыс уақытын ұйымдастыру: толық

, қысқартылған жұмыс күні

Қолайсыз өндірістік факторлардың әсерін жою

Арнайы жұмыс орнын құру

45. Оқыту/қайта оқыту

жоқ,

ия

46. Шағымдарды көрсете отырып, мамандармен кеңесудің нәтижелері, дене функциясының бұзылу дәрежесін көрсететін объективті тексеру деректері, диагноздар

мен ұсынымдар. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау стандарттарына,

диагностикаға, емдеуге және оңалтуға арналған клиникалық хаттамаларға сәйкес аурудың бейіні үшін қажетті мөлшерде) 031/е нысанына электрондық түрде қоса беріледі:

Қызмет атауы _____

Жүргізу күні _____

Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы) _____

47. Клиникалық, зертханалық, рентгендік және басқа зерттеулердің нәтижелері. Медициналық құжаттар (денсаулық сақтау стандарттарына, диагностикаға, емдеуге және оңалтуға арналған клиникалық хаттамаларға сәйкес аурудың профилі үшін қажетті мөлшерде) 031/е нысанына электрондық түрде қоса беріледі:

Қызмет атауы _____

Жүргізу күні _____

Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы) _____

48. Науқастың жағдайының динамикалық өзгеруін көрсететін аурудың бейініне байланысты стационарлық, стационарлық алмастыру емінің емделген жағдайлары (жағдайлары) бойынша, оңалту орталықтарында емдеу нәтижелері; емдеу кезінде пайда болатын асқынулар; зертханалық зерттеулер, консультациялар нәтижелерін қорытындылау; оңалту әлеуетін, оңалту диагнозын және оңалту жолының ауқымын ескере отырып ұсынымдар. Медициналық құжаттар 031/е нысанына электрондық түрде

қоса беріледі, онда мыналар көрсетіледі:

Сырқатнамадан үзіндінің нөмірі _____

Түскен күні _____

Шыққан күні _____

Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы) _____

49. Жедел жәрдем/стационарлық науқасқа белсенді барудың нәтижелері. Медициналық құжаттар 031/е нысанына электрондық түрде қоса беріледі, онда мыналар көрсетіледі:

Белсенді түрде барған күндері _____

—
Медициналық ұйымның атауы (Орындаушы) _____

—
МӘС-ке жіберілген кезде клиникалық-функционалдық диагноз _____

—

—

—
50. Негізгі диагноз (АХЖ-10 коды) _____

—
51. Негізгі диагноз (мәтін)

52. Асқыну (АХЖ-10 коды) (бар асқынуларды көрсету): _____

—
53. Асқыну (мәтін) (указать имеющиеся осложнения): _____

—
54. Қосымша аурулар диагнозы (АХЖ-10 коды) (барлық қосымша ауруларды көрсету):

55. Қосымша аурудың диагнозы (мәтін) (барлық қосымша ауруларды көрсету)

—
56. Медициналық әлеуметтік сараптамаға жіберу мақсаты:

мүгедектікті анықтау

қайта куәландыру

мерзімінен ерте қайта куәландыру

жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін анықтау:

бірінші

қайта

кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесін анықтау:

бірінші

қайта

мүгедектік себебінің өзгеруі

оңалтудың жеке бағдарламасын қалыптастыру немесе түзету

зардап шеккен жұмысшының көмек пен күтімнің қосымша түрлеріне қажеттілігі туралы қорытынды беру қажеттілігі

57. Қашықтықтан куәландыруға жіберу:

куәландыру қашықтықтан проактивті

адам көлікке жарамсыз

адам стационарлық емделіп жатқан аймақтан тыс жерде төтенше жағдай, шектеу шаралары, оның ішінде карантин

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

59. QR код (жылдам әрекет ету коды)

60. 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:



ия

Пациенттен немесе заңды өкілінен жауап алынған күн: 20____жылғы " ____ " _____

Пациенттен немесе заңды өкілінен алынған жауап _____

61. Жіберушінің ұялы телефон нөмірі: +7

МӘС сараптамалық қорытындысы туралы хабарлама

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

2. Сараптамалық қорытындыны шығарылған күні 20__жылғы____

3. ЖСН _____

4. Тегі _____

5. Аты _____

6. Әкесінің аты (болған жағдайда) _____

7. Туған күні _____жылғы____

8. Клиникалық-сараптамалық диагноз: _____

Негізгі диагноз, атауы, коды _____

Қосымша диагнозы атауы коды _____

9. МӘС сараптамалық қорытынды: мүгедектік тобы _____

мүгедектік себебі _____

мүгедектік мерзімі _____

мерзімі _____ 20__жылдан бастап ескерілген.

қайта куәландыру күні 20__жылғы____

10. Еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесі _____%

еңбек ету қабілетінен айырылу дәрежесінің мерзімі _____

КЕҚА дәрежесі _____%

КЕҚА себебі _____

КЕҚА дәрежесінің мерзімі _____

КЕҚА дәрежесінің қайта куәландыру күні 20__жылғы____

11. Мүгедекке ОЖБ әзірлеу № _____

12. Оңалту бойынша кеңестер

медициналық оңалту бойынша _____

әлеуметтік оңалту бойынша _____

кәсіби оңалту бойынша _____

13. Негізсіз жолдама немесе сапасыз толтыру жағдайында толтырылады

негізсіз жолданған

сапасыз толтырылған:

Негіздеме _____

14. Медициналық-әлеуметтік 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 тізімі:

№	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
1	БХТ	Бекітілген халық тіркелімі
2	МАБ	Мобилдік адамдар базасы
3	АҚ/Қ	Артериялық қан қысымы
4	ЖҚЖ	Жүрек қағысының жиілігі
5	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
6	ДКК	Дәрігерлік консультациялық комиссия
7	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
8	ОЖБ	Оңалту жеке бағдарламасы
9	МӘС	Медициналық-әлеуметтік сараптама
10	МО	Медициналық ұйым
11	МӘС бөлімі	Медициналық-әлеуметтік сараптама бөлімі
12	МӘС ӘБ бөлімі	МӘС әдіснама және бақылау бөлімінде
13	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
14	ЭЦҚ	Электрондық цифрлық қолтаңба
15	ЖЕҚА	Жалпы еңбек ету қабілетінен айырылу

16	КЕҚА	Кәсіптік еңбек ету қабілетінен айырылу
17	АХЖ	Аурулардың халықаралық жіктемесі

"Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы" № 032/е нысаны

Р/с №	Күні	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	ЖСН	Туған күні, жасы	Үйінің мекен жайы және телефоны	Жұмыс орыны	Мүгедек тобы/ Бала-мүгедек	Клиникалық диагнозы	Куәландыру үлгісі бастапқы (1) салдарлық (2)	Оңалту Медициналы Тәулік қатік оңалту	Қорытқынды Мүгедек ектік тобы/ Бала-мүгедек	Қорытқынды Мүгедек ектік тобы/ Бала-мүгедек	Қорытқынды Мүгедек ектік тобы/ Бала-мүгедек	Қорытқынды Мүгедек ектік тобы/ Бала-мүгедек	Қорытқынды Мүгедек ектік тобы/ Бала-мүгедек
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

20__ жылғы "___" _____ № _____ "Пациент/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының (бұдан әрі – ОЖБ) медициналық бөлігі" № 033/е нысаны

Ескерту. № 033/е нысан жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 14.12.2021 № ҚР ДСМ-128 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

1. ЖСН _____
2. Тегі _____
3. Аты _____
4. Әкесінің аты (болған жағдайда) _____
5. Туған күні _____ жылғы "___" _____

6. Тіркелген мекенжайы _____
7. Телефон _____
8. Білімі _____
9. Жұмыс орны оқу орны/мектепке дейінгі мекеме _____
10. Мүгедектік тобы (болған жағдайда) _____
11. ОЖБ әзірленген: бірінші рет

; қайта

12. Оңалту диагнозы (АХЖ-10) _____

13. Оңалту сараптамалық қорытынды:

Оңалтуды бағыттау шкаласы баллмен _____

ХҚЖ b өлшемшарттарының коды _____

ХҚЖ d өлшемшарттарының коды _____

14. Неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық профильді, оңалту болжамы мен халықаралық критерийлерге сәйкес оңалту әлеуеті бар пациенттер үшін)

(балмен)

Бейіннің атауы (пациенттің барлық оңалту бейіндерін көрсетіңіз)	Оңалтуға дейін	Оңалтуға дейін (қайта ОЖБ кезінде толтырылады)	Қорытындының бағасы (қайта ОЖБ кезінде толтырылады)
---	----------------	--	---

15. Басқа бейінді пациенттер үшін, оңалту болжамы және оңалту әлеуеті

Бейіннің атауы (пациенттің барлық оңалтудың бейіндерін көрсетіңіз)	Болжам *	Әлеует **
--	----------	-----------

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

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

16. Медициналық оңалту кезеңі:

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

17. Аяқталған 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, пациенттерді оқыту, реконструктивті

хирургия, күндізгі стационарларда, тәулік бойы жұмыс істейтін стационарларда, оңалту орталықтарында, үй стационарларындағы оңалту, санаторийлік-курорттық емдеу, қосымша қызметтер

18. Медициналық-әлеуметтік оңалту бойынша кеңестер

Іс-шаралар, қызметтер, техникалық құралдар	Жүргізу мерзімі (орындалу айы мен жылы)	Пациент қажет ететін нақты түрлері
1. Протездеу және ортездеу		
2. Медициналық оңалтудың техникалық құралдарымен қамтамасыз ету		
3. Пациентті үй жағдайында оңалту әдістеріне үйрету		
4. Басқалары (жеке көмекші, ымдау тілі бойынша маман, арнайы әлеуметтік қызметтер)		

19. Медициналық оңалту нәтижелерін бағалау 20__ жылғы _____ (күнді көрсетіңіз) (өрістердің бірін таңдаңыз):

бұзылған функцияларды қалпына келтіру (өрістердің бірін таңдаңыз):

толық

жартылай

бұзылған функцияларды өтеу (өрістердің бірін таңдаңыз):

толық

жартылай

оң нәтиженің болмауы

20. ДКК төрағасының ЭЦҚ куәландырылды

21. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____

22. QR код (жылдам әрекет ету коды)

Ескертпе. ОЖБ медициналық бөлігі электронды түрде толтырылады.

ОЖБ медициналық бөліміне ақпараттық жүйе автоматтандырылған түрде шығарылатын бірегей нөмір беріледі.

Қысқартылған сөздер тізімі:

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

"Хабарлама" № 034/е нысаны

Ескерту. № 034/е нысан жаңа редакцияда - ҚР Денсаулық сақтау министрінің 11.03.2022 № ҚР ДСМ-23 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Жолданады:

Жалпы бөлім

1. ЖСН.

2. Т.А.Ә. (бар болса).

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. Науқастың лауазымы.
11. Күні: ауруы бастапқы өтініш/анықтау диагноз қою емдеуге жатқызу.
12. Диагнозы.
13. Науқас қайда жіберілді (МҰ тіркелімі).
14. Хабарламаны толтырған МҰ атауы (МҰ тіркелімі).
15. Хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә. (бар болса), 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 болса) 2.2 Пациентке 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, 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

"Медициналық қызметтердің есеп нысаны" № 035/е нысаны

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі;
2. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда);
3. Уақыты мен күні;
4. Диагноз;
5. Қызметтің атауы;
6. Өткізген қызметкердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), идентификаторы (облған жағдайда)

Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтамаға тексеру талоны

Берілді

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Туған күні

Жынысы

Жұмыс орны

Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы

Диагноз

Қорытынды диагнозы

Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға)

Жұмыстан босатылдыкк/аа/жж бастапкк/аа/жж дейін

Дәрігердің лауазымы мен тегі

Дәрігердің идентификаторы

Жұмысқа кірісуі (күні мен айы)

(емдеу ұйымының идентификаторы)

"Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан немесе есірткелік жіті уыттанған уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама " № 036/е нысаны

№ _____

Берілді

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Туған күні

Жынысы

Жұмыс орны

Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы

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

МӘС-ның ұйғарымы

Уақытша басқа жұмысқа ауыстырылуы кк/аа/жж бастап кк/аа/жж дейін

(МЭСК идентификаторы)

Бас дәрігердің идентификаторы

Төрағаның идентификаторы

"Анықтама № _____ студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке,

Анықтаманың бақылау талоны № _____	мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы" № 037/е нысаны (керегінің астын сызыңыз)
Берілген күні	Берілген күні
Жеке сәйкестендіру нөмірі	Студентке, оқушыға, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балаға (керегінің астын сызыңыз)
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
Оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы	Оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы
Ауру диагнозы	Жеке сәйкестендіру нөмірі
Босатылды бастап кк/аа/жж кк/аа/жж аралығында	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
Босатылуы ұзартылды:бастап кк/аа/жжкк/аа/жж аралығында	Туған күні (жылы, айы, 1 жасқа дейінгі балалар үшін - күні)
Анықтаманы берген дәрігердің тегі, идентификаторы	Ауру диагнозы (келмеуінің басқа себептері) Жұқпалы аурумен ауырған науқастармен жанасуы (жоқ, иә, қандай науқастармен 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

Анықтаманың бақылау талоны
№ _____

Берілді	"Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы № _____ анықтама" № 038/е нысаны
Жеке сәйкестендіру нөмірі	Босату себептері:
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	1. инвазиялық әдіс өткізу, 2. ортопедиялық протезді стационарлық жағдайда өткізу, 3. санаторийлық-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)
Туған күні	Берілген күні
Қызмет, жұмыс орны	Жеке сәйкестендіру нөмірі
Ауру диагнозы (босату басқа себептері)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
Босатылды бастап кк/аа/жж кк/аа/жж аралығында	Туған күні
Босатылуы	Науқастың мекенжайы:
ұзартылды:бастап кк/аа/жж кк/аа/жж аралығында	Қызмет, жұмыс орны
Анықтаманы берген дәрігердің тегі, идентификаторы	Кәсібі, лауазымы
Ескерту:	Ауру диагнозы (босату басқа себептері) Жұқпалы аурумен ауырған науқастармен жанасуы (жоқ, иә, қандай науқастармен астын сызыңыз, жазыңыз) Жұмыстан босатылуы

кай күннен бастап	кай күн аралығында	дәрігрдің лауазымы мен тегі	дәрігердің қолы	ДКК төрағасын қолы
-------------------	--------------------	-----------------------------	-----------------	--------------------

Бақылау талондары Жұмысқа кірісуі кк/аа/жж бастап
берілген Ұйымның идентификаторы
анықтамаларды
есепке алу үшін
кажет.

"Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы"

№ 039/е нысаны

№ _____

20__жылғы "___" _____

Сот-психиатриялық сараптамаға жататын адам

_____ аты, тегі, әкесінің аты (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 (тіркелет өкіліктерге ұсынуға беріледі)" № 041/е нысаны

1 Жеке сәйкестендіру нөмірі

2 Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (жеке басын куәландыратын құжаттарға сәйкес)

3 Тұрғылықты мекенжайы

4 Анасының туған күні

5 Анасының ұлты

6 Анасының отбасылық жағдайы

7 Анасының білімі

8 Босану күні мен уақыты

9 Босану орыны

10 Баланың жынысы

10-1. Сәби дүниеге келді: бір ұрықтан туғанда - 1, егіздердің біріншісінен - 2, егіздердің екіншісінен - 3, басқа бірнеше рет туылғаннан - 4

10-2. Сәби дүниеге келді: толық мерзімді - 1, шала туған - 2, туылған - 3

10-3. Сәбидің туылған кездегі салмағы мен бойы

10-4. Қай баланы анасы туды (тірі туылу кезегі)

11 Дәрігердің (медбикенің) тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Медициналық ұйымның немесе жеке медициналық тәжірибемен айналысатын жеке тұлғаның идентификаторы

Медициналық қызметкердің идентификаторы

Ата-анасына анықтама үшін:

Қазақстан Республикасының "Неке (ерлі-зайыптылық) және отбасы туралы" Кодексінің 189-шы бөліміне сәйкес баланы тіркеу органдарында тіркеу қажет. Баланың туу туралы өтініш баланың туылған күнінен бастап екі айдан кешіктірілмей жасалуы керек.

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

20__ жылғы " __ " _____

аты, тегі, әкесінің аты (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 мұрағатқа беріледі.

Сот-псих
иатриялы
қ

СП
СК
Т.А.
Ә. (

Р/с №	Түскен күні	Аты, тегі, әкесінің аты болған жағдайда)	(ЖСН)	Жынысы	Туған күні	Туған күні (айы, күні)	Сараптам а жүргізу туралы қаулыны кім, қашан, қай тілде шығарды	сараптам аға (тергеудегі, сотталған, азаматтық істер бойынша) жататын адамдарды сипаттау	ҚР ҚК баптары (ҚР АҚ)	Бұл іс бойынша бірінші, қайталанған, қосымша сараптам а	Комиссия күні	жағдайда): Төраға, мүшелері баяндамашы
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Акті-нің №	Диагнозы	Қорытынды (қай тілде)	(қай)	Ұсынылған медициналық шаралар	Сот-психиатриялық сараптам аға жататын адам қайда жіберілді	Стационардан шыққан күні	Сараптам а жүргізудің жалпы мерзімі (АСПСК, ССПСК)	Істер мен қорытынды алушының аты, тегі, әкесінің аты (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 (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 – науқас 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 – айғақтарсыз тағайындау;

9 – емдеуге жатқызудың болмауы:

9.1 – ұсынылған,

9.2 – ұсынылмаған;

10 – кешіктіріп емдеуге жатқызу;

11 – созылмалы нысанды ауруы бар науқастарды 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 – ТМККК-ге кіретін медициналық көмекті көрсету кезінде пациенттен 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 сәйкессіздік жағдайлары,
- 2.9 – клиникалық және морфологиялық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары;

3 – алдыңғы емдеуге жатқызу кезінде стационардан мерзімінен бұрын 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 – жағдайдың 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 науқастың 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 - айғақтарсыз тағайындау;
- 10 - бейінді мамандардың қатысуынсыз көмек көрсетілген (айғақтар бойынша);
- 11 - шұғыл араласуды жүргізудегі кемшіліктер:
 - 11.1 - кешіктірілген шұғыл араласулар,
 - 11.2 - шұғыл араласудың барабар емес көлемі мен әдісі,
 - 11.3 - операция кезінде техникалық ақаулар,
 - 11.4 - тиісті айғақтарсыз операциялар,
 - 11.5 - адекваттік емес анестезия,
 - 11.6 - мүмкін асқынулардың 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 - өлім жағдайы 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. Патологоанатомиялық зерттеулердің және/немесе сот-медицинасы сараптамаларының нәтижелері

1. Патологоанатомиялық ашу немесе сот-медициналық сараптама нәтижесі								Операциялық және биопсиялық материалдарды зерттеу
Патологоанатомиялық немесе сот-медициналық диагноз/АХЖ-10 коды	Клиникалық және патологоанатомиялық, сот-медициналық диагноздардың ұқсастығы	Клиникалық және патологоанатомиялық (Ятрогения)						Гистологиялық қорытынды
		I санат	II санат	III санат	I санат	II санат	III санат	
а. негізгі							Клиникалық диагноз	
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 - пациентті 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 __ ж.

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

Қартаның енгізілген күні " __ " _____ 20 __ ж.

АХЖ-10 коды – аурудың халықаралық жіктемесінің Х 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__ ж. " __ " _____ № _____

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

1. Қайтыс болғанның тегі, аты, әкесінің аты (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)

9. Ұлты

10. Отбасы жағдайы

11. Білімі

12. Жұмыс орны және лауазымы

13. Қайтыс болу себебі

14. Жазатайым оқиғадан қайтыс болғанда: улану немесе жарақаттану: _____

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

(арудың)

күні

баста аяқта

луы луы

1) а) _____

_____ (тікелей өлімге әкелген ауру немесе жағдай)

б) _____

_____ (тікелей себептердің туындауына әкепсоқтырған|патологиялық жағдайлар)

в)

өлімн

ің

алға

шқы

себеп

і

соңы

нан

көрс

тіледі

г)

жара

қатта

н у

және

улану

кезін

дегі

сырт

қы

себеп

тер

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

Анасы қайтыс болған жағдайда:

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 (болған жағдайда), лауазымы

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

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

17. Қайтыс

Дата (болезни)

болу АХЖ-10 коды/

Басталуы Аяқталуы

себебі

1) а)

тікелей

өлімге

әкелген

ауру

немесе

жағдай)

б) тікелей

себептерді

ң

туындауы

на әкеп

соқтырған

патология

л ы қ

жағдайлар

в) өлімнің

алғашқы

себебі

соңынан

көрсетілед

і

г)

жаракатта

ну 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 жүкті болып қайтыс болды (жүктіліктің мерзімі мен оқшаулануына қарамастан) / умерла беременной;

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 (болған жағдайда), идентификаторы, лауазымы

Медициналық ұйымының идентификаторы

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

1. Қайтыс болған (өлі туған) баланың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

2. Жынысы: 1 - ер, 2 - әйел, анықталмаған – 3 (сызу қажет)

3. Туған (өлі туған) күні мен уақыты:

_____ мин, _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы

4. Қайтыс болған күні:

_____ мин, _____ сағ, _____ күні, _____ айы, _____ жылы

5. 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) _____

көшесі, үйі _____, пәтері _____

б) өлім (өлі туу):

1 - стационарда (жазу қажет) _____,

2 – үйде- 2, 3 - басқа жерде болды (жазу қажет):

6. Анасының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

7. Анасының туған күні:

_____ күні, _____ айы, _____ жылы

	8. Ұлты _____
	9. Отбасы жағдайы: некеге тұрмаған - 1, некеге тұрған - 2, жесір - 3, ажырасқан - 4, белгісіз – 5 Некеде тұрғандар үшін: некені кию күні (күні, айы, жылы _____ Жұбайының тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда) _____
	(мәліметтер неке туралы куәліктегі жазба негізінде, анасының сөзі негізінде толтырылды – керекті астын сызыңыз)
Шифрдың орны/	10. Қайтыс болған (өлі туған) баланың анасының тұрақты мекенжайы: _____ Республикасы
1	_____ облысы/респ.маңызы бар қала _____ ауданы/облысы маңызы бар қала /
2	респ. маңызы бар қаланың ауданы _____ округі/кент әкімшілігі/ облыст. маңызы бар қала ауданы/ аудандық маңызы бар қала әкімшілігі _____ елді мекені _____
3	(1-қала, 2-ауыл) _____
4	көшесі, үй _____, пәтері _____
5	11. Анасының білімі: жоқ - 1, бастапқы - 2, басты орта - 3, жалпы орта - 4, кәсіптік орта - 5, аяқталмаған жоғары -6, жоғары - 7, белгісіз - 8
6	12.1. Анасының жұмыс орны (жұмыс істемесе, кімнің қамқорлығында екенін көрсету қажет) _____
7	12.2. Лауазымы немесе орындалатын жұмыс _____
8	13. Жүктіліктің саны бойынша нешіншісі _____
9	14. Босану саны бойынша нешіншісі _____
10	15. Оған дейінгі жүктіліктер: тірі баланы туумен 1, өлі баланы туумен _____ 2, өз еркімен болған түсікпен 3, абортпен _____ 4 (қанша екендігін көрсету қажет)
11	16. Соңғы етеккірдің күні _____ Нақты жүктіліктің мерзімі _____ апта
12.1	17. Босандырған: дәрігер-1, акушер-2, фельдшер-3, басқа адам (сызу қажет)
12.2	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
13	19. Қайда тіркеуде тұрды: ФАП, ФП, ДА, АУА, ОДА, ӘК, "Неке және отбасы" консультациясында, қалалық перзентханада, облыстық перзентханада, ПО, жеке клиникада
14	20. Нақты жүктілік басталғанға дейін аурулар мен асқынулар: болмаған-1, болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет: негізгі ауруды бірінші көрсету қажет)
15	_____
16	_____
17	21. Нақты жүктілік барысында аурулар мен асқынулар: болмаған-1, болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет: _____

негізгі ауруды бірінші көрсету қажет)

18

19

22. Босану асқынулары: болмаған-1, болған-2 (қандай екендігін көрсету қажет: негізгі асқынуды бірінші көрсету қажет)

20

21

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

22

23

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

24

_____ ж./гр.

26. Баланың (ұрықтың) туған кезіндегі бойы

25

_____ см.

26

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.

27

28

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

29

29. Баланың (ұрықтың) өлуі: 1-босанғанға дейін, 2-босану кезінде, 3-босанғаннан кейін, 4-белгісіз жағдайда болды

30

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

31

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

32

31 Перинаталдық өлімнің себебі/

а) баланың (ұрықтың) өлуіне себеп болған негізгі ауруы немесе патологиялық жағдайы (тек бір ғана ауруы көрсетіледі)

АХЖ-10 коды

33

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,ә, қызметі және қолы

Мөр _____ қолы

Денсаулық сақтау ұйымының бас
_____ Тегі

34. Анасының куәлігінің/төлқұжатының № _____

35. Анасының қолы _____ күні _____

Тіркеу органында толтырылады

36. Куәлік тіркеу органында толтыру дұрыстығына
жауапты дәрігермен тексерілді

_____ ж./г. " ____ " _____

қолы _____

-----Кесу сызығы-----

Перинаталдық өлім туралы медициналық куәліктің түбіртегі № 046/е нысанына (алдын ала, түпкілікті, алдын аланың, түпкіліктіні орнына сериялар № __) Берілген күні 20 ____ ж. " ____ " _____

Медицина ұйымдарының атауы

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

1. Анасының тегі, аты, әкесінің аты (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 (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 (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:

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-егіздердің бірін, 3-егіздердің екіншісін, 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. Аппар шкаласы бойынша баға: 1 минуттан кейін _____ балл/баллов, 5 минуттан кейін _____ балл

	35. Акушерлік емшаралар	
	Амниоцентез	01
	Ұрықтың мониторингі	02
32. Нақты жүктілік қаупінің медициналық факторлары	Ұрықты ықпалдандыру	03
Анемия	Ультрасонография	04
Қанайналым жүйесінің урулары	01	
Тыныс органдарының аурулары	Басқалар (көрсету қажет)	0
	02	
	Жүргізілмеген	00
	03	

36. Жаңа туған кезеңдегі асқинулар:

Ананың жұқпалы және паразиттік аурулармен ауруы	04	01
Кардиоваскулярлік гипертензия	05	02
Бүйрек гипертензиясы	06	03
Жүктіліктен болған гипертензия	07	04
Қантты диабет	08	05
Бүйрек аурулары	09	06
Гидрамнион (судың көп болуы)/	10	00
Олигогидрамнион	11	
Эклампсия	12	
Жүктіліктің ерте кезінде қан кету	13	01
Несеп-жыныс жолдарының жұқпасы	14	02
Жүктілік кезінде аз тамақтану	15	03
Генитальдік герпес	16	04
Плацентаның кемістігі	17	05
Rh-сенсбилизациясы	18	06
Ірі ұрық	19	07
Ұрықтың гипотрофиясы	20	08
Басқалар (көрсету қажет)	21	09
Болмаған	22	10
33. Жүктілік кезінде тәуекелдің басқа факторлары:	23	
Темекі шегу	24	12
Алкогольды пайдалану	25	13
	26	00
34. Босанудың асқынуы:	27	
Босану кезіндегі гипертермия	28	01
Пацентаның алда жатуы	29	02
Плацентаның мерзімінен бұрын бөлінуі	30	
Қарқынды босану	31	
Ұрықтың алда жатуы немесе дұрыс жатпау салдарынан босанудың қиындай түсуі	32	
Босану кезінде қан кету	33	02.1
Ұрықтың күйзелісімен (дистреспен) асқынған босану және босандыру	34	02.2
Кіндік патологиясының жағдайы мен асқынған босану және босандыру	35	02.3
Басқалар (көрсету қажет)	36	02.4
Болмаған	37	02.5
	38	03
	39	
	40	01
	41	02

40. Перинаталдық өлімнің себебі:

АХЖ-10 коды/

(аурудың күні/

а) баланың (ұрықтың) өлуіне қайтыс болуына болған негізгі ауруы немесе жағдайы (тек бір ғана ауруы көрсетіледі) _____

--	--	--	--	--	--	--

--	--

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 (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 (болған жағдайда)

3. Туған күні

4. Жынысы

ер

әйел

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. Мүгедектік тобы

12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Науқас жолданды

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 келесілерге хабарлауға рұқсат етемін:

Жақынының Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Кім болады

Телефон

Емдеуге жатқызу кезінде қабылдау бөліміндегі дәрігердің біріншілікті қарауы:

1. Қарау күні мен уақыты

2. Ауру анамнезі

3. Өмір анамнезі

4. Шағымы

5. Аллергиялық сыртартпа

6. Жұқпалы аурулармен ауыруы

Туберкулез



иә

жоқ Тері-қан

иә

жоқ Гепатит

иә

жоқ басқа Вирусты гепатит

иә

жоқ Қызылша, қызамық

иә

жоқ Желшешек

иә

жоқ эпидемический паротит

иә

жоқ

Соңғы 35 күнде инфекциялық науқастармен қатынаста болмаған

7. Аса қауіпті инфекциялардың және ЖРВИ бергілері

иә

жоқ

Егер иә болса, науқас изоляторға орналастырылды ма

иә

жоқ

8. Тасымалдау түрлері

Тексеруді өткізген: Т.А.Ә. (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 маршруттарының шкаласын анықтау

8. Науқасты іріктеу (қабылдау бөлімі)

Қабылдау бөлімінде науқасты қысқаша қарау

1. Басымдығын бағалау (триаж-жүйесі орнына)

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

	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
Инфекциялық патология немесе жоғары жұқпалы тәуекелді белгілеу	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
	Жауыржара	<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
	Сіреспе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		жоқ	иә
	Жарақаттанушылық	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Соңғы 6 ай ішінде (жолға толтыру)		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

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

4. "Центильді коридор" бойынша біріншілікті оңалту болжамы мен әлеуетін бағалау Ауруханаға жатқызу:

көрсетілген

көрсетілмеген

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

Науқастың біріншілікті мейірбикелік қарауы (бейінді бөлімшеге түскеннен кейін алғашқы 24 сағатта толтырылады):

1. Жалпы ақпарат (жатқызылу түрі, араласатын тілі, ұйымдастырушылығы)

2. Науқастың нұсқаулығы (өзінің дәрі-дәрмегі, ұйқы режимі, экономикалық бағалау, тамақтану режимі)

3. Науқасты қарау (функционалды скрининг, Нортон шкаласы бойынша терісін бағалау, Морзе шкаласы бойынша құлау қаупін бағалау (медициналық қызметкерлердің қалауы бойынша))

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

Науқастың біріншілікті мейірбикелік қарауын өткізді: Т.А.Ә. (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. (болған жағдайда) ID

Науқастың оңалту картасының
1 қосымша парағы

Науқастың 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.

Науқастың оңалту картасының
2 қосымша парағы

Күнделік

1. Күні мен уақыты
2. Науқастың объективті статусы;
3. Шағымдары;
4. ЕДШ;
5. Физиотерапия;
6. Еңбек терапиясы

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

Науқастың оңалту картасының
3 қосымша парағы

Хабардар етілген пациенттің ерікті түрдегі келісімі

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 207 шілдедегі Қазақстан Республикасы Кодексінің 134-бабының 3-тармағына сәйкес (медициналық көмек пациенттің ауызша немесе жазбаша түрдегі келісімін алғаннан кейін көрсетілуі керек)

ЖСН

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (толық)

Туған күні

МҰ бола отыра (МҰ атауы)

Медициналық араласудың келесі түрлерін өткізуге ерікті түрде келісімімді беремін:

1) Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын 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 науқастың мінез-құлқы ережелерін" сақтау шаралары, жағымсыз реакциялардың пайда болуы, жалтарған және / немесе бөлінген жағдайда мәжбүрлеп оқшаулау 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 науқастың туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса:

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (толық)

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

Уақыты мен күні

Ескертпе:

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

Науқастың оңалту картасының
4 қосымша парағы

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. (болған жағдайда), идентификаторы

Науқастың оңалту картасының
5 қосымша парағы

Диагносттардың 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. (болған жағдайда) ID

Науқастың оңалту картасының
6 қосымша парағы

Мамандардың кеңесі

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 дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) ID

Қажетіне қарай:

7. Жазу консилиумдары ауруы бойынша келісілген зерттеу және емдеу ұстанымын, ұсыныстарын қамтуы тиіс. Консилиум мүшесінің ерекше позиция бар 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. (болған жағдайда), ID

Дәрігер Т.А.Ә. (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. (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. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (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 (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 (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 – болашақ анасыз! Осындай ең жақсы сәтіңіз – бала көтеру мен оның туылуы кезінде Сізге қолғабыс болуға ризамыз!

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

Нұсқаулық:

- Алмасу картасының барлық мазмұнын мұқият оқып, қарап шығыңыз
- Өзіңізбен бірге бұл картаны әрдайым алыңыз, соның ішінде сіз кез келген медициналық мекемеге жүгінгенде.

- Ақпаратты көрсетілген беттерде өз бетіңізбен толтырыңыз.

Сұрақтар туындаған жағдайда медициналық қызметкерге 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, молқалыптысирек (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 тастау

жатырдан тыс жүктілік

мединалық аборт

Бұрынғы жүктілік, босану, босанғаннан кейінгі кезең ағымының ерекшеліктері

Паритет	Жылы, күні	Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды		Босанудың	
		Абортпен жасанды (өздігінен, оның ішінде қатып қалған жүктілік)	босанумен	Бала тірі, өлі туылды, салмағы	Босанудан кейінгі мерзімнің ерекшеліктері
		Мерзіміне	Мерзімінде		Баланың жынысы

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

Жүктілік кенеттен немесе индукцияланған(овуляция стимуляциясы, инсеминация, ЭЖҰ) (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 симптомы

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	жок
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 тыртык)
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)

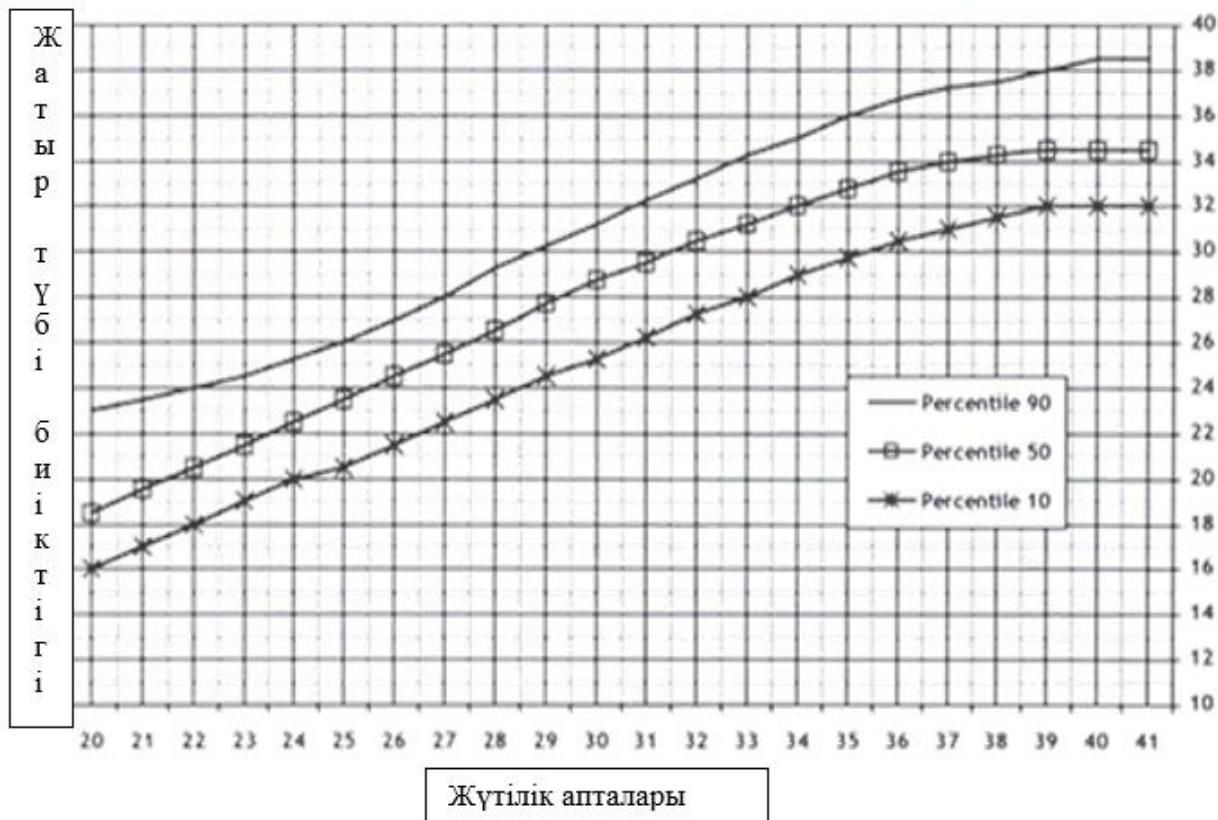
Әйел сұрақтардың біріне иә жауап берсе Иә немесе жоқ

- 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 (тәуекел әрбір бару кезінде анықталады)

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

Гравидограмма



Зерттеулер нәтижесі

1. Жалпы қан талдауы

Күні

Гемоглобин

Эритроциттер

Түстік көрсеткіш

Тромбоциттер

ЭШЖ

Лейкоциттер

Таяқша ядролық

Сегмент ядролық

Эозинофилдер

Базофилд
ер
Лимфоци
ттер
Моноцит
тер

2. Несептің жалпы талдауы

Күні
Үлес
салмағ
ы
Жалпак
эпители
ялары
Лейкоц
иттер
Эритро
циттер
Цилинд
рлер
Қант
Нәруыз
Бактери
ялар
Тұздар

3. Басқа зерттеулер

Күні
Несептің баксебу
Қантқа қан (
көрсеткіштер
бойынша)
Факторлар болған
кезде глюкозаға
төзімділікке
пероральды тест
Қынап ішіндегі
баксебу (
көрсеткіштер
бойынша)
Нечипоренко
бойынша несеп
талдауы (
көрсеткіштер
бойынша)

4. Инфекцияларға тексеру

Зерттеу/күні
RW

АИТВ

Микроскопияға
жағынды ()
көрсеткіштер
бойынша)

Онкоцитологияға
жағынды ()
көрсеткіштер
бойынша)

5. Пренаталдық скрининг

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

6. Ультрадыбыстық скрининг

Өткізу кезені	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

Сыртартпа 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

Тыныс алу ағзаларының жағдайы

Жүрек-қан тамырлары жүйесі

Пульс

Артериялық қысым: оң қолында _____ сол қолында _____

Іші (жұмсақ, ауырмайды)

Бауыр, көкбауыр

Солқылдау симптомы

Басқа ағзалары

Несеп шығару _____ Нәжіс _____

Диагнозы

Ұсыныстар

Дәрігердің қолы _____ күні _____

Терапевттің қайтадан тексеріп-қарауы

Мамандардың консультациялары

Мамандығы

Диагнозы

Ұсыныстары

Мамандардың консультациялары

Мамандығы

Диагнозы

Ұсыныстары

Босануға дайындау

Ана мектебі

Күні _____ Жүктілік мерзімі _____ Оқудың тақырыбы _____ Серігінің қатысуы _____ Дәрігердің қолы _____

Босануға дайындау

Күні

Жүктілік мерзімі

Шағымы

Жалпы жағдайы (ісінуі)

оң

Артериял қолында

ық қысым сол

қолында

Іштегі баланың

орналасуы

Іштегі баланың жүрек

қағысы

Тұрмыстық жағдайлар

Әлеуметтік саулық

Әлеуметтік-құқықтық

көмек (көрсетілімдер

бойынша)

Ұсыныстар

Қолы

Педиатр патронажы

Әлеуметтік қызметкердің патронажы (көрсетілімдер бойынша)

Жүктілік кезіндегі тексеру хаттамасы (медицина қызметкерлеріне арналған тексеру парағы)

Гестация мерзімі (апта)

Клиникалық қарау	12 дейін	16-20	24-26	30-32	36	38-40	41	Босанғаннан кейін 42 күнге дейін
Медициналық қызметкерге келу	x	x	x	x	x	x	x	
Қарау және анамнез, шағымдары	x	x	x	x	x	x	x	x
-салмағы, бойы	x			x**				
ДМи								
- 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	
- гинеколог	x							x

иялық
тексеру

- аяқтарды
тексеру (
веналарды
ң
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 дейін

16-20

24-26

30-32

36

38-40

41

Босанғанн
ан кейін 42
күнге
дейін

- ЖҚТ x

x

x

- қан тобы,
Rh x

- Rh (-)
антиденел
ерге қан

x

- RW x

x

- АИТВ x

x

- қан
қанты ха

- ЖНТ x

x

- несеп
талдауы (
нәруызды
анықтау)

x

x

x

x

x

x

-
симптомс
ы з
бактериур x
ияға
скрининг (
зәр себу)

- шағым
пайда
болған
кезде
қынаптың

тазалық
дәрежесіне
жағынды (
айғақтар
бойынша)

- УДЗ х х х

- PAPP х

- АФП/
АХГ егер
PAPP
өткізілмес
е 16

х

аптадан
баста 20
аптаға
дейін

Генетикал
ы қ
зерттеу

- генетик
консульта х
циясы

- 12 аптаға
дейін х
хорион
биопсиясы

-
амниоцент
ез (
көрсеткіш
тер
бойынша)

Кеңес беру

тағайында 12 дейін 16-20 24-26 30-32 36 38-40 41
улар және
ұсыныстар

Босанғанн
ан кейін 42
күнге
дейін

- фолий х
қышқылы

- темір (
көрсеткіш х
тер
бойынша)

- йод (
көрсеткіш х
тер
бойынша)

- кальций (
преэкламп
сия
бойынша)

тәуекел тобына және кальций төмен тұтынатын әйелдерге)									
- 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
Босануға дайындық мектебі және перзентханаға бару:									
- толғақ кезіндегі жағдайлар	x	x	x	x	x	x	x	x	
- босанғаннан кейін контрацепция						x	x	x	x

- бала
емізу,
жаңа туған
нәрестелер
ге күтім
жасау

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

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

b 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						1 келу				
	Болжамды босану күні										
Күні	Гестац ия аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдай ы	Артери ялық қысым	ЖТБ	Несеп баксеб уі	Анеми я	Ісінуле р	Ұрықт ың жүрек соғысы (жжж/ мин)	Ұрықт ың қозғал уы	Ұрықтың жағдайы	Аурула ры
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә.

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

2 келу	Соңғы етеккірінің бірінші күні						2 келу				
	Болжамды босану күні										
Күні	Гестаци я аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдай ы	Артери ялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебу і	Анемия	Ісінуле р	Ұрықт ың жүрек соғысы (жжж/ мин)	Ұрықт ың қозғалу ы	Ұрықт ың жағдай ы	Аурула ры
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә.

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

3 келу	Соңғы етеккірінің бірінші күні							3 келу			
	Болжамды босану күні										
Күні	Гестаци	Жалпы дағдай	Артери ялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебу і	Анемия	Ісінуле р	Ұрықт	Ұрықт	Ұрықт	Аурула ры
	я аптасы (апта, күн)							ың			
								жүрек соғысы (жжж/ мин)	ың қозғалу	ың жағдай	
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә.

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

4 келу	Соңғы етеккірінің бірінші күні							4 келу			
	Болжамды босану күні										
Күні	Гестаци	Жалпы дағдай	Артери ялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебу і	Анемия	Ісінуле р	Ұрықт	Ұрықт	Ұрықт	Аурула ры
	я аптасы (апта, күн)							ың			
								жүрек соғысы (жжж/ мин)	ың қозғалу	ың жағдай	
					Жоқ	Жоқ	Жоқ		Жоқ		
					Иә	Иә	Иә		Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә.

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

5 келу	Соңғы етеккірінің бірінші күні Болжамды босану күні							5 келу			
Күні	Гестаци я аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдай ы	Артери ялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебу і	Анемия	Ісінуле р	Ұрықт ы ң жүрек соғысы (жжж/ мин)	Ұрықт ы ң қозғалу ы	Ұрықт ы ң жағдай ы	Аурула ры
					Жоқ Иә	Жоқ Иә	Жоқ Иә		Жоқ Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә.

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	Гестаци я аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдай ы	Артери ялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебу і	Анемия	Ісінуле р	Ұрықт ы ң жүрек соғысы (жжж/ мин)	Ұрықт ы ң қозғалу ы	Ұрықт ы ң жағдай ы	Аурула ры
					Жоқ Иә	Жоқ Иә	Жоқ Иә		Жоқ Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә.

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	Гестаци я аптасы (апта, күн)	Жалпы дағдай ы	Артери ялық қысым	ЖТБ	Несеп баксебу і	Анемия	Ісінуле р	Ұрықт ы ң жүрек соғысы (жжж/ мин)	Ұрықт ы ң қозғалу ы	Ұрықт ы ң жағдай ы	Аурула ры
					Жоқ Иә	Жоқ Иә	Жоқ Иә		Жоқ Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә.

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктілік кезінде келу хаттамасы (медициналық персонал толтырады)

Бойы Салмағы ДМИ

8 келу	Соңғы етеккірінің бірінші күні						8 келу			
	Болжамды босану күні									
Күні	Гестаци	Жалпы	Артери		Несеп	Ісінуле	Ұрықт	Ұрықт	Ұрықт	Аурула
	я	дағдай	ялық	ЖТБ	баксебу		Анемия			
	аптасы	ы	қысым		і	р	жүрек	қозғалу	жағдай	ры
	(апта,						соғысы	ы	ы	
	күн)						(жжж/ мин)			
					Жоқ	Жоқ	Жоқ	Жоқ		
					Иә	Иә	Иә	Иә		

Диагнозы

Ұсыныстары

Медициналық қызметкердің Т.А.Ә.

Мамандығы

Келесі келу күні:

Қолы

Жүктінің өзін қадағалау күнделігі

Күні	Артериялық қысым		Ісінулер		Бас ауруы	Ұрықтың қозғалу 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 ерешеліктері

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

Енбекке жарамсыздық парағы №

Босануы 20 жылы(мерзімінде, бұрын, кейін) (күнге)

Босанды

Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс күн 20 жылдан бастап 20 жылға дейін

Листок нетрудоспособности №

Босанған әйелді бақылау

Күні

Шағымдары

Зерттеу деректері

Keңестер, тағайындаулар

1) флюорография

Дәрігердің қолы

Бөлім меңгерушісінің қолы

"Медициналық араласушылықтарды жүргізу кезіндегі апаттық жағдайларды тіркеу журналы" № 049/е нысаны

Басталды " ___ " _____ ж.

Аяқталды " ___ " _____ ж.

№	Жара қат алған адамның хаба рлам а берге н күні, уақы ты	Жара қат алған адамның жөні нде мағл ұмат қабы лдаға н қызм еткер	Аты, жөні, тегі (болған жағдайда)	Туға н күні	Мекен-жайы, тел (үй, ұялы)	Жұм ы с орны, лауаз ымы	Апаттық жағдай болған күні, уақыты	Апаттық жағдай жөнінде мағлұмат		
								Данное о пострадавшем в результате аварийной ситуации	Данные об аварийной ситуации	Апат тық жағд айды н сипа ттам асы, жүргі зілге н шара лар
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Зардап шегушінің (тестілеу хаттамасының нөмірі мен күнін көрсете отырып) АИТВ-ға тестілеу нәтижелері

Байл аныс тан

Болжалды жұқтыру көзі деректері және оны АИТВ тестілеуден өткізу (апат жағдайынан алдында немесе кейін дереу)	Апат жағдайында	1 айда 3 айдан кейін	В және С тексерілгендігі жөнінде, ВГВ егілгендігі	кейін г і Еске алды рту н алу көрс еткі ші
11	12	13 14	15	16 17

Апаттық жағдайларды тіркеу журналына қосымша парак

Ықтималды жұқпаланған материалмен кәсіби байланыс туралы есептеме бланкісі

ТАӘ(болған жағдайда)
ЖСН

Туған жылы: Жынысы:

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.

Емделушінің биологиялық сұйықтармен байланыс болғаны туралы мәлімет:

Материал қамтылған:

ВВГ

СВГ

ЖИТС:

Егер пациент ЖИТС жұқтырған болса:

Ауру сатысы:Вирустық жүктеме:

АРТ туралы мәлімет:

АРТ кедергілігі:

Поведено до тестовое консультирование:

Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:

Тексеру нәтижесі:

ВВГ

СВГ

ЖИТС:

Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:

Жолдама:

Жұмыс мекенжайы:

Үй мекенжайы:

Лауазымы:

Еңбек өтілі:

Байланысқа ұшыраған, медицина қызметкері туралы мәлімет:

Жұқпалы аурулы:

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:

Постконтактты алдын алу шарасы ұсынылды:

Ақпараттық келісім алынды:

Препараттар:

Байланыстан Лейкоциттер формуласын есептеумен
кейінгі қанның жалпы талдауы
тексерілу:

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
аякталу мерзімі (күні, уақыты
)

Мөрі МҰ

МҰ әкімшілігі өкілдерінің қолы

Толтырған күні

" ____ " _____ 20__ ж.

Апаттық жағдайларды тіркеу
журналына қосымша парак

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. (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. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (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 (болған жағдайда) _____

3. ЖИН _____

4. Жынысы:

ер,

әйел,

анықталған жоқ**

5. ҰЛТЫ *** _____

6 .

Жағдайы
 т у у
 кезіндегі:

тірі
 туғандағы,

ө л і
 туғандағы,

босануға
 дейінгі
 жағдайынд
 ағы

Босану
 кезіндегі

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

7.1 Туған жері:

стационарда ****,

басқа жерде, үйде

жаңа
 туғандар

патология
 сы және
 балалар
 стационар
 ының
 шала
 туғандард
 ы
 күтіп-бағу
 бөлімшесі
 не,

өңірлендірудің 3-деңгейі перзентхананың жаңа туғандар патологиясы және балалар стационарының шала туғандарды күтіп-бағу бөлімшесіне,

8. Ауыстырылды:

басқа стационарға.

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

10.

Шығарылд тұрғылықты жері бойынша учаскеге.

ы:

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,

айырылыс қан, 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 _____,

мединалық ұйым _____

22. Қайтыс болған уақыты (стационарда, үйде, балалар үйінде, өлі туған):

перзентханада, басқа жерде.

23. Перзентхана бөлімшесінде перзентхана бөлімшесінде бір тәулікке дейін болып қайтыс болған жағдай: _____ кайтыс болуы;

стационарда: стационарда бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы.

24. Баланың қайтыс болу аурудан, жазатайым өлтіріп
себептері (өлі туған): оқиғадан, алудан,

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	Шартты алдын алу
	Иә	
a)		
b)		
c)		

27. Қайтыс болу туралы дәрігерлік куәлік берген денсаулық сақтау ұйымдарының атауы:

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

Картаны толтыру күні " _____ " _____ 20____ жылы.

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

_____ картаны енгізу күні " _____ " _____ 20____ жылы.

Ескерту:

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

** - перинаталды өлім-жітім жағдайы үшін;

*** - перинаталды өлім-жітім 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,

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

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

д) 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 көрсетілуі мүмкін.

№ 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 жіктелуі 10 қаралым
3	МТН	Медициналық нөмірді тіркеу
4	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

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

1. Картаның тіркеу нөмірі _____

МТН:

2. Карта Бірінші рет, Екінші рет

:

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

4. Ұлты _____

5. Туған күні _____ айы _____ жылы

6. Жасы толық жасы _____

7. ЖСН _____

8. Қайтыс болған күні _____

9. Тұрғыны:

Қала

Ауыл

_____ айы _____

_____ жылы;

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:

аборт,

жатырдан тыс жүктілік,

жүктілікке байланысты емес аурулар.

жүктілікке байланысты
аурулар,

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

24.

Клиникалық диагноз

10-АХЖ коды

- a)
- b)
- c)

25.

Қайтыс болу
себебі 10-АХЖ
бойынша
патологиялық-ан
атомиялық
диагноз

10-АХЖ коды

- a)
- b)
- c)
- d)

26. Өлімнің алдын алу**:

жоқ

бар

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. (болған жағдайда):

Картаны толтыру күні " ____ " _____ 20 ____ жыл.

Оператордың Т.А.Ә. (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 көрсетілуі мүмкін.

*** - 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 жіктелмесінің 10-шы қаралымы
3	МТН	Медициналық тіркеу нөмірі
4	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
Бұйрыққа 3-қосымша

Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есеп құжаттамасының нысандары

"Амбулаториялық науқастың медициналық картасы" № 052/е нысаны

Жалпы бөлім:

Төлқұжат деректері

1. ЖСН

2. Т.А.Ә. (болған жағдайда)

3. Туған күні

4. Жынысы

5. Жасы

6. Ұлты

7. Тұрғыны



қала



ауыл

8. Азаматтығы

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

11. Медициналық сақтандыру компаниясының атауы, № страхового полиса

12. Өтеу түрі

13. Әлеуметтік мәртебесі

14. Келу себебі

Минималды медициналық деректер:

1. Қан тобы резус-фактор

2. Аллергиялық реакциялар

3. Науқастың физиологиялық жағдайы (жүктілік)

4. Тұқым қуалайтын аурулар скринингіне (фенилкетонурия, туа біткен гипотиреоз, аудиологиялық скрининг) қан алу күні мен нәтижесі

5. Зиянды әдеттер мен денсаулығы үшін тәуекелдер

6. Алдын алу шаралары, соның ішінде алдын алу екпелері

7. Аурулар тарихы мен бұзылыстары

8. Ағымдағы денсаулықпен проблемалар тізімі

9. Динамикалық бақылау

10. Мүгедектік тобы

11. Қазіргі кезде қабылдайтын дәрілік препараттар тізімі

12. Антропометриялық өлшемдері

13. Құлау қаупін бағалау

14. Ауырсыну сезімін бағалау

15. Байланыс менеджменті (қарым-қатынас тілі, өмір сүру жағдайлары)

16. Науқастың нұсқамалығы

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

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

Алғашқы медициналық-санитариялық ұйымдарда отбасы мен жеке жұмыс жоспары

Ұйым:	№ Учаске _____	Отбасымен бірге жұмыс істейтін
	_бала және отбасы туралы	әлеуметтік қызметкерлердің ТАӘ (
	ақпаратты жіберген мейіргердің	болған жағдайда) _____
	ТАӘ (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 (Жынысы (√) немесе күтілетін туған күні)	Ә <input type="checkbox"/>	Е <input type="checkbox"/>
			Ә <input type="checkbox"/>	Е <input type="checkbox"/>
			Ә <input type="checkbox"/>	Е <input type="checkbox"/>

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

ТАӘ (болған жағдайда)	Балаға кім болып келеді	Байланыс деректері:
-----------------------	----------------------------	---------------------

- 1
- 2
- 3

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

ТАӘ (болған жағдайда)	Ұйым	Байланыс деректері:
-----------------------	------	---------------------

- 1
- 2
- 3

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасына
 1 қосымша парақ

Жаңа туған нәрестенің үйдегі патронажы

Тексеріп-қарау міндеттері:

1. Қалыпты бейімделу бойынша ұсыныстар беру
2. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру
3. Бойы мен дамуын бағалау
4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру

Тексеріп-қаралу күні

Жасы:

Дене қызуы

Туғандағы:

Дене салмағы: кг

Бойы см

ДСИ

Басының шеңбері см

Анасының шағымы:

Қауіпті себебін бағалаңыз

Сыртартқы

Ауыр сыртартқы:



Иә



Жоқ

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

Рефлекстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет): іздеу; ему; ұстау; Моро; автоматтандырылған жүру;

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

Тері: (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт)

Ауыз қуысының шырышы _____ конъюнктивалар _____

Бұлшық ет тонусы _____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") Видимые врожденные пороки

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 органдары: _____

Тыныс алу жиілігі - болған жағдайда (ТЖ) _____ (30-60/мин қалыпты)

Жүрек-тамыр жүйесі - болған жағдайда (ЖТЖ) органдары: жүрек жиырылуының жиілігі _____ (100/мин астам, қалыпты); Жүрек ырғағы _____

_____ ; Жүрек шуылы _____ ; Жамбас пульсын пальпациялау _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы)

Асқорыту органдары: іш _____ бауыр _____ көкбауыр _____

Жыныс органдары (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 _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар)

Тамақтандырумен байланысты проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз тамақтандыру проблемалары

- Тамақтандыруда қиындық бар ма?

Иә

Жоқ

- Бала емшек емеді ме?

Иә

Жоқ

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? _____

- Түнде емшек бересіз бе?

Иә

Жоқ

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме?

Иә

Жоқ

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____

Егер 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):

Емшекпен емізуді бағалаңыз:

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме?

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді 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

- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған

Иә

Жоқ

- Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді

Иә

Жоқ

- Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему)
- Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) ізденіз

Иә

Жоқ

Даму мақсатында күтімді бағалаңыз

- Балаңызбен қалай ойнайсыз?
- Балаңызбен қалай сөйлесесіз?

Даму проблемалары

Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз:

Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз:

1-0 В гепатиті

БЦЖ _____

Келесі екпеге келу күні

Күту бағасы: баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы

Жайдың гигиенасы (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22

°C төмен емес жай)

Баланың гигиенасы

Күту проблемалары

Ана денсаулығын бағалау:

1. Сүт бездерін тексеріп-қарау:

Проблемалар

2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек)

:

1. қатты үрей және алаңдау
2. терең мұңды
3. жиі жылау
4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы
5. айыптылық кінәнің болуы
6. байбалам ұстамасы
7. есеңгіреу және ашуланшақтық
8. шаршағыштық және әлсіздік
9. назар аударуға қабілетсіздігі
10. ұйқының бұзылуы
11. тәбеттің болмауы
12. секске қызықпау
13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну
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. баланы жиі ұстау
7. жақсы тамақтану
8. өзіне күтім жасау
9. күнделік жүргізу
10. егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет

Қорытынды:

Ұсыныстар:

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы
- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету
- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда)
- Ананың тиімді тамақтануы
- Ананың жеке гигиенасы
- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар

● Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы)

● Нәресте күтімі, серуендеу режімі, 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)

● Психоэлеуметтік дамуды ынталандыру

● Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение

● родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

● Микронутриент жетіспеушілігін алдын алу (темір, А дәрумені, йод, мырыш)

● Ананың тиімді тамақтануы мен ұйқы/демалу режімі

● Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы)

● Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету: емшек еме алмайды, әрбір емген немесе су ішкен жағдайда құсу, сіреспе, летаргиялық немесе ес-түссіз

Идентфикатор/ Дәрігер Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Идентфикатор/ Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасына
2 қосымша парақ

Дәрігер мен медбике қабылдау кезінде баланың дамуын бағалау * бір жасқа дейін айына 1 рет, бір жастан асқан соң бекітілген Педиатриялық көмекті ұйымдастыру стандартына сәйкес жүргізіледі

Тексеріп қарау күні:

Жасы: _____

Дене қызуы _____

Дене салмағы _____ г.

Бойы _____ см.

ДСИ _____

Басының шеңбері _____ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Анасының шағымы:

Баланы тексеріп қарау

Терісі: Кіндік _____

Ауыз қуысының шырышы _____ Аңқа _____

Конъюнктивалары _____

Үлкен еңбек _____

Тыныс алу органдары: _____ Тыныс алу жиілігі _____

Жүрек-тамыр жүйесі (ЖТЖ) органдары: жүрек соғысының жиілігі _____;

Жүрек соғуының ырғағы _____; Жүрек соғуының дыбысы _____

Асқорыту органдары: іш _____ бауыр _____ көкбауыр _____

Несеп шығару _____;

Нәжіс _____

Диагноз:

Тамақтандырумен байланысты проблемалардың бар-жоғын анықтаңыз
тамақтандыру проблемалары

• Тамақтандыруда қиындық бар ма?

Иә

Жоқ

• Бала емшек емеді ме?

Иә

Жоқ

• Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? _____

• Түнде емшек бересіз бе?

Иә



Жоқ

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме?



Иә



Жоқ

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____

Егер 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)

Егер нәресте 6 айға жетсе:

1. Күніне қанша рет тамақ ішеді? _____
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 _____ сколько дней _____
8. Бұршақ тұқымдастар Иә _____ Жоқ _____ қанша 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

АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2

ОПВ-1

АКДС 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

Мешелді алдын алу: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша)

Мөлшері ____ ұзақтығы

Психомоторлық даму:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

Даму мақсатында күтімді бағалау

Балаңызбен қалай ойнайсыз?

Балаңызбен қалай сөйлесесіз?

Қалмаған

_____ эпикриздік мерзімге қалып қойған

Даму үшін күтім көрсету проблемалары

Күтімді бағалау:

1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге 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 тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед) Оценка питания и здоровья матери:

Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, жатыр ішіндегі спираль - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖІС)

Проблемалар

Қорытынды:

Ұсыныстар:

- Тек емшекпен емізуді практикалау
- 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
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья). Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық 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 алдын алуды үйрету
 - Баланың даму мақстында әкесін бала күтіміне белсенді қатыстыру
 - Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу
 - Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

• Басқасы

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

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

Мамандардың кеңесі

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

Қажетіне қарай:

7. Жазу консилиумдары ауруы бойынша келісілген зерттеу және емдеу ұстанымын, ұсыныстарын қамтуы тиіс. Консилиум мүшесінің ерекше позиция бар жағдайда, оның пікірі тіркеледі.

Ота/рәсім/ аферез хаттамасы

1. Күні мен уақыты
2. Ота/рәсім/ аферезге көрсеткіштер
3. Клиникалық диагноз
4. Анестезиялық жәрдемақы
5. Ота/рәсім/ аферез хаттамасы, кем дегенде:
 - 5.1 Ота/рәсім/ аферез басталған және аяқталған уақыты
 - 5.2 Ота/рәсім/ аферез ағымы, орындау техникасын қоса алғанда
 - 5.3 Ота/рәсім/ аферез кезінде кеңесшілердің қатысуы, ұсынымдары
 - 5.4 Қосымша зертханалық зерттеулер және басқа зерттеудің әдістерін қолдану
 - 5.5 Ота аяқталуы, ота кезіндегі асқынулар (егер болмаса "Ота/рәсім/ аферез кезінде асқынулар болған жоқ" деп жазу қажет)
 - 5.6 Қан кетулер
 - 5.7 Ота/рәсім/ аферез коды мен атауы
 - 5.8 Ота/рәсім/ аферезден кейінгі диагнозы
 - 5.9 Ұсынымдар

5.10 Ота/рәсім/ аферез жасаған дәрігерлердің, анестезиолог пен мейірбикенің идентификаторы мен Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Пациентті динамикалық (диспансерлік) бақылау

1. Қарау күні мен уақыты
2. Пациент динамикалық (диспансерлік) бақылауға жататын диагноз;

3. Диагноз бойынша бақылау жоспарының қолданылу кезеңі:

Басталу күні

Аяқталу күні

4. Бақылау жоспары:

Қызмет (тарификатордан)

Жоспарланған өткізу күні

Орындау күні

5. Ұсынымдар

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасына
6 қосымша парақ

Профилактикалық іс-шаралар парағы

1. Қарау күні;

2. Қызмет* (тарификатордың ішінен);

3. Маманның тексеріп қарауы, Т.А.Ж., идентификаторы Ф.И.О.;

4. Диагностикалық зерттеуді өткізу; 5. Аспаптық зерттеуді өткізу;

6. Вакцинация:

Вакцина қолданған, аурудың аты (АХЖ 10)

Өндіруші ел (Елдер анықтамалығы)

Партия нөмірі

Вакцина препаратының, анатоксинның аты және басқалары.

Қолдану тәсілі:

Дозасы өлшем бірлігі

Екпе қойған күні мен уақыты

Жанама реакция немесе жағымсыз құбылыс

Жанама/ жағымсыз реакцияның классификаторы (АХЖ 10)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасына
7 қосымша парақ

Диагностикалық зерттеулер/қызмет зерттеулердің хаттамасы

1. Өткізу күні

2. Тарификатордан қызметтің атауы

3. Өткізілген зерттеудің ақпараты

4. Қорытындысы

5. Дәрігердің идентификаторы

№ 052/е "Амбулаториялық науқастың медициналық картасы" нысанының
қысқартылымдары:

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 вакцина
8	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
9	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
10	МҰ	Медициналық ұйым
11	МСАК	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
12	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
13	ҮЕҰ	Үкіметтік емес ұйымдар
14	ДМИ	Дене массасының индексі
15	ЖҚЖ	Жүрек-қан тамыр жүйесі

"Талон"

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі аты әкесінің аты (болған жағдайда)

Туылған күні

Жынысы



ер



әйел

Тұрғылықты мекенжайы

Амбулаториялық картасының №

Кабинеті

Келу керек

Дәрігер тегі аты әкесінің аты (болған жағдайда)

Лауазымы

Қаралу себебі

Амбулаториялық пациенттің статистикалық картасы қаралу күні

1. Жеке сәйкестендіру нөмірі
2. Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)
3. Туған күні
4. Жынысы

е

ә

5. Жасы
6. Ұлты
7. Тұрғыны

қала

ауыл

Тұрғылықты мекенжайы

8. Жұмыс/оқу/балалар мекемесінің орны

Лауазымы Білімі

9. Медициналық сақтандыру компаниясының атауы, № страхового полиса

10. Антропометриялық өлшемдері

11. Төлеу түрі

12. Әлеуметтік мәртебесі

13. Жеңілдік категориясы

14. Қаралу себебі

15. Жарақаттың түрі

16. Кім жолдады

- 17.. Келуі/консультациялар

Тарификатор бойынша қызмет, маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) мен идентификаторы, күні

18. Емшаралар мен манипуляциялар, зертхана, диагностикалық зерттеулер

Тарификатор бойынша қызмет, маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) мен идентификаторы, күні, көлемі

19. Қорытынды диагноз

20. Диспансерлеу

21. Туберкулезді анықтауға арналған зерттеулер жүргізілді

22. Қабылдау кезінде және үйінде дәрігердің жасаған операциялары мен манипуляциялары

23. Қаралу нәтижесі

24. Олардың ішінде жолдама алғандар

25.. Емханалық қаралу оқиғасы (бұдан әрі – ЕҚО)

26. ЕҚО аяқталған күн

Дәрігер: Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2020 жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 025-7/е нысанды
медициналық құжаттама

Профилактикалық медициналық тексерудің (скринингтің) картасы күні

1. ЖСН

2. Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

3. Туған күні

4. Жынысы

е

ә

5. Тұрғылықты мекенжайы

6. Тұрғыны

қала



ауыл

7. Тіркелген МҰ (МҰ регистрінен)

8. Мүгедектік тобы

Мүгедектік қойылған күні

Мүгедектік қандай уақытқа қойылды

Мүгедектік диагнозы

Баланы профилактикалық медициналық 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.

Жүректің шуын анықтаған жағдайда, зерттеу әртүрлі позицияларда (тұру, жату) және есептелген жаттығулармен функционалдық сынақтар жүргізіледі

6. Тыныс алу жүйесін тексеру (өкпе аускультациясы).

7. Ас қорыту жүйесін тексеру (құрсақ 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 екепелерін 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 (психоэмоционалды, 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 шағымыңыз бар ма

иә

жоқ

7. Көз көрудің нашарлауына шағымыңыз 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. (болған жағдайда)

Берілген мәліметтердің растығын мақұлдаймын/Подтверждаю, что вся представленная информация достоверна.

№ 025-7/е "Профилактикалық медициналық тексерудің (скринингтің) 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	ОМҚ	Орта медициналық қызметкер
5	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 031/е нысанды медициналық құжаттама

Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу есеп нысаны

1. Шақыру уақыты мен күні

2. Науқастың жеке сәйкестендіру нөмірі

3. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

4. Туған күні

5. Тұрғылықты мекенжайы

6. Учаскенің №

7. Шақыру себебі

8. Біріншілікті/қайта шақыру;

9. Шақыруды орындау күні мен уақыты;

10. Шақыруға кім барды (тегі, аты, әкесінің аты (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.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 040/е нысанды
медициналық құжаттама

Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының Жиынтық ведомосы бойынша

Келу саны

Күні	Барлығы	14 жасқа дейінгі балалар	Басқа жеңілдік топтары	Алғашқы келу		
				олардың ішінде алғашқы келу	оңың ішінде 14 жасқа дейінгі балалар	Барлығы
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Пломба салыну себебі

Асқынбаған тісжегі

Асқынбаған тісжегі

Тістердің тісжегісіз бүлінуі

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

Тексерілгендердің ішінен тазалауды қажет ететіні

Тазалауды қажет ететіндердің ішінен емделгені

14

15

16

Қандай желеу бойынша емдеу курсы аяқталды

Хирургиялық араласулар

Гингивит

Пародонтитдәрежесі

Тістер жұлынуы

Қабынулық

Гипертрофиялық

Жара Жеңіл

Орта

Ауыр

Жылбысқа Пародонтит қабы

Барлығы

Пародонтит

Шұғыл арлы операциялар
Санақия жасалды

21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
							к сырқ аты	П	М	рына н		

Тіс – дәрігерінің идентификаторы

Барлық меншік нысанындағы
стоматологиялық ұйымдарда
стоматолог дәрігердің
терапевтік және хирургиялық
қабылдаулар жұмысының
жиынтық ведомосына
қосымша парак

Стоматолог – ортодонт дәрігердің жұмысын есепке алудың Жиынтық ведомосы бойынша

А й күндері	Келулер саны		оның ішінде		а у ы л тұрғындары		оның ішінде 1 4 жасқа дейінгі балалар ды қоса	оның барлығы	Атқарылған жұмыстар көлемі			
	Барлығы	оның барлығы	оның ішінде 1 4 жасқа дейінгі балалар ды қоса	оның ішінде 1 4 жасқа дейінгі балалар ды қоса	Диспансерлік бақылауға алынғандар саны				Ауыз ішіндегі шешілмейтін аппараттар		Ауыз ішіндегі шешілетін аппараттар	
					барлығы	оның ішінде 1 4 жасқа дейінгі балалар ды қоса			барлығы	оның ішінде 1 4 жасқа дейінгі балалар ды қоса	Механи калық әрекетт егі	Функци ялық әрекетт егі
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Кестенің жалғасы

Атқарылған жұмыстар көлемі		Ортодонттық емдеу аяқталған адамдар саны		Протездер		оның ішінде		Жұмыс	
Шешілме йтін	Шешілеті н	оның ішінде ортопеди ялық	барлығы	жеке тістер аномалия сымен	тістер қатарыны аномалия сымен	тістемнің сагиталд ы қ аномалия сымен	тістемнің трансверз алдық аномалия сымен	тістемнің тік аномалия сымен	құнының жалпы сомасы
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 парак

Стоматолог-ортопед дәрігердің жұмысын есепке алудың Жиынтық ведомосы жыл

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты

А й күндер і	Келулер саны		Жасанды тісті қаптағыштар								
	Барлығы	оның ішінде басқа қалалықтар	Барлығы	олардың ішінде			олардың ішінде		керамика		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
				металдан	штамп	құйылғандар	пластмассадан	винир	керамика		
							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	20
					метал	м/к	ц/к		

Шешілетін протездер				Протез алған адамдар					
Шлифтік тістер	Жартылай		Толық		Жартылай		Толық		олардың ішінде
	пластмассадан	пластмассадан	пластмассадан	наттачмен	наттачмен	наттачмен	наттачмен	наттачмен	төлем ақысыз
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 20__ жылғы "___" _____
 № ___ бұйрығымен бекітілген
 № 043/е нысанды медициналық
 құжаттама

Стоматологиялық науқастың медициналық картасы (санацияны қоса) №

1. ЖСН
2. Тегі Аты Әкесінің аты (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/B

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. (болған жағдайда) мен идентификаторы)

20. Талдау жоспары, емдеу (дәрілік заттың, қызметтің атауы)

21. Ем нәтижесі (эпикриз)

22. Ұсынымдар

Емдеуші дәрігер

Бөлімше меңгерушісі

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
айқасуы

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. Жақ
11. Жақтардың
тістеуі
12. Тістердің
орналасуының
ауытқуы
13. Тістердің шығуы
14. Тістің түсі
15. Тістердің пішіні
16. Кариоздық емес
бұзылулар

1 7 .

Деминерализация
ошағы

18. Кариестің ершу

КП

КПУ.

19. Ауыз қуысының
гигиеналық жағайы
– ГЖ

20. Стоматикалық
топ

2 1 .

Стоматологиялық
диспансерлік топ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № ____
бұйрығымен бекітілген № 045/е нысанды медициналық құжаттама

Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы 20__ жылы
_____ Қаралу күні

1. Тегі, аты, әкесінің аты (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 №	Екпе күні	Вакцинан ың дозасы	Вакцина сериясын ың№	Екпені жүргізген адамдард ың қолы	Р/с №	Екпе күні	Вакцинан ың дозасы	Вакцина сериясын ың№	Екпені жүргізген адамдард ың қолы
-------	-----------	--------------------------	----------------------------	--	-------	-----------	--------------------------	----------------------------	--

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 053/е нысанды
медициналық құжаттама

Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емдеу картасы №

1. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

2. ЖСН _____

3. Туған күні _____

4. Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың 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 № _____ Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың
емделу картасының

№ _____ (әскерге шақыру жасына дейінгі жастар емделіп болған соң
толтырылып, аумақтық орган арқылы әскери комиссариатқа жіберіледі)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (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 шығарылардағы денсаулық жағдайы мен әскери қызметке жарамдылығы жайлы алдын ала ұйғарым _____

Емдеуші дәрігер _____ қолы Бас дәрігер _____

қолы

Медициналық бақылау деректері

Келу күні

Өтпелі бақылаулар

Тағайындалымдар

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің

20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 054/е нысанды
медициналық құжаттама

Әскерге шақырғанға дейінгілердің жеке тізімі _____
жылы туғандар, жолдануы тексерілуге, жүйелі түрде емдеуге, диспансерлік қадағалауға _____ ұйымның
атауы

Облыс (өлке) _____ елді мекен _____ аудан _____

P/c №	Тегі, аты, әкесінің аты (ЖСН болған жағдайда)	(ЖСН	Туған күні	Мекенжайы (толық)	Жұмыс орны	(Аурудың атауы	Келу мерзімдері	
							келуі тағайында лды (күні)	келді (күні)
1	1	2	3	4	5	6	7	8

054/е н. артқы беті

P/c №	Тегі, аты, әкесінің аты (ЖСН болған жағдайда)	(ЖСН	Туған күні	Мекенжайы (толық)	Жұмыс орны	(Аурудың атауы	Келу мерзімдері	
							келуі тағайында лды (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 қолдануға
болады, ол кезде "жолданушылар" сөзін "келмегендер" сөзімен, "аудандық әскери
комиссар" сөздері "бас дәрігер" сөздерімен ауыстырылады.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 055/е нысанды
медициналық құжаттама

Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік-психологиялық қызметті тіркеу
журналы

Т.А.Ә.
(

Пацие
нттің
тұлғал
ық-эле
Отбас
ы

Әлеум
еттік
диагно
зы/
Үйге
барған
да

Әлеум
еттік
қызмет
керді

Әлеум
еттік
қызмет
керді
психол
атауы (

Қызме
ттің
атауы:
Волонт
ерлерді
дайын
дау (1)

Тақыр
ыптын/
тренин
гтің
атауы (

Р/с №	болған жағдай да)	ЖСН	Күні	Мекен жайы	уметті к мәртеб есі	туралы ақпара те	Психологтің тұжырымы	анықта лған пробле малар	психологтің бағалау	2) Протез деу (3) Алынған көшу құралы (4) Балала р үйіне берілген (5)	Ескерт	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 055-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Әлеуметтік қызметкер/психолог толтыратын пациенттің картасы

1. Тегі _____
- Аты _____ Әкесінің аты (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. Тұрғыны: 1-қаланың, 2- ауылдың
7. Халық категориялары: 1-оқушы, 2-студент, 3-жұмыс істеуші, 4-жұмыссыз, 5- басқа
8. Жеңілдік алушылар категориясы: 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. (болған жағдайда) _____

Қолы _____

19. Күні " ___ " _____ жылы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " ___ " _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 057/е нысанды медициналық
құжаттама

Талон

Амбулаториялық картасының №

Участкенің №

ЖСН

Науқастың Т.А.Ә. (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. (болған жағдайда)

Үйге медициналық қызмет көрсету МСАК МҰ еркін таңдау кезінде

Тіркеушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) ID

№ 057/е "Талон" 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	МСАК	Медициналық-санитариялық алғашқы көмек
5	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама

Профилактикалық екпелердің картасы

20__ жылғы "___" _____ есепке алынды

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы

1. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

2. ЖСН _____

3. Туған күні _____

4. Мекенжайы: елді мекен
_____ көшесі _____ үй _____ корпус _____
_____ пәтер

_____ Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер _____

№ 063/е н. 2 беті

Туберкулез ауруына қарсы екпе

Медицинал
ы қ

Туберкулез сынамалары

Туған жылы Күні

Дозасы

Сериясы

қайшылықтар (күні, себебі)

күні нәтижесі

егу

қайта егу

Полиомиелитке қарсы екпе

Туған жылы	Күні	Сериясы	Жасы	Күні	Сериясы	Жасы	Күні	Сериясы
------------	------	---------	------	------	---------	------	------	---------

№ 063/е н. 3 беті

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы	Медициналық қайшылықтар
					Жалпы (Т* Егілген жерде)	

Егу

Қайта егу

* Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – 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 жұқпалы ауруларға қарсы екпе _____

Туған жылы	Күні	Дозасы	Сериясы	Препараттың атауы	Екпеге дене реакциясы	Медициналық қайшылықтар(күні, себебі)
Егу					Жалпы (Т* Егілген) жерде	
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.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 064/е нысанды медициналық
құжаттама

Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы мерзімі

1. Күні мен уақыты
2. Карта №
3. Нәрестінің/анасының жеке сәйкестендіру нөмірі (болған жағдайда)
4. Нәрестінің/анасының тегі, аты, әкесінің аты (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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____

№ ____ бұйрығымен бекітілген

№ 064-2/е нысанды

медициналық құжаттама

Вакциналар қозғаласының журналы 20 ____ жылы _____ бойынша

P/c №	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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 070/е нысанды медициналық
құжаттама

Жолдама алуға анықтама

Бұл анықтама санаториялық-курорттық картаны алмастыра алмайды және науқасқа санаторийге орналасуға немесе амбулаторлық-курстық емделу құқығын бере алмайды.

Қай күнге дейін жарамды _____

_____ күні, айы, жылы
Жеке тұлғаға берілді _____

_____ тегі, аты, әкесінің аты (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 "____" _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "____" _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 072/е нысанды
медициналық құжаттама

Санаторийлік - курорттық карта

№ _____ 20__ жылғы _____

Карта берген емдеу ұйымының мекенжайы:

Облыс (Область) _____

Аудан _____

Қала _____

Көше _____

Емдүші дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Науқастың Т.А.Ә. (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

дейін

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)

—

—

Былайғы емделуі туралы ұсыныстар

Инфекциялық аурулармен түйісуі

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.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ года "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 077/е нысанды медициналық
құжаттама

Жолдама № _____

Балалар санаторийіне _____

Санаторийдің атауы мен медициналық бейіні

Мерзімі 20__ жылғы _____ бастап 20__ жылғы _____ дейін

Тегін жолдаманы сатуға немесе басқа адамға беруге тиым салынады

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

Айғақтар (медициналық бейініне сәйкес)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Жалпы қарсы айғақтар

1. Жіті кезеңдегі басқа аурулар _____

2. Арнайы емдеуді қажет ететін барлық созылмалы сырқаттар

3. Бастан өткерген инфекциялық ауруларының оқшаулау мерзімі біткенше

4. Бациллотасушылық

5. Көз бен терінің барлық жұқпалы аурулары, қатерлі анемия, лейкемия, 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 сырқаты 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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 079/е нысанды медициналық
құжаттама

Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына
Медициналық анықтамасы

Тегі, аты, әкесінің аты (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)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 082/е нысанды медициналық
құжаттама

Медициналық анықтамаға түбіртек № _____

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Туған күні

Диагнозы мен шет елге шығуға қарсы айғақтарының жоқтығы туралы медициналық қорытынды

АИТВ инфекциясын тексеру нәтижесі

Елдің атауы

Жолданушының мекенжайы

Анықтаманың берілген күні

Комиссия төрағасы Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы

Комиссия мүшелері

МО

Комиссия төрағасының Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 082/е нысанды медициналық
құжаттама

Медициналық анықтама (Шетелге шығушыға)

Берілді: тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

_____ жаста, емханада медициналық тексеруден өткені туралы

_____ ұйымның атауы мен орналасқан

орны

Тексеріп-қарау кезінде анықталды

АИТВ-мәртебесі

Денсаулық жағдайы бойынша жеке тұлға

_____ шет елге іссапарға шығуына болады

_____ елдің атауы мерзімге _____

20 _____ жылғы (года) " ____ " _____

Анықтаманың жарамдық мерзімі – 1 жыл

М.О. Комиссия мүшелері _____

Дәрігердің мөр орны

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 083/е нысанды медициналық
құжаттама

Көлік құралдарын басқаруға рұқсат беру туралы медициналық анықтама

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі аты әкесінің аты (болған жағдайда)

Туылған күні

Жынысы

ер

әйел

Тұрғылықты мекенжайы

Байланыс телефоны

Жұмыс/оқу орны

Лауазымы

Мамандардың медициналық зерттеп - қарау нәтижесі:

Терапевт/ЖТД қорытындысы: тегі, аты, әкесінің аты, идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы

Офтальмолог қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты, идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы

Оториноларинголог-дәрігердің қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты, идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Куәландыру күні

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы

Психиатрдың қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты, 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" категориялы өз жеке автомобилін жалданып жұмыс істеу құқығынсыз басқаруға

4. Мотоциклді, мотороллерді ("А" категориясы) басқаруға

5. Мотоарбаны басқаруға

6. Мопедті басқаруға

Медициналық анықтаманы беру күні

Анықтама қанша мерзімде күшінде

Фотосурет орыны

Медициналық комиссиясының мөрі

Комиссия төрағасы

тегі, аты, әкесінің аты, идентификаторы

Хатшы

тегі, аты, әкесінің аты, идентификаторы

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____

Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы
Дәрігердің қорытындысы

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

ЖСН _____

Туған күні _____

Жұмыс орны мен лауазымы _____

Жүктілігі _____ апта _____

Ауыстыру негіздемесі _____

Ұсынылған жұмыс _____

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

қолы _____

Берілген күні _____

Ауыстырылды _____

Жетекшінің лауазымы _____

Қолы _____ Күні _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "____" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 086/е нысанды медициналық
құжаттама

Медициналық тексеру МҰ атауы
ЖСН

Тегі Аты Әкесінің аты (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, идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Терапевт/ЖТД қорытындысы тегі, аты, әкесінің аты, идентификаторы (ЭЦҚ, QR код, немесе басқалардан оны айыра алатын өзге белгісі)

Нарколог дәрігердің зерттеп-қарауы тегі, аты, әкесінің аты, 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, 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, идентификаторы

Медициналық ұйымның басшысы

тегі, аты, әкесінің аты, идентификаторы

№ 086/у "Медициналық тексеру" нысанының қысқартылымдары:

Идентификатор (электрондық
цифрлық қолтаңба, QR коды (

1	ID	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. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
5	ЭЦҚ	Электрндық цифрлық қолы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 108/е нысанды медициналық құжаттама

Медициналық тексеру қорытындысы

(Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) 20__ жылғы "___" _____

Азаматқа берілді: _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

ЖСН _____

Облыс (қала) _____ аудан _____

Алдын-ала/периодтықараудың нәтижелері бойынша (керекті астын сызыңыз)

Мекеме аты
● Терапевт дәрігері _____

қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)
куәландыру күні 20__ жылғы "___" _____

Қорытынды _____
қарсы көрсетілімдер бар/жоқ
Дәрігердің М.О.
● Невропатолог-дәрігері _____

қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)

қуәландыру күні 20__жылғы " __ " _____

Қорытынды _____

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

● Офтальмолог-дәрігері _____

қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)

қуәландыру күні 20__жылғы " __ " _____

Қорытынды _____

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

● Психиатр дәрігері психологиялық тестлеумен: _____

Қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)

қуәландыру күні 20__жылғы " __ " _____

Қорытынды _____

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

● Психобелсенді заттардың болуына сұйық биологиялық ортаға талдау _____

мерзімі

қорытындысы _____

орындаушының қолы орындаушының Т.А.Ә. (болған жағдайда)

● Нарколог дәрігері _____

қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)

қуәландыру күні 20__жылғы/год " __ " _____

Қорытынды _____

қарсы көрсетілімдер бар/жоқ

Дәрігердің М.О.

Медициналық тексеру қорытындысы (Заключение медицинского осмотра)

Дәрігер-терапевт: _____ қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Мөрдiң орны _____

Медициналық ұйымның басшысы _____ қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Медициналық комиссиясының мөрі

Комиссия төрағасы _____
қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Хатшы _____ қолы Т.А.Ә. (болған жағдайда)

№ 108/е "Медициналық тексеру қорытындысы (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға)" нысанының қысқартылымдары:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	МО	Мөр орыны
3	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 111/е нысанды медициналық
құжаттама

Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы №

Есепке алу күні

Жалпы бөлім:

1. ЖСН
2. Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)
3. Туған күні
4. Қан тобы резус-фактор
5. Жүктіліктің анықталған күні
6. Жасы
7. Ұлты
8. Тұрғыны



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 (болған жағдайда) 12.3 телефон

Дәрігер: Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

Егер жүкті әйел қаласа, осы нысандағы ақпарат қағазға көшірілуі мүмкін (айырбастау картасының аналогы).

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
1 қосымша парақ

Біріншілікті қабылдау:

Қабылдау күні

Есепке алынғандағы шағымдар

Анамнез:

Қабылдау күні

1. Осы жүктіліктің асқынуы

2. Тектілік

3. Шалдыққан ушыққан аурулар

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. (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, аурусыз)
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

(Көрсеткіштер бойынша) Кольпоскопия

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. (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

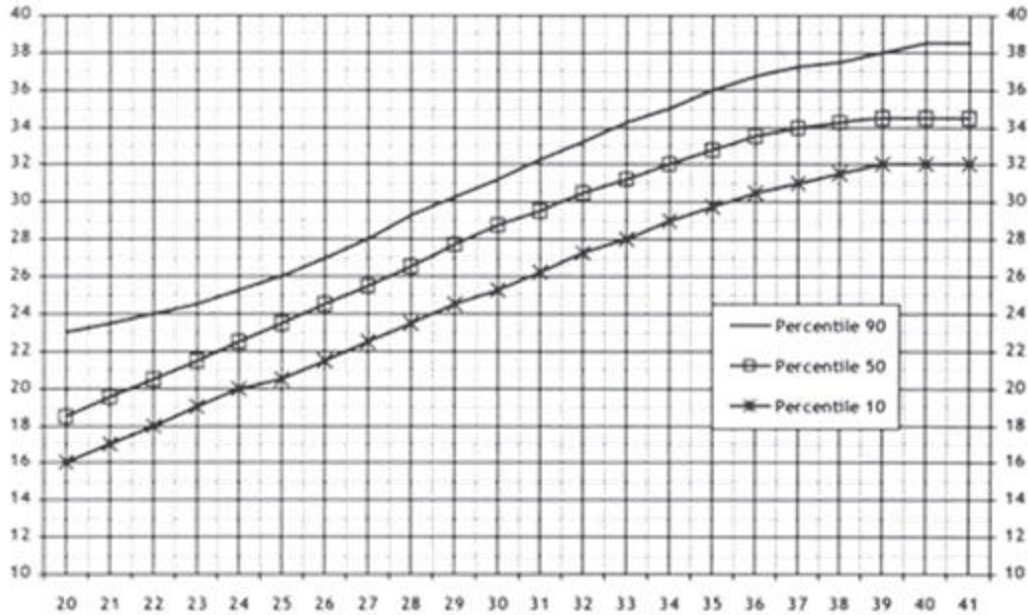
6. Пульс

7. Іші (жұмсақ, аурусыз)

8. Жатыр (қалыптытонус, 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. (болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
3 қосымша парақ

Зертханалық және диагностикалық тексерудің нәтижелері

1. Күні мен уақыты
2. Зертханалық зетреулер:

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. (болған жағдайда), ID

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
4 қосымша парақ

Мамандардың кеңесі

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

Қажетіне қарай:

7. Жазу консилиумдары ауруы бойынша келісілген зерттеу және емдеу ұстанымын, ұсыныстарын қамтуы тиіс. Консилиум мүшесінің ерекше позиция бар жағдайда, 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. (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 орналасу
7. Төмен орналасқан бөлігі
8. Іштегі баланың жүрек қағысы
9. Тұрмыстық жағдайлар
10. Әлеуметтік саулық
11. Әлеуметтік-құқықтық көмек (көрсетілімдер бойынша)
12. Босануға психопрофилактикалық дайындық
13. Нәтижесі
14. Ұсыныстар

Дәрігер: Т.А.Ә. (болған жағдайда), идентификаторы

Жүкті және жаңа босанған
әйелдің жеке картасына
7 қосымша парақ

Босануға дейін/босанғаннан кейін декреттік қағазды беру

1. Жүктілігіне байланысты демалыс
бастап
дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы №

2. Босануы

Босанды

3. Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс күн
бастап
дейін

4. Еңбекке жарамсыздық парағы №

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

Жүкті және жаңа босанған

Босанған әйелді бақылау (күнделік)

1. Күні
2. Жалпы қарау
3. Шағымы
4. Зертханалық тексерулер нәтижесі
5. Ұсынымдар, кеңестер

Дәрігер: Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

№ 111/е "Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке 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	МАЖ	Медициналық ақпараттық жүйе
4	МҰ	Медициналық ұйым
5	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № ___ бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама

Рецепт №

Күні мен уақыты

Кімге арналған

Өтеу түрі

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Емделуші тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Туған күні

Үйінің мекенжайы

Диагнозы

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы

Rp.

Халықаралық патенттелмеген атауы

D.T.D.

D.S.

Рецепт дейін жарамды

Телефон

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 20__ жылғы "___" ___ № ___ бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама

Ауру бала күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы

№ _____ анықтаманың тексеру талоны

Берілген күні

Жұмыстан босатылған адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Жұмыс орны

Мекенжайы

Баламен туыстығы

Бала туралы мәліметтер тегі, аты, жасы

Диагноз

Мектепке дейінгі ұйым, мектеп

Жұмыстан босатылды кк/аа/жж бастап

кк/аа/жж дейін

Анықтаманы берген адамның аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 20__ жылғы "___" ___ № ___ бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама

Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы

№ _____ анықтама

Берілген күні

Азаматқа берілді

оның ауру баланы күту үшін жұмыстан босатуға

мұқтаж екендігі туралы

Жұмыс орны

Бала туралы мәліметтер

тегі, аты, жасы

Диагноз

Мектепке дейінгі ұйым, мектеп

Анықтаманы берген адамның аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы

й күннен бастап қай күн аралығында дәрігердің дәрігер
лауазымы мен тегі лауазымы мен тегі

№ 138/е.н. артқы беті

Жұмыстан босатылуы

қай күннен бастап қай күн аралығында дәрігердің дәрігердің ДКК төрағасының
лауазымы мен тегі лауазымы мен тегі қолы қолы

Жұмысқа кірісуі кк/аа/жж бастап

Ұйымның идентификаторы

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің

20__ жылғы "___" _____

№ ___ бұйрығымен бекітілген

№ 278/е нысанды медициналық

құжаттама

Амбулаториялық келу кезінде есеп нысаны

1. Келу уақыты мен күні
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі
3. Тегі аты әкесінің аты (болған жағдайда)
4. Туған күні
5. Жынысы
6. Жасы
7. Ұлты
8. Тұрғыны



города



села

9. Тұрғылықты мекенжайы

10. Келу себебі

11. Диагнозы

12. Көрсетілген көмек түрі

13. Медициналық қызметкердің тегі аты әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ ТБ15/е- нысанды
медициналық құжаттама

Туберкулезді күдік тудырған науқастарды тіркеу журналы

Р/с №	Қаралған күні	ТАӘ (болған жағдай да)	Жасы	Жынысы	Қ М *		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	Т Б диагнозын қою күні
ДАГ дейін	ДАГ кейін	ДАГ дейін	ДАГ кейін	Басталған күні	Аяқталған күні				

ҚМ* - Қақырық микроскопиясы ФГ/РГ** - флюорография, рентгенография Хpert – Хpert МТВ/Rif

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " ____ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ ТБ 16/е нысанды
медициналық құжаттама

Диспансерлік контингентті бақылау картасы

Жеке коды _____ ЖСН 1. Контингент түрі



күдікті белсенді ТБ



белсенді ТБ



белсенді емес ТБ

қатынаста болған: ТБ

КДТ

ТБ

КАДТ ТБ

МБТ (+)

МБТ (-)

нормергия

гиперергиялық әсері

БЦЖ жанама әсері

2. Жеке мәліметтері

Тегі Фамилия Аты Имя

Әкесінің аты (болған жағдайда) Отчество

Тіркеу №

Туған күні

Жынысы

е

әЖасы Ұлты Тұрғыны

города

селаТұрғылықты мекенжайы Жұмыс орны

4. Диспансерге жатқызылуы

туралы мәлімет

Д тобы(0; IA; IB; IG; DE алынғанкүні Диагноз ДЕ алынған күні ДЕ алыну себебі*
II; IIIA; IIIB)

* 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

Сауықтырылуы:

шипажайлы топ/

санаторийлік балабақша

анаторийлік мектеп-интернат

ТБ санаторийіБасталған күні

Аяқталған күніХирургиялық ем:3.

Зерттеу нәтижелері

Бактериологиялық зерттеу әдістері

МГ

МЖ

Күні

Нәтижесі

Күні

Нәтижесі

Кестенің жалғасы

Сәулемен емдеу әдісі

Туберкулинодиа
икалау проба Мп

Әдісі

Күні

Нәтижесі

Күні

Нәти

5. Бұл бөлімге белсенді бактерия бөліп тұратын науқастарды тіркейді(ошақтың эпидемиологиялық тобына жататындар)

Ошақтың тобы(1;2;3)

Есепке алынғаны

Есептен алынды

Алыну

9 - Диспансерлік бақылаудан **** 1-II топқа ауыстырылғаны 2-басқа мекемеге ауыстырылуы3-
алынуы басқа да себептерден н/е ТБ қайтыс болуы4- Эпидемиологиялық

Химиофилактика: ия жоқ Н (бақылаудан шығарылуы

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

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 707/е нысанды медициналық
құжаттама

Қазақстан Республикасы Президенттігіне үміткердің тіркелуіне кедергі келтіретін
ауруларының жоқтығы туралы Қазақстан Республикасы Президенттігіне үміткерлердің
анықтамасы "___" _____ 20__ жыл

Жеке тұлғаға берілді

Жеке сәйкестендіру нөмірі

Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

Тұған күні

Жынысы

Үйінің мекенжайы,

телефоны

Жұмыс орны

Дәрігер - психиатр қорытындысы:

(ТАӘ (болған жағдайда)) Дәрігер - психиатр қолы, мөр

Мөр орны (ұйым)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 4-қосымша

Басқа түрлердің медициналық ұйымдарының медициналық есеп құжаттамасы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 060-2/е нысанды
медициналық құжаттама

АИТВ жұқтырғандарды тіркеу журналы

№	Т.А.Ә (болған жағдайда).	Мекен-жайы	Туған жылы	Азаматтығы	Жынысы	Жұмыс орны
1	2	3	4	5	6	7

Кестенің жалғасы

Анықталған орны	ИБ №	ИБ күні	Коды	Жұқпа көзі (Т.А.Ә (болған жағдайда), күні, ИБ №)	Жұғу жолы	Ескерту (қайтыс болды, "Д" есептен шыққан)
8	9	10	11	12	13	14

Журналды электронды түрде де, қағаз түрінде де жүргізуге болады.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2020 жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 110/е нысанды медициналық
құжаттама

Жедел медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы

ЖСН	Жынысы	Қызмет көрсету уақыты	Күні	Айы	Жылы
Тегі	Шақыру себебі	Қайта № шығу бригадасының құрамы			
Аты	Шақыру	дәрігер (фельдшер I)			
Әкесінің аты (болған жағдайда)	Нәтиже	фельдшер II (медбике)			
Жасы	Жыл	1 -			
айы	күні	диагн Жүргізуші (водитель)Парамедик оз			
Үйін	Асқын, мекеңжайы	Жедел медициналық жәрдем бригадасына актив			
мешайы	қосымша	№			
Жұмыс орны	Басқарулы	Учаскелік дәрігерге актив тел.			
Қаралу,		қабылдады			

көме
к Жара
көрсө қат
ту, түрі
аурух
анаға
жату
дан
бас
тарту

тел.

қабылдады

Мен Алко
науқа голыи Шақыру бойынша қосымша ақпарат
с (ә жоқ
ата-а
на?
қорға
ныш)

—— Жету
—— уақы
—— ты

— —
қарал

У ,
көме

к
көрсө

ту,
аурух

анаға
жату

дан
бас

тарта
мын.

Жеде
л

жәрд
е м

брига
дасы

Жеткізілді және тапсырылды

қызм
еткер

лерім
е н

мүмк
і н

болар
асқы

н у
мен

бас
тарту

дың
салда

ры
турал
ы
ескер
тілді
м.
Қолы

—
—
—
—
Дабы
л
парақ
шаны
учаск
елік
дәріг
ер
қабы
лдад
ыНау
касты
ң
ТАӘ
(
ата-а
наны
ң,
қорға
нышт
ың)
қолы

Мекемеге Уақыты

Науқасты қабылдаған маманның ТАӘ қолы

Брига
да
босау
ы

Сараптама бағасы

Қаш
ықты
қ (км)

Сараптама кезеңі

1

2

3

4

5

6

7

8

9

Сарапшы

Аға
дәріг
ер
Бөлім
ше
меңге
руш.

Бас
дәріг
ер.ор

ынб.І
шкі
бақы
лау
қызм
еті (
аудит
)
экспе
рті

Шағымы: _____

Осы аурудың анамнезі: _____

Өмір сыртартқысы: _____

Жалпы
жағдайы

Перку
торлы
дыбы
с:

жағындымен

Анық
өкпел
ік
Тұйы
қталғ
ан (
немес
е
тұйық
)

5

Тимп
анит
дабыл
ды
Қорпт
ы

Сіңір
рефле
кстері
:

қалып
ты екі
жақт
ы
төмен
деген 2
О С
Ж Т
жоғар
ылаға

Етекк
і р
цикл
ы: Емдеу
бұзыл нәтиж
маған есі
бұзыл
ған __

2

Іші:
жұмсақ,
ауырсынбайды,
ауырсынады,
керілген,
кеуіп тұр;
тыныс алуға
катысуда (иә,жоқ)

Сарғы
ш
көгіс (
көк
ала)
қызғы
лт
құрға
қ
дымқ
ыл
таза
бөртп
е

Везик
улярл
ық
пуэри
лдік
қатқы
л
әлсізд
енген
О С

Қанағ
аттан
арлық
орташ
а
нашар
агони
ялық
биоло

3456

123

гиялы қ өлім	гипос таза	бронх ораял ық 6	н О С Ж Т жоқ	Перифериял ық ісіну	жақса рдыөз герісс ізнаш арлад ы
-----------------	---------------	------------------------	---------------------	------------------------	---

Санас ы	Жүрек - қан тамыр.жүйес і	3	Сыры лы: жоқ Құрға қ Ылға лды	7	Қозға л у сфера сы: парез (плеги я) О С 3 Ж Тет куаты жоғар ылаға н (төмен деген) О С Ж Т Ауру сезімт алдығ ытөме ндеге н О С Ж ТБоле вая чувст вител ьн. сниже 4	Симптомдары: Щеткин-Бл. + - Ровзинга + - Ситковский + - Ортнер + -	123	Жоқ ісіңкі Жаты — р түбі — биікті — гі: ----- — см.Іші : искен — тыдөң — гелек ----- басқа ---- Жаты ---- р тонус ы: қалып ты □ толға қты Ұрық орнал асуы:
Айқы н айқын емес 1,2 сопор кома	Жүре к дыбы сы: айқын , тұнш ыққан , тұнық	4	Демік песі: жоқ экспи ратор лы инспи ратор лы арала с					
	Шуыл ы : жоқ Систо лалық Диаст олалы қ							

1234	1,2,3 ессіз	Жүйке жүйесі:	8	н П Л В Н	ұлғайған қатты ауырсынады	ған қатты ауырсы- нады	ТАЖ	бойл ыққиф аш; <input type="checkbox"/> көлде нең Келе жатқан бөлігі
Көңіл күйі	Тамыр соғуы : Қанағаттан арлық Ырғакты Ырғаксыз Толымды Толымсыз Жоқ	1	Патологиясы 9	Афазия: моторлы сенсорлы, тоталды Бабинский симптомдары: сірескен — Кернига (+-) Брудзинский (+-)	Несеп жыныс жүйесі	Пульс	т° С	—
12	Сабырлы қозған әлсіз, тежелген	3	2	10	Несеп жүруі: қалыпты дизурия _____	ЖСЖ		

Көз қарашығы	Тыныс алу жүйесі	Көз ұясы: Парез кыли О Скөлд енен, тік ЧМН: 1234 птоз О Смұр ын-ер ін қатпа ры жазық ; жұты нуы бұзыл ған; тілі ауытқ	Аңқасы:	Қалыпты Қызарған Ісіңкі Таңдай ұлғайған, іріктеліп тұр іріңде п тұр	ССПО - + (О С) ССПО - + (П Л)	АҚҚо нсол Оттегінің сатурациясы Қан құрамындағы қант	ммоль /л ммоль /л
Тері қабаты 1 физиологиялық	Көкірек керілу інің күйі: қалыпты; төмен деген О Сдем алуы ауытқулы; жоқ	3	4	Ас қорыту жүйесі: Тілі: таза,			

физиологиче 2 Тыны улы О ылғал
ские сын Стөме 1 ды-кү
2 бозғылт тыңда нгі рғақ
түсті у: ерінні
ңсалб
ырау
ы

Status localis

Емдеу
іс-ша Шығ
ралар ын:
ы

Жедел жәрдем диагнозы

Диагностиканың
аспаптық әдістері

Ұсын
ымда
р

Картаны толтырған: дәрігер (фельдшер) _____ (Қолы) _____

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№110-1/е нысанды медициналық
құжаттама

Учаскелік дәрігерге жіберілетін дабыл парағы

МҰ көрсетіңіз (МҰ регистрінен):

1. Толтыру күні, уақыты
2. Науқастың жеке сәйкестендіру нөмірі/паспорт нөмірі
3. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
4. Туған күні
5. Диагнозы
6. Науқастың объективті көрсеткіштері (қан қысымы, жүрек соғу жиілігі, тыныс алу жиілігі, температурасы)
7. Үйінде қалдырылған науқасқа көрсетілген көмек
8. Ұсынымдар
9. Шығу бригадасының дәрігерінің/фельдшерінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), идентификаторы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 110-2/е нысанды
медициналық құжаттама

Мобильді санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы

Аймақт Өтінішті Ұшудың Елді Стациона Стациона Елді Стациона
ы қ РСАО ң авиа белгілен арға ардан Елді Стациона
өтінішті өтінішті компани Ұшудың мекенге арға Кайта
өтінішті қ келіп яға ғ ен нақты ұшып келу шығу мекенне арға Кайта
өтінішті қ келіп яға ғ ен нақты ұшып келу шығу мекенне арға Кайта
өтінішті қ келіп яға ғ ен нақты ұшып келу шығу мекенне арға Кайта
өтінішті қ келіп яға ғ ен нақты ұшып келу шығу мекенне арға Кайта

н келіп түсу тапсыры уақыты уақыты келі уақыты уақыты шығу жету уақыты
түсу уақыты л у мен күні мен күні уақыты мен күні мен күні уақыты уақыты мен күні
уақыты мен күні уақыты мен күні мен күні мен күні
мен күні мен күні

Штрих код _____

Пациенттің Т.А.Ә. (болған Жадел өтінім №
жағдайда)

Туған күні:

Жасы:

Жынысы Ә/Е (керекті астын
сызыңыз)ЖСН _____

Тұрғылықты мекенжайы

Диагнозы: 10-АХЖ коды

Закымдану жағдайы

Дәрігер Фельдшер

Стационарда қарау кезіндегі шағымдар:

Объективті мәліметтер: _____ Глазго шкаласыбойынша сана деңгей:

Status localis:

Шағымы: _____

Осы аурудың анамнезі: _____

Өмір сыртартқысы: _____

Жалпы жағдайы

5

3456

Қанағатт
ан арлық
орташа
нашараг
ониялық

Сарғыш
көгіс (көк ала)
қызғылт
құрғақ
дымқыл
таза
бөртпе
гипостаз
а

Везикул
ярлық
пуэрилді
к қатқыл
әлсізден
ген О С
бронхор
еялық

6

Перкуто
рльдыб
ы с :
Анык
өкпелік
Тұйықта
лған (не
месе
тұйык)Т
импанит
дабылды
Қорпты
Сіңір
рефлек
тері:
қалыпты
е к і
жақты
төменде
ген О С

123

	биологи ялық өлім					Ж Тжоғары лаған О С Ж Тжоқ Қозғалу сферасы :парез (плегия) О С Ж Т е т куаты жоғарыл аған (төмендеген)
	Санасы	Жүрек - қан тамыр. жүйесі	3	Сырылы : жоқ Құрғақ сухие Ылғалды	7	
1234	Айқын айқын емес 1,2 сопор кома 1,2,3ессі 3	1 Жүрек дыбысы: айқын, тұншыққан, тұнық 2 Шуылы: жоқ, систолическ, диастол ическ.,	4	Демікпесі: жоқ экспираторлы инспираторлы аралас	8	Ауру сезімталдығы төмендеген О С Ж Т
	Көңіл күйі		1	Жүйке жүйесі: Патологиясыз	9	Афазия: моторлы сенсорлы , тоталды
12	Сабырлы қозған әлсіз, тежелген	3 Тамыр соғуы: Қанағаттанарлық Ырғақты Ырғақсыз Толымды Толымсыз Жоқ	2	Менингеалдық симптомдары: сірескен -- Кернига (+-) Брудзинский (+-) Менингеальн. симпт. Ригидность п. п.	10	Бабинский симпт. О С Оппенгейм симпт. О С перифериялық нервтердің тартылу симптомы
	Көз қарашығы			Аңқасы:		Қалыпты Қызарға

1234	Қалыпты миоз-миодриазжарыққа әсері: жанды әлсіз жоқанизокория DS	Тыныс алу жүйесі	3	Көз ұясы: Парез қыли О Скөлден ең, тік	1234	н Ісіңкі Таңдай: ұлғайған . , іркілдеп тұр., іріңдеп тұр
		Көкірек керілуінің күйі: қалыпты ; төмендеген О Сдем алуы ауытқулы;жөк	1	4	ЧМН: птоз О С мұрын-ерін қатпары жазық; жұтынуы бұзылған; тілі ауытқулы О Стөменгі еріннің салбырауы	
Тері қабаты	физиолог. Түсті бозғылт	Тынысын тыңдау: аускульт .:	2	Ас қорыту жүйесі:	1	Тілі: таза, ылғалды -құрғақ

Кестенің жалғасы

2	жағындымен Іші: жұмсақ, ауырсынбайды, ауырсынады, керілген, кеуіп тұр; тыныс алуға қатысуда (иә, жоқ)	2	Етеккір циклы: бұзылмаған бұзылған _____	Емдеу нәтижесі жақсарды өзгеріссіз нашарлады
3	Симптомдары: Щеткин-Бл. + - Ровзинга + -	123	Перифериялық ісіну Жоқ ісіңкі _____ ----- -- іскен _____	Акушерск и й статус Жатыр түбі биіктігі: _____ см. Іші: овоидты дөңгелек басқа Жатыр тонусы: калыпты

Ситковский + -

Ортнер + -





толғақты
Ұрық
орналасу
ы :
бойлық
қиғаш;
көлденең
Келе
жатқан
бөлігі ____

	Бауыры: К ө к	ТАЖ
	қалыпты_ б.қалыпт	t° С
	_см-ге ысмге	
4	ұлғайған ұлғайған	
	қатты қатты	Пульс
	ауырсына ауырсы-н	
	ды ады	

Несеп жыныс жүйесі ЖСЖ

1	Несеп жүруі:	
	қалыпты дизурия__	
	_____	А Қ Қ
	ССПО - + (О С)	оңсол
	ССПО - + (П Л)	

Оттегінің
сатураци
ясы

Қ а н

құрамын- ммоль/л

ммоль/л

дағы қант

№ 110-2/е н. артқы беті

Медициналық қызметтер (Медицинские услуги)

телемедицина өткізілген/өткізілмеген:

өткізілген мекеме:

өткізген мамандар:

телемедицина қорытындысы:

Кон Гемодинамика көрсеткіштері

сул

ьта

ция

(

түз

ету

емд

еу),

пац ТҚ

иен Ж

тке

Т PS

ЖСЖ

АҚ

Сатурац
ия

Қандағы қант

Қос

ым

ша

тек

опе
рац
ия
жас
ау
Дей
ін
Кей
ін

сер
у

Қорытынды: кеңес берілді, операция жасалды, орнында қалдырылды, тасымалданды (астын сызу).

Дәр
ігер
-

кең
есш
інің
диа
гно
зы:

Ұсынымдар

Же
дел
мед
ици
нал
ықк
өліг
інд
егі
шағ
ым
дар
ы:

Тас Гемодинамика көрсеткіштері (Показатели гемодинамики)

Ұшу кезіндегі
шағымдары

ым
алд
ау
кезі
нде
пац
иен

тті ТҚ
дин Ж

Т PS

ЖС

АҚ

Сатурация

Қандағы қант

ами
кал
ық
бақ
ыла
у:

І
сағ
ат

2

сағ

ат

3

сағ

ат

4

сағ

ат

Уақ

ыт Медициналық мәндегі бұйымдар және мөлшері

ы

1

сағ

ат

2

сағ

ат

3

сағ

ат

4

сағ

ат

Тасымалдау әдісі: Жеңіл арбада

Зембілмен

Қолмен

Медицинское оборудование

Пациент тасымалдауды сезінді: жақсы, қанағаттанарлық, нашар, қайтыс болды (астын сызу)

Күні _____ Уақыты _____ науқасты медициналық ұйымның(МҰ)
_____ қабылдау бөліміне немесе жедел жәрдем

бригадасына табыстады.

Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә

(болған жағдайда). _____

_____ Код _____

___ Қолы:

МҰ немесе жедел медициналық көмекбригадасының қабылдаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда). ____

_____ Қолы:

Пациент тасымалданды _____

Медициналық
ұйымның атауы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 114/е нысанды
медициналық құжаттама

Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе
парағы №

ЖСН

Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

Туылған күні

әкетілді

Жедел жәрдем жолдаған кездегі диагнозы

Жеткізілді

Қабылданған шақырту бойынша:

емхана жолдағандағы диагнозы

Қабылдау бөлімшесінің диагнозы

Дәрігер Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

Фельдшер 1 Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

Фельдшер 2 Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 114/е нысанды медициналық
құжаттама

Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына жіберіледі) №

ЖСН

Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

Туылған күні

әкетілді

Фельдшер 1 Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

Фельдшер 2 Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

Фельдшер Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

емхана жолдағандағы диагнозы

Қабылдау бөлімшесінің диагнозы

Қорытынды диагноз

Ота күні мен уақыты

Амбулаторлы неше күн өткізді

Немен аяқталды

Жедел жәрдем қызметкерлерінің ескертулері

Басқа ескертулер

Санитарлық авиация бөлімінің
(сырқатнамасына тігіледі) ілеспе
парағына қосымша парақ

Санитарлық авиацияның ілеспе парағы (сырқатнамасына тігіледі) №

ЖСН

Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

Туылған күні

әкетілді

Тұрғылықты мекенжайы

Бағыттап отырған стационардың диагнозы Жарақаттану жағдайы

Қай жерден жеткізілді

Қай жерге жеткізілді

Көрсетілген көмек

Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы

АҚ, ЖСЖ, ТҚЖ, PS, T

Сатурация

Жеткізілді

Пациентті жеткізген дәрігердің Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда),
Идентификаторы

САОМБ құрамы

Санитарлық авиация
бөлімінің ілеспе парағына
қосымша парак

Санитарлық авиацияның ілеспе парағына талон (науқас ауруханадан шыққаннан
немесе қайтыс болғаннан кейін санитарлық авиацияға жіберіледі) №

ЖСН

Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

Туылған күні

әкетілді

Тұрғылықты мекенжайы

Бағыттап отырған стационардың диагнозы

Жарақаттану жағдайы

Қай жерден жеткізілді

Қай жерге жеткізілді

Көрсетілген көмек

Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы

АҚ

, ЖСЖ

, ТҚЖ

,
PS

, T

Сатурация

Жеткізілді

Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда). Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда), Идентификаторы

САОМБ құрамы

Қорытынды диагноз

Операция

Аурудың арты

Шыққан (қайтыс болу) күні

Емдеген дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда), Идентификаторы

Емдеу ұйымының ескертулері (санитариялық авиация бригадасының қызмет көрсету кемшіліктерін көрсетіңіз

Жаңа туған нәрестені
тасымалдаудың қосымша
парағы

Жаңа туған нәрестені тасымалдау протоколы

Туған күні

Гестациялық мерзімі

Постменструальды жасы

Жасы

Туған мезгіліндегі салмағы

Қазіргі салмағы

Нәресте жынысы



е



ә

Нәрестені көшіру себебі

Тасымалдау ұзақтығы

Анасының диагнозы наименование код

Жаңа туған нәресте диагнозы наименование код

Тасымалдау кезіндегі респираторлы көмек түрі



CPAP



IMV



Оттегі

Жолдап жатқан мекемедегі нәрестенің негізгі тіршілік көрсеткіштері

Жүректің жиырылу жиілігі

Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері:



PIP



реер



Ti



Rate



FiO2

Орташа қан қысымы

Дене қызуы 0С

Сатурациясы %

Қанның қанты

Қанның газдық құрамы рН/рСО2/рО2/НСО3/ВЕ

Тасымалдау кезіндегі нәрестенің хал жағдайы

Уақыт

Жүректің жиырылу жиілігі

Тыныс алу жиілігі

Орташа қан қысым

Среднее артериальное давление

Дене қызуы 0С

Сатурациясы %

Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері:



PIP



реер



Ti



Rate



FiO2

Қанның газдық құрамы рН/рСО2/рО2/НСО3/ВЕ

Тәуліктік сұйықтыққа мұқтаждылығы Мл/кг/тәу

Инфузия жылдамдығы Мл/сағ

Дәрі-дәрмек атауы/уақыт

Санация

иә

жоқ

Тамақтануы (мл)

Диурез (мл)

Үлкен дәреті

иә

жоқ

Тасымалдауда алған толық сұйықтық көлемі мл

Диурез жылдамдығы Мл/кг/сағ

Нәрестеге комфорт дәрежесін бағалау:

Мазасыз

Белсенді

Медициналық ұйқы

Ұйқылы

Седативті және паралитикалық дәрілерді қолдану:

Алды

иә

жоқ

Дәрі дәрмек аты

Дозасы

Ата-анасына нәрестенің тасымалдауы туралы толық мәлімет берілді

иә

жоқ

Егерде алмаса, онда неге?

Дәрігер аты жөні Фамилия Имя Отчество Идентификатор

Мейірбикенің аты жөні Фамилия Имя Отчество Идентификатор

Тасымалдау күні, уақыты

Қабылдап жатқан мекемедегі нәрестенің негізгі тіршілік көрсеткіштері

Жүректің жиырылу жиілігі

Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері:

PIP

реер

Ti



Rate



FiO2

Орташа қан қысымы

Дене қызуы 0С

Сатурациясы %

Қанның қанты

Қанның газдық құрамы рН/рСО2/рО2/НСО3/ВЕ

№ 114/е "Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе парағы" нысанының қысқартылымдары:

1	ID	Идентификатор (электрондық цифрлық қолтаңба, QR коды (машинада оқылатын оптикалық белгі) немесе оны басқалардан ерекшелейтін тағы бір ерекше функция))
2	t0	Дене температурасы
3	АҚ	Артериалық қысым
4	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
5	САОМБ	Санитарлы авиация орталығының мобильді бригадасы
6	АХЖ-10	Аурулардың халықаралық жіктемесінің 10-шы қаралымы
7	МҰ	Медициналық ұйым
8	PS	Пульс
9	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
10	ТАЖ	Тыныс алу жиілігі
11	ЖСЖ	Жүрек соғу жиілігі

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 117/е нысанды медициналық
құжаттама

Медициналық көмек көрсету жедел жәрдем нысанының шақыртулардың қабылдануын тіркеу журналы

Р/с №	Шақыртудың күні мен уақыты	Кім және қайдан шақырды	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	ЖСН	Диагнозы немесе шақырту себебі	Науқас қайда орналасқан
1	2	3	4		5	6
					№ 117/е н. артқы беті	
Бригада консультанттар жүрген тұлғалар	құрамы, немесе бірге	Авиаком панияның атауы, әуе-көлік түрі	Шұғыл өтінім берілу күні мен уақыты	Ұшып кету уақыты	Ұшып келу уақыты	Медицин Шұғыл алық өтінімді қызметте қайтару себебі
Тегі, аты(болған жағдайда)	лауазымы, мамандығы, МҰ					Кезекші аға дәрігер
7	8	9	10	11	12	13
						15
						16

№ 117/е "Медициналық көмек көрсету жедел жәрдем нысанының шақыртулардың қабылдануын тіркеу журналы" нысанының қысқартылымдары:

1	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
2	МҰ	Медициналық ұйым
3	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы "___" _____ № _____ бұйрығымен бекітілген № 118/е нысанды медициналық құжаттама

Санитариялық ұшуға тапсырма

№ _____ 20__ жылғы "___" _____

_____ сағ. _____ мин. _____

Әуе көлігінің командирі _____

_____ Әуе компанияның аты _____

_____ Әуе көлігінің түрі, типі, борттық № _____

_____ Ұшу мақсаты _____

Ұшу бағдары _____ Медициналық қызметкердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Пациентінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Ұшу пункті _____ Қону пункті _____

1 2 3 4

Ескертпе _____

М.О.

Санитариялық авиация қызметінің басшысы (үйлестірушісі)

тегін

анық жазыңыз

Қол _____

№ 118/е н. артқы беті

Өтінімді орындау туралы ұшқыштың мәліметтері

№ _____ Әуе көлігінің типі, _____

борттық № _____

Күні	Ұшудың іс-жүзіндегі бағдары бойынша ұшу пункт ті		Жолаушылар саны	Уақыты		Ұшқан сағаты		Жердегі уақыты		Қону пунктіндегі тұрған уақыты		Қанша километр өткені		
	ың іс-жүзіндегі бағдары бойынша ұшу пункт ті	ың іс-жүзіндегі бағдары бойынша қону пункт ті		сағат	мин	сағат	мин	сағат	мин	сағат	мин			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

ИТОГО:

Ұшқыш Т.А.Ә қолы (болған жағдайда) _____ Қолы _____

Әуе көлігін пайдаланған адамның Т.А.Ә (болған жағдайда) және қолы:

САОМБ: Науқас: Ілесуші:

Пациентті сүйемелдеуші тұлға туралы мәлімет Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Әуе көлігі командирінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____ Қолы _____

Ескерту: қосымша аэродромда күту. ӘКК ұшу бойынша ескертулер

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 118-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Дереу (иә/жоқ)

№ ___ Оралымды мәлімдеме 20__ ж. "___" _____

Тапсырыс беруші: _____

(ұйымның, министрліктің, ведомство атауы)

Пайдаланушы: _____

(авиакомпания атауы)

Ұшу мақсаты _____

(транспорттау, операция жасау, кеңес беру, донорлықорғандардытасымалдау)

Әуе кемесінің түрі _____

Ұшып кету уақыты _____

(күні, ұшып кету уақыты (Астана уақытымен))

Әуекемесінің маршруты жәнежүктемесібойыншаұшукезендері:

Жөнелту әуежайы	Келуәуежайы	Жүктеу (Загрузка)	
С А О М Б қызметкерлерінің саны	Пациенттердің саны	Алыпжүрушілер саны	Тасымалдау тәсілі (отырыпкелу, жатып келу, қолда, кувездің ішінде)

Жедел өтінімді алу/бас тарту туралы ақпарат:

Жеделөтінімді алған күні мен уақыты

Жедел өтінімім орындауға қабылданды

Жеделөтінім орындауғақабылдан бады.Бас тарту себебі:

Ауысымның аға дәрігері: _____
_____ (қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда).) М.О.

"Пайдаланушы" өкілі: _____
_____ (қолы, Т.А.Ә. (болған жағдайда), лауазымы) М.О.

Тапсырыс берушінің жедел өтінімді жою бойынша ақпарат:

ЖӨ жою уақыты

ЖӨ жою себебі

ЖӨ жою туралы қосымша ақпарат

Ауысымның аға дәрігерінің қолы, Т.А.Ә (болған жағдайда).

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 121/е нысанды медициналық
құжаттама

Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы

20__ жыл _____ бойынша

Р/с №	Түскен күні	Баланың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)	Туған күні (Кім жіберді	Жіберу себебі	Балалар үйіне қандай	Баланың туыстарының (әкесінің, анасының, басқа жақын туыстарының), қамқоршының) тегі, аты,	Қайда ауыстырылды, балалар үйіне
-------	-------------	---	--------------------------	---------------	----------------------	--	----------------------------------

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
				жылы , күні, айы)			күжаттармен жіберілді	Әкесінің аты (болған жағдайда), және мекенжайы	баланы кім қабылдап алды
Баланың ауыстырылған немесе шыққан күні		Баланы қабылдаған ұйымның және адамның мекенжайы	Бала қандай бойынша шықты баланы қабылдаған адамның қолхаты	құжаттар және қабылдаған қолхаты		Баланы үйінен кім	балалар шығарды	Шығарған адамның қолы	Қайтыс болған жағдайдағы белгілер (қайтыс болған күні және қайда екенін көрсету керек: ауруханада, балалар үйінде)
11		12	13			14		15	16

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 270-3/е нысанды
медициналық құжаттама

АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын, АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы Жолдамалар нәтижесінен келесі жолдардан құралады, бірақ шектелмейді:

1. Жүктінің жеке сәйкестендіру нөмірі
2. Жүктінің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
3. Туған күні
4. Тұрғылықты мекенжайы
5. АИТВ анықталғаны күні
6. Жүктіліктің анықталған күні
7. Қауіп тобына қатынасы
8. Диагнозы
9. Жүктілік немен аяқталды
10. Нәрестенің ЖСН
11. Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
12. Толық клиникалық диагнозы
13. Профилактикалық емдеу, тамақтандыру
14. Зерттеулер нәтижелері
15. Емделуі
16. Динамикалық бақылаудан шығару күні

17. АИТВ жұқтырғандар тобына ауыстырылған күні

18. Қайтыс болған күні

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 271/е нысанды медициналық
құжаттама

Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу журналы

Басталды "___" _____ ж.

Аяқталды "___" _____ ж.

Р/с №	Тегі, аты, әкесінің аты (ЖСН болған жағдайда)	Қан алу күні	Талдау өткізілген күн	Тест-жүйе сінің түрі, Нәтиже	Ескерту		
1	2	3	4	5	6	7	8

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 275/е нысанды медициналық
құжаттама

АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен кұпия әңгімелесу
парағы

Мен, _____

ТАӘ (болған жағдайда)
ЖСН _____

Туған күні _____

тұратын мекенжайым _____

дәрігердің хабарлағанын өз қолыммен растаймын _____

дәрігердің ТАӘ (болған жағдайда) _____

облыстық (қалалық) ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес орталығының дәрігері АИТВ-инфекциясын жұқтырғаным (ЖИТС-пен ауратыным) туралы хабарлағанын жазбаша түрде растаймын.

Қазақстан Республикасының күшіндегі заңдары бойынша АИТВ-инфекциясын таратқаны үшін жүктелетін қылмыстық жауапкершілік туралы ескертілдім.

АИТВ-инфекциясының басқа адамдарға жұғу жолдары туралы, жеке қорғаныш құралдарын пайдалану қажеттілігі туралы, қорғану АИТВ-сырқатымен ауыратыным туралы жыныстық серіктеріме, вена арқылы есірткі қабылдайтын серіктеріме, медициналық жәрдем алуға келгенде медицина қызметкерлеріне хабарлауым міндетті екендігі, маған донор болуға өмір бойы тыйым салынғаны туралы ескертілдім.

Диспансерлік бақылау және облыстық (қалалық) ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес орталығында медициналық көмек алу тәртібімен таныстым.

Мен менің персоналдық деректерімді электрондық ақпараттық ресурстарға енгізуге келісемін ("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі № 360-VI ҚРЗ Кодексінің 62-бабы).

Күні _____

АИТВ инфекциясын жұқтырған адамның қолы _____

Емдеуші дәрігердің қолы _____

№ 275/е "АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен құпия әңгімелесу парағы":

1	АИТВ	Адамның иммундық тапшылық вирусы
2	ЖСН	Жеке сәйкестендіру нөмірі
3	ЖИТС	Жүре пайда болған иммундық тапшылық синдромы
4	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 280/е нысанды медициналық
құжаттама

Бракераждық журналы

Басталуы " __ " _____ 20__ ж.

Аяқталуы " __ " _____ 20__ ж.

Бракераж туралы ақпаратты қабылдауға және жіберуге жауапты қызметкерлердің қолдарының сәйкестендіргіші

Күні _____ Қызметкердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Қолы _____

Р/с №	ЖИТС зертханас ындағы тіркеу №	Түскен жылы, айы, күні	Материал ды алып келген мекемені ң атауы	Бракераж да у себебі	Қабылда нған шаралар	Бракераж туралы ақпарат алған қызметш ының аты жөні және қолы () болған жағдайда)	Дәрігер-лаборантты ң/сапа жөніндегі менеджердің қолы
1	2	3	4	5	6	7	8

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 5-қосымша

Медициналық ұйымдарының құрамындағы зертханалардың медициналық есеп құжаттамасы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 201/е нысанды медициналық
құжаттама

Жолдама № зертханалық зерттеу қызметтері/консультациялық қызметтер үшін / басқа ауруханаға жатқызу үшін

1. ЖСН / паспорт нөмірі
2. Т.А.Ә. (болған жағдайда)
3. Туылған күні
4. Жынысы
5. Азаматтығы
6. Тұрғыны

қала

ауыл

7. Тұрғылықты мекенжайы

Жеке телефон нөмірі

8. Диагноз

9. Жодаған МҰ атауы (МҰ регистрінен)

10. Кім жолдады Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

11. Жолданған күні

12. Төлем бойынша санат

Эпидемиологиялық жағдайды анықтау үшін зерттеуге жіберілген кезде толтырылатын жолдар:

13. Жұмыс/ оқу/ балара мекемесінің орыны

14. Лауазымы (тек медицина қызметкерлері мен медициналық жоғары оқу орындарының студенттері үшін)

15. Әлеуметтік санаты

Жолдамаға 1 қосымша парақ

Текқана зертханалық және диагностикалық зерттеулерге немесе мамандардың кеңесіне жолданғанда толтырылатын арнайы бөлігі:

1. Қызмет түрі

2. Бастапқы үлгідегі түрі (егер қажет болған жағдайда)

3. Тексеру (егер қажет болған жағдайда)

первичное

повторное

4. Зерттеп-қарауға тапсырыс (егер қажет болған жағдайда:

жоспарлы

жедел

5. Ескерту

6. Үлгі (егер қажет болған жағдайда)

7. № 4 нысаны бойынша зерттеу коды (егер қажет болған жағдайда)

8. Үлгілерді алу күні, жинау уақыты

9. Үлгілерді зертханаға жолдау уақыты мен күні

Қазақстандық дерматология және жұқпалы аурулар ғылыми орталығы және Ұлттық фтизиопульмонология ғылыми орталығы толтырады:

1. АҚТҚ-жұқпасының белгілері үшін қан үлгілерін жеке зерттеуге жүгінген кезде пациенттің негізделген келісімін алу қажет:

Мен, _____
_____ кеңес беруге және тестілеуге және менің жеке мәліметтерімнің электронды ақпараттық ресурстарға қосылуына келісемін (Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі №360-VI ҚРЗ Денсаулық сақтау жүйесі туралы және адамдардың денсаулығы туралы кодексінің 62-бабы).

Толтырған күні мен уақыты

Қолы

2. Қажеттілігіне байланысты, тізімдік жолдама жазуға болады.

Келесі жолдар жолдамада бағыт сипатын нақтылау үшін оларды іске асыру қажет болғанда ғана толтырылады:

1. Типтеу әдісі (трансфузия кезінде толтырылады)

2. Үлгі алу орны (цитологиялық зерттеулер кезінде толтырылады)

3. Зерттелу көрсеткіштері (микробиологиялық зерттеулер кезінде толтырылады)

4. Патологиялық және гистологиялық зерттеулер қызметтерін таңдау кезінде қолданылады:

4.1 Бөлімше

4.2 Биопсия

4.3 Қауталанбалы биопсия кезінде біріншілікті № және алу уақытын көрсету қажет

4.4 Отаның түрі мен уақыты Код МКБ

4.5 Материалды таңбалау, нысандардың саны

4.6 Клиникалық ақпарат:

Аурудың ұзақтығы, өткізілген ем, ісіктермен – дәл орналасқан жері, өсу қарқыны, мөлшері, құрылымы, қоршаған тіндерге қатынасы, метастаздары, басқа ісік түйіндерінің болуы, арнайы емдеу, лимфа түйіндерін зерттеуде - қан талдамасын жазу, эндометрияның тыртықтары, сүт бездері - соңғы қалыпты етеккірдің басы мен соңы, етеккір қызметінің бұзылуы, қан кетудің басталу күні

5. CD-4, CD-8 үшін қан тестілеу қызметтерінің таңдау кезінде қолданылады:

5.1 Иммуноблоттың номері

5.2 Вирусқа қарсы емнің басталған уақыты

6. Патологиялық материалды туберкулезге бактериологиялық зерттеу кезінде қолданылады:

6.1 Жіктелуі:

6.2 Зерттеуге жіберілу себептері:

6.3 Ем мерзімі (ай)

6.5 Қақырық алынған күні:

6.5 Науқастың типі

6.6 Категориясы



I



IV

Жолдамаға 2 қосымша парақ

Басқа емханаға жатқызу үшін жолдаманы қалыптастыру үшін арнайы бөлім:

Науқас жолданған емхананың атауы (МҰ регистрінен)

Науқастың медициналық картасының №

№ 201/е "Жолдама" нысананың 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	ТҒЗӨО	Трансфузиология ғылыми-өндірістік орталығы
5	ҚР	Қазақстан Республикасы
6	Т.А.Ә. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
7	ЭЦҚ	Электронды цифрлық қолы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 20__ жылғы " __ " _____ № __ бұйрығымен бекітілген № 202/е нысанды медициналық құжаттама

Нәтиже № зертханалық/диагностикалық зерттеу қызметтері / консультациялық қызметтер үшін

1. Нәтижелерді берген зертхананың атауы және байланыс деректері (МҰ регистрінен)

2. ЖСН/паспорт нөмірі

3. Тегі Аты Әкесінің аты (болған жағдайда)

4. Туылған күні

5. Жынысы

6. Азаматтығы

7. Тұрғыны



қала



ауыл

8. Тұрғылықты мекенжайы

9. Жодаған МҰ атауы (МҰ регистрінен)

10. Кім жолдады Т.А.Ә. (болған жағдайда), ID

11. Лауазымы

12. Лабораторияға үлгіні алу күні мен уақыты

13. Бастапқы үлгідегі жинау уақыты және күні (қажет болған жағдайда)

14. Бастапқы үлгідегі түрі (егер қажет болған жағдайда)

15. Аяқталған зерттеулер тізімі, аяқталу күні мен уақыты, нәтижелері

(сандық нәтижелер үшін, референттік интервалдар және клиникалық шешімдер қабылдаудың мәндері, диагностикалық зерттеулердің сипаттамасы, консультациялардың нәтижесі):

Результат. (қажеті бойынша қосымша жолдар қосылады)

16. Нәтижелерді немесе қорытындыны түсіндіру (қажет болған жағдайда)

17. Пікірлер (үлгілердің сапасына қатысты пікірлер, зерттеу рәсімдерін орындаудағы ауытқулар)

18. Зерттеуді жасағандардың Т.А.Ә. (болған жағдайда)

19. Зерттеу туралы есепті қалыптастырудың күні мен уақыты

20. Беттердің жалпы санының бет нөмірі (мысалы, 1-і 3ден, 2-і 3 ден)

№ 202/е "Нәтиже" нысананың 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. (болған жағдайда)	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____

Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың
химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері № _____

20__ жылғы " __ " _____

биоматериал алынған күн

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____

Туған күні _____

Ұйым _____ бөлімше _____

палата _____ учаске _____

медициналық карта № _____

Зерттегенде _____

қандай материал – көрсетіңіз

Микроорганизмдердің атауы

Ажыратылды

1

2

Микроорганизмдердің* сезімталдығы

Препаратта

рдың аты,

олардың

ЕПҰ-да

болуын

есепке ала

отырып

Антибиотиктер

Пенициллин

Метицилли

н

Оксациллин

Диклоксаци

ллин

Ампицилли

н

Карбеницил

лин

Эритромици

Олеандомиц

ин

Линкомици

н

Ристомидин

Рифамицин

Левомидети

н

Нық

Нық емес

Сезімтал

МИҚ
мкг/мл

Нық

Нық емес

Сезімтал

Тетрацикли
н
Стрептомиц
ин
Канамицин
Мономицин
Гентамицин
Неомицин
Полимикси
н
Цепорин
Цефалоспор
ин

Микроорганизмдердің* сезімталдығы

1

2

Сульфаниламидтер
Сульфадиметокси
н
Норсульфазол
Нитрофурандар
Фуразолин
Фурацилин
Фурадонин
Фурагин
Фуразолидон
Перти
Норбактин
Фторхинолондар
Басқалар
Микроорганизм-д
е р д і ң *
сезімталдығы

Микроорганизмдер ассоциациясы

3

4

МИҚ	нық	Нық емес	Сезімтал	МИҚ мкг/мл	Нық	Нық емес	Сезімтал	МИҚ мкг/мл
-----	-----	----------	----------	------------	-----	----------	----------	------------

20__ жылғы Қолы _____

*Нәтижелерді белгілеу: дискілер әдісін қолданғанда – "+" белгісімен, сұйылту әдісін қолданғанда- минимальды ингибирлеу (тоқтату) концентрациясы (мкг/мл)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 240-4/е нысанды
медициналық құжаттама

Бдыстар мен қоректік орталарды бақылау журналы

Күні	Заттардың атауы	Нәтиже	Қолы
1	2	3	4

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 240-5/е нысанды
медициналық құжаттама

Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің Жұмыс журналы

Күні	Тіркеу №	Өнімнің, сынаманың атауы	Мезофил және факультатив анаэробты микроорганизім дер	Титр E.coli	Протей титрі
1	2	3	4	5	6

Кестенің жалғасы

Сальмонелл ағ а, шигеллаға зерттеу	Стафилакок кқа зерттеу	Энтерококк қа зерттеу	Сегеус-ке зерттеу	Анаэробтар	Биосынама	Нәтиже	Күні, қолы
7	8	9	10	11	12	13	14

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 240-6/е нысанды
медициналық құжаттама

Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы

Күні	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) ЖСН	Бөлімше	Зерттелу материалы	Өсу сипаты	Чистовичт ін	Эндо	Қан ағары	Рессель микроскоп иясы
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Кестенің жалғасы

Лактоза	Глюкоз а	Сахароз а	H2S	Несепн эр	Маннит	Индол	Қозғалғ ыш-тығ ы	Симонс а	Донила лация	А/б-ге сезімта лдығын зерттеу нәтиже сі	Аяқтау күні, қолы
Плазма	Чистов ичтің	Манини т	Глицер ин	Стерил ьді сүт	Агар үйірі	Тұзды сорпа	Өтті сорпа	Қантты сорпа	Ацетат ортасы	20	21
10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____

Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы

Күні	Тіркеу № Регистрацио нный №	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Мекен жайы , жұмыс орны	ЖСН	Диагнозы/	Ауырған күні	Кім әкелді К е м доставлен	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследовани я
1	2	3	4	5	6	7	8

Кестенің жалғасы

Себулер	Микроско пия	Ұқастыру тесттері	Талдау аяқталған күн	Қолы				
I	II	III	IV	V				
9	10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 240-10/е нысанды
медициналық құжаттама

Зертханалық және диагностикалық зерттеулердің есептік нысаны

1. Күні мен уақыты
2. Жеке сәйкестендіру нөмірі
3. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
4. Туған күні
5. Жынысы
6. Өтеу түрі
7. Бөлімшенің идентификаторы (МҰ құрылымында зертханаға қолдануға болады)
8. Амбулаториядағы немесе стационардағы медициналық картасының нөмірі (МҰ құрылымында зертханаға қолдануға болады)
9. Жолдаған МҰ идентификаторы (МҰ құрылымына кірмейтін зертханаға қолдануға болады)
10. Жолдама №
11. Материалдың түскен күні
12. Диагнозы
13. Зерттелінетін материал
14. Қызмет көрсету категориясы
15. Қызмет атауы
16. Зерттеуді орындаған қызметкердің ID

20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 240-12/е нысанды
медициналық құжаттама

Микробиологиялық зерттеулердің жуындысын тіркеу журналы

P/c №	Алыну күні	Жинау орны	Зерттеу мақсаты	Зерттеу нәтижесі				Нәтижелер берілген күн	Зерттеу жүргізген адамның идентификаторы
				Ішек таяқшалары тобының бактериясы	Алтын стафилококк	Шартты түрде патогенді флора	Патогенді микрофлора		
1	2	4	5	6	7	8	9	10	11

Ескертпе. Медициналық ақпараттық жүйе болған жағдайда, нысан электрондық түрде жүргізіледі

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 240-14/е нысанды
медициналық құжаттама

Уытты күл дақылын қайта себу журналы

Себу күні	Колониялар сипаты	Морфология	Уреаза	Цистиназа	Крахмал	Глюкоза	Сахароза	Уыттылығы	Түрі	Күні
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 250-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Алғашқы сынамалар қозғалысының журналы

(талдаулардың аты)

20__ жылғы "___" _____ басталды 20__ жылғы "___" _____

аяқталды

Биоматериалды қабылдауға және тапсыруға жауапты қызметкерлердің қолының сәйкестендіргіші

Күні _____ Қызметкердің Тегі.Аты.Әкесінің аты (болған жағдайда) _____ Қолы _____

Артқы жақ

Биосынаманың қозғалысы

Нақтытапсырылған биоматериал саны

Күні

М О атауы Б/Х МНО гормон НbA1c Гепатит такроли циклос ПЦР Қ а н микрор еакция тобы/ а-ти

Кестенің жалғасы

Биосынаманың қозғалысы

Нақты тапсырылған биоматериал саны Тапсырды қабылдады Сәйкес сіздік

КЖТ НЖТ Кал, қырынд ы Тазалық деңгейі Онкоцит гия тегі Время Қолы Время Қолы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 250-2/е нысанды
медициналық құжаттама

Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы

_____ (талдаулардың аты)

20 ___ жылғы "___" _____ басталды 20 ___ жылғы "___" _____

аяқталды

Журнал сәйкессіздіктерді тіркеу мен жазуға арналған

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердың қолының сәйкестендіргіші

Күні Қызметкердің Тегі.Аты.Әкесінің (Қолы болған жағдайда)

Артқы жақ

№ Сәйкессіздікті анықтау күні Сәйкессіздік Сәйкессіздікті жою бойынша тез арадағы әрекеттер Қабылданған түзету шаралары Кабылданған шаралардың тиімділігін бағалау және нәтижесі

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 250-3/е нысанды
медициналық
құжаттама

Дабылды – сыни шамаларды анықтау және жіберу журналы

_____ (талдаулардың аты)

20 ___ жылғы "___" _____ басталды 20 ___ жылғы "___" _____

аяқталды

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердың қолының сәйкестендіргіші

Күні Қызметкердің Т.А.Ә (болған Қолы жағдайда)

Артқы жақ/Обратная сторона

Р.с. №	Күні	Пациенттің Тегі, аты, әкесінің аты болған жағдайда) (инициалдары)	Сәйкестендіру нөмірі	Жолдаған мед. ұйым	Дабылды -сыни мәні /	Дабылды -сыни мәндерді анықтау уақыты	Дабылды -сыни мәндерді тапсыру уақыты	Ақпаратты берген қызметкердің қолы	Хабарламаны қабылдаған қызметкердің Тегі, аты, әкесінің аты болған жағдайда, аты (инициалдары, телефон нөмірі) /

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2020 жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 253/е нысанды медициналық
құжаттама

Микробиологиялық зеттеулердің жұмыс журналы

20__ жылғы "___" _____ басталды 20__ жылғы "___" _____ аяқталды

"Тіркеу нөмірі" атты 3-бағанда тіркеу журналындағы талдаулар нөмірі көшіріп жазылады. Талдау бар кезеңде бір нөмірмен жүргізіледі.

"Ортаның атауы және өсу сипаттамасы" атты 8-бағанда зерттелуші материал себілген тығыз қоректік ортаның атын және күдікті колониялардың бар- жоғын көрсетеді. Әр орта үшін жеке горизонталды жол пайдаланылады.

"Ұқастыру тесттері" атты 11-18-бағандар микроорганизмдердің биологиялық қасиеттерін (ферменттік белсенділік, антигендік құрылымы, уыттылығы және басқа қасиеттерін) сипаттау үшін қолданылады.

Углеводтардың ажырауын келесі белгілермен белгілеу ұсынылады: ҚГ – қышқыл мен газ пайда болуы; Қ – газсыз, қышқыл ғана пайда болуы; - - ажыраудың болмауы.

Басқа заттарға қатысты ферменттік белсенділігі, сонымен қатар индол мен күкіртсутегі пайда болуын (+) реакция оң; (-) реакция теріс белгілерімен белгілеген жөн.

"Зерттеу нәтижесі" атты 20 бағанда ажыратып алынған микроорганизмдер мен жаппай тарауын көрсетіңіз.

Материалды жинау әдістері мен зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТҚ атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі.:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Күні	Р/с №	Тіркеу №	Тексерілушінің туған күні Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)		ЖСН	Тексерілушінің жұмыс орны, мекенжайы	Стационар, бөлімше, контингент	Ортаның атауы және өсу сиппатамасы				
1	2	3	4	5	6	7	8					
Зерттеулетін колониялар саны	Микро скопия	Сәйкестендіру тесттері					Серотиптеу	Зерттеу нәтижесі				
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

№ 253/е н. Артқы беті

Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрінің
 20__ жылғы "___" _____
 № _____ бұйрығымен бекітілген

Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы

20 ____ жылғы " ____ " _____ басталды 20 ____ жылғы " ____ " _____

____ аяқталды

1. Сапаны бақылау бөлімшесінде немесе өнімнің сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

Сынамаларды алу күні, уақыты	Тіркеу нөмірі	Сынаманы алған ұйым, және әдісі	Сынамалар нөмірі	Экспо Жібер Колон Қорек зияция ілген иялар			
				ортал сы, ауаны дың арның жылд ң жалп атауы амдығ көлем ы ы і саны	5	6	7
1	2	3	4	5	6	7	8
Мыналар зерттеледі:			Зерттеу нәтижелері				
Стафилококктар			1 м 3 микрооргани змдер саны				
			Бас қа Алты н		Зерттеу аяқталған күні. Зерттеу жүргізген адамның қолы, Тегі, аты , әкесінің аты (болған жағдайда)		
			Жалп түстес стафи локок к				
9	10	11	12	13	14	15	16

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " ____ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 256/е нысанды медициналық
құжаттама

Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы

20 ____ жылғы " ____ " _____ басталды 20 ____ жылғы " ____ " _____

____ аяқталды

1. 6 бағанды толтырған кезде құрғақ қоректік орталар, пептон туралы деректер көрсетіледі.

2. 7-11 бағандарда себілген микроб клеткаларының мөлшері туралы деректер келтірілуі мүмкін.

3. Толық есеп үшін, тексеру жүргізілуіне қарамастан, күнделікті даярланған қоректік орталар туралы деректер журналға жазылады.

Р/с №	Орған ы ң даярлау күні	Тексеру күні	Даярла нған ортаны ң	Орта даярла нған препараттың серияс	Орталарды тексеруге колданылған тесттер	Жарам дылығы туралы	Күні және дәрігер

нған күні	Орталық атауы	көлемі литрмен	ы мен даярланған күні	ұйғарым	дің қолы							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 257/е нысанды медициналық
құжаттама

Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы

20__ жылғы "___" _____ басталды

20__ жылғы "___" _____ аяқталды

Стерилизаторлар жұмысын тексерудің нормативтік техникалық құжаттамасын (НТҚ) көрсетіңіз.

- _____
- _____

Күні	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторының таңбасы, №	Стерильденуші бұйым (Материал алынған бөлімше)	Атауы	Мөлшері	Стерилизация уақыты минутпен	Басталуы	Стерилизатордың темп. режимге шығу уақыты	Режим			Бақылау тесті (аэроб, анаэроб, егу инкубацияларының мерзімін көрсету)			Зерттеуді жүргізген адамның ТАӘ (болған жағдайда), идентификаторы
								Аяқтауы	Қысымы	Температура	Биологиялық	Термиялық	Химиялық	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 258/е нысанды медициналық
құжаттама

Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы

басталды аяқталды

Үлгілерді іріктеу мен оларды зертханалық зерттеу келесі нормативтік техникалық құжаттарға (НТҚ) сәйкес жүргізіледі:

- _____
- _____
- _____

4.																													
5.																													
Күні	P/c №	Тірк еу № неме се преп арат сери ясы	Зерт тін мате риал	Ұйы м, мате риал алу орны	Мат ериа лды өнде у және себу күні	Зерттеу	Ауа бар жағдай	Ауа жоқ жағдайда	Саң ырау кұла ктар мен зеңд ер	Зерт теу нәти желе рі	Зерт теуді жүрг ізген адам ның иден тифи като ры	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 259/е нысанды медициналық
құжаттама

Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы

20__ жылғы "___" _____ басталды

20__ жылғы "___" _____ аяқталды

зерттеудің атын жазыңыз

Үлгілерді іріктеп алу әдістері, материал жинау және зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Күні	Тіркеу нөмірі	Тегі, аты, әкесінің аты, (болған жағдайда) медициналық карта №	ЖСН	Ұйым, бөлімше, палата	Зерттеулер нәтижелері	Результаты
					МРП үшін кардиолип индік антиген	РСК үшін кардиолип индік антиген Трепонемдік антиген Сандық титр

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Кестенің жалғасы								
Зерттеулер нәтижелері Результаты исследований								Зерттеу аяқталған күн
1: 50	1: 100	1: 200	1: 400	1: 800	1: 1600	1: 3200	Зерттеу жүргізген адамның қолы	
10	11	12	13	14	15	16	17	

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 261/е нысанды медициналық
құжаттама

Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы

20 жылғы _____ үшін

Зертханашы дәрігер (медзертханашы) _____

Р/с №	Тал дау аты	Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Кестенің жалғасы

Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны																		Барлығы ай бойы
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							

Күнделікті жұмысты есепке алу парағын зертханашы дәрігер (медзертханашы) толтырады және орындалған зерттеулер саны туралы деректі зертханада орындалған талдаулар санын есепке алу журналына жазу үшін зертхана меңгерушісіне өткізеді (№ 262/е нысан)

Зертханашы дәрігер (медзертханашы) _____

№ 261/е н. артқы беті

Р/с №	Тал дау аты	Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны																		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Кестенің жалғасы

Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны																		Барлығы ай бойы
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31							

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген

Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу жұмыс журналы

20_ жылғы "___" _____ басталды

20_ жылғы "___" _____ аяқталды

1. Зертханада орындалған талдаулар санын есептеу журналын зертхана меңгерушісі жүргізеді.

2. "Талдау аты" бағанының жолдары "Зертханалық талдаулардың негізгі түрлерінің номенклатурасының" бөлімдеріне сәйкес: I – жалпы клиникалық талдаулар, II-гематологиялық, III-цитологиялық, IV-биохимиялық, V-микробиологиялық, VI-иммунологиялық талаулар болып толтырылады.

3. "Емдеу бөлімшелері" бағанында (3-22 бағаншалар) зертхана қызмет көрсететін стационарлардың (емдеу бөлімшелері) амбулаториялық-емханалық ұйымдардың атаулары жазылады.

Үйде көмек көрсету кезіндегі атқарылған талдаулар саны ерекше белгіленеді.

P/c №	Талдау аты	Емдеу	жылы _____ айы								
			4	5	6	7	8	9	10	11	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
№ 262/е н. артқы беті											
Бөлімшелер										Барлығы	
										ай	
										бойыж	
										ыл	
										бойы	
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2020 жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 263/е нысанды медициналық
құжаттама

Кіріс бақылау актісі

(зерттеу жүргізген зертхананың атауы)

№ _____

Материалдың зертханаға түскен күні _____

1. Өнім үлгісінің атауы _____

2. Өндіруші (өндіруші мемлекет, өндіруші зауыт)

3. Серия нөмірі _____

4. Көзбен шолу жағдайы _____

5. Зерттеу нәтижелері

№	Сынақты жасау күні	Зерттеудің атауы	Нәтижесі
1			
2			
3			

Кіріс бақылау актісін тапсырды _____ (күні) (тегі мен қолы) Қабылдады _____ (күні) (тегі мен қолы)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 283/е нысанды медициналық
құжаттама

Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу Актісі

Күні 20__ жылғы "___" _____

Біз, төменде қол қойғандар Т.А.Ә. (болған жағдайда) (болған жағдайда), лауазымы
(_____

(зертхананың атауы)) берілгені туралы актіледік _____

№	Үлгінің атауы	Өлшем бірлігі	Саны
1	2	3	4

Қолы Т.А.Ә.

(болған жағдайда) (болған жағдайда)

Қолы Т.А.Ә.

(болған жағдайда) (болған жағдайда)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ ТБ 04/е нысанды
медициналық
құжаттама

Туберкулездің зертханалық тіркеу журналы (МСАК зертханалары үшін)

Тегі, аты

,
әкесінің

Талдау жүргізу мақсаты

Цель проведения анализов

Р/с №	Күні Дата	аты болған жағдайд а)	(ЖСН	Жыныс ы	Туған күні мен жылы	Емдеу ұйымны ң атауы	Мекенж айы	Диагнос тика	Химиял ы қ терапия н ы бақылау	Санат
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Кестенің жалғасы

Анализ нәтижелері (отр/1-9 КУБ/+ /++/+++)			GX				Зертхана қызметкер інің қолы	Ескертпел ер
1	2	3	MTB	RIF	Теріс	Қате (код)	19	20
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ № ТБ-17/е нысанды
медициналық құжаттама

Зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы (туберкулезге қарсы зертханалар үшін)

№	Науқаст ың ТАӨ (болған жағдайд а)	ЖСН	Туған күні	Жынысы		Мекенж айы	Науқастың түрі		
				Бөлімше	Е		Ә	Жаңа тіркелге н	Бұрын емделге н

Кестенің жалғасы

Зерттеудің мақсаты		Емдеу айы	Мате риал	Материал алынған күн	Материал түскен күн		
Диাগ ности ка	химиотерап ия				Л-Й нәтижесінің Себін күні	Л - Й нәтижесі	
Микроскопия нәтижесі	І бөлігі	ІІ бөлігі	БАКТЕК себінді	Нәти жесі	Қанд ы күні агар	Л-Й1 Л-Й2	Л-Й1 Л-Й2
			Себін д і күні	Себінді нәтижесі			
			*				
			**				

Кестенің жалғасы

Идентифи кация нәтижесі		Дәрілік сезімталдылыққа тест 1 қатар	БАКТЕ Л-Й	Н	Р	С	Е	Z
	қойылған	Нәтижесі						
	*							
	**							

Кестенің жалғасы

Препараттарға сезімталдығының тесті

Молекулярлы-генетикалық зерттеу
MTB DR plusдругой__
—

2-катар

Қойылған күні Нәтижесі Бакте / Km Cm Am Lfx Mfx 0,25 Mfx 1,0 Pto/ Eto Басқа Басқа Басқа культура Н

*

**

Кестенің жалғасы

Молекулярлы-генетикалық зерттеу

Зертхананың Ескертілген идентификаторы

MTB DR plus MTB DRsl

MTB DR plus
другой__ MTB DRsl
другой__

Xpert

R Теріс/Отр FQ Km, Am, Cm Km, Cm, Vio Km, Am, Cm, Vio Km Теріс Басқа/күні Қою күні МБТ +/- RIF Теріс Қате код

Біріншілікті нәтиже*
қайталау**

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ ТБ 18/е нысанды
медициналық құжаттама

ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы сол жағы

Р/с № Культура № Себінді жасалған күні ТАӨ (болған жағдайда) (Туған күні мен жылы) (Ұйым бөлімшесі) (Материал) Зерттеу мақсаты ТҚП Қорытынды DST қойылған күні н күн оқылған күн
Бакылау Диагностика

ОҢ ЖАҒЫ

Бакылау ТМ 1 қатардағы ТҚП

Биде Оң Теріс нтификациясы Н R S Z E ТҚП қойылған күні DST Қорытынды оқылған күн

2 қатардағы ТҚП

Жауапты зертхана қызметкерінің аты ерт

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 6-қосымша

Қан қызметі ұйымдарының медициналық есеп құжаттамасы

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 402/е нысанды медициналық
құжаттама

Донорлық функцияны жүзеге асыру туралы жұмыс орны бойынша ұсыну үшін
донорға анықтама нысаны

1. Анықтама нөмірі
2. Донордың аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
3. Донорлық функцияны жүзеге асыру күні
 - 3.1. донация кезінде өтеусіз немесе ақылы негізде орындалуы көрсетіледі
 - 3.2. тексеруден өту кезінде қан қызметі ұйымында болу уақыты көрсетіледі
5. Анықтаманы берген адамның сәйкестендіргіші
6. Анықтаманы берген ұйымның мөрі

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 405/е нысанды медициналық
құжаттама

Биохимиялық және иммуногематологиялық зерттеулер тізімдемесінің нысаны

1. Донация күні
2. донацияның сәйкестендіру нөмірі
3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
4. ** Биохимиялық зерттеу нәтижелері (АЛТ)
5. ** Иммуногематологиялық зерттеу нәтижелері (ABO бойынша қан тобы, резус тиістілігі, Резус жүйесінің антигендері бойынша фенотип (бар болса), Келл антигені, тұрақты емес антиэритроциттік антиденелер)
6. Тізімдемені толтырған тұлғаның сәйкестендіргіші
7. Зерттеу күні
8. Зерттеуді орындаған дәрігердің сәйкестендіргіші

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____

Трансфузиялық инфекцияларға сарысулар үлгілерін бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосының нысаны

1. Қан үлгісінің сәйкестендіру нөмірі
2. Донацияның сәйкестендіру нөмірі
3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда)
4. Туған күні, айы, жылы
5. Үлгі жеткізілген бөлімше
6. Донация күні
7. Түпкілікті нәтижені алу күні
8. ИХЛА / ИФТ зерттеу нәтижелерін түсіндіру (АИТВ-1,2, HBV HCV, мерез)
9. Әрекет алгоритмі
10. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші
11. Тізімдемені алу күні мен уақыты
12. Бөлім меңгерушісінің сәйкестендіргіші
1. Қан үлгісінің сәйкестендіру нөмірі
2. Донацияның сәйкестендіру нөмірі
3. Тегі, аты, әкесінің аты донор болған)
4. Үлгі жеткізілген бөлімше
5. Контингент коды
- 6.** Пулдың ПТР зерттеу нәтижелері (күні, нәтижесі (АИТВ РНК, ВВГ РНК, ВВГ РНК)
- 7.** Үлгі ПТР зерттеу нәтижелері (күні, нәтижесі (АИТВ РНК, ВВГ РНК, ВВГ РНК), ИБУ циклі (ішкі бақылау үлгісі)

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 406/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасының нысаны

1. Паспорттық бөлім:
 - 1.1. донордың паспорттық деректері (ЖСН, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса); туған күні; жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі, берілген күні, кім берді)
 - 1.2. мамандық
 - 1.3. байланыс деректері (тіркелген және тұратын мекен-жайы; телефоны (жұмыс, үй), ұялы және қосымша (бар болса)
 - 1.4. деректерді енгізген қызметкердің сәйкестендіргіші
2. Ерекше белгілер:

2.1. фенотиптеу/генотиптеу нәтижелері (ABO, Rh-Hr, HLA), антиэритроциттік антиденелердің титрі, сондай-ақ нәтижені анықтау күні және зерттеуді орындаған қызметкердің сәйкестендіргіші.)**

2.2. донорларға қабылдау күні/есептен шығару күні

2.3. жазбаны орындаған қызметкердің сәйкестендіргіші

3. * Орындалған донациялар туралы есеп:

3.1. донация күні

3.2. донордың санаты (бастапқы, қайталама)

3.3. донация орны (стационарлық, көшпелі)

3.4 донация мотивациясы (ақылы / өтеусіз / өтеусіз мақсатты)

3.5. барлық қан донациясы (доза/мл), плазма (доза/мл.), лейкоциттер (доза/ жасушалар саны), тромбоциттер (доза/ жасушалар саны), сүйек кемігі (мл.) орындалды

4. Донорларға қабылдау кезіндегі бастапқы деректер:

4.1. өмірдің қысқаша анамнезі, тұқым қуалаушылық, бастан өткерген аурулар (соның ішінде қан мен оның компоненттерінің трансфузия алдындағы операциялар мен олардың ескіруі), егу/ вакцинациялау және олардың ескіруі

4.2. деректерді енгізген қызметкердің сәйкестендіргіші

5. * Донорды жеткізу алдында ағымдағы объективті тексеру нәтижелері, донор сауалнамасын бағалау және донацияға жіберу туралы қорытынды:

5.1. зерттеу күні

5.2. ** сауалнама мен тексерудің объективті деректері (шағымдардың болуы, склер, тері жабындары, ауыздың шырышты қуысы, артериялық қысымның көрсеткіштері (мм, ауыз. пульс жиілігі (минутына соққы), пульс сипаты, тірек-қимыл аппаратының, іш қуысы мүшелерінің, перифериялық лимфа түйіндерінің қысқаша жағдайы, жүрек және өкпе аускультациясының нәтижелері)

5.3. донор сауалнамасын бағалау нәтижесі

5.4. донацияға жіберу туралы шешім

5.5. қан мен оның компоненттерін донациялауға жіберу:

5.5.1. ** донация түрі (қан тапсыру/ плазма (цита) фerez/ миелоэксфузия)

5.5.2. қанның және (немесе) оның компоненттерінің эксфузиясының жоспарланған саны

5.6. донацияға рұқсатты орындаған дәрігердің сәйкестендіргіші

6. * Қан мен оның компоненттерін донациялау туралы есеп:

6.1. іс жүзінде дайындалған қан, плазма, қан жасушалары, сүйек кемігі**

6.2. донордың донациядан кейінгі жай - күйі туралы белгі

6.3. қан мен оның компоненттерін алуды орындаған маманның сәйкестендіргіші

7. * Донордың қанын донациялау алдында зертханалық зерттеу нәтижелері мұрағаты*

7.1. ** жалпы талдау

7.2. ** биохимиялық зерттеулер

7.4. ** иммуногематологиялық зерттеулер

7.5. зертханалық зерттеуді орындаған маманның сәйкестендіргіші

8. * Донациядан кейін қан үлгілерін зертханалық зерттеу нәтижелері мұрағаты:

8.1. ** инфекция маркерлерінің скринингі (серологиялық зерттеу, ПТР зерттеу)

8.2. ** иммуногематологиялық зерттеу

8.3. зертханалық зерттеуді орындаған маманның сәйкестендіргіші

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 410/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан мен оның компоненттерінің донорлығына қатысу үшін өтініш берген адамдарды есепке алу нысаны

1. Есепті кезеңдегі барлық өтініштер.

2. Донацияға дейінгі кезеңде бөлінген:

2.1. бірыңғай донорлық ақпараттық орталықтың деректері бойынша (қан мен оның компоненттерінің донорлығына абсолюттік қарсы көрсетілімдердің болуы, донация арасындағы ең аз аралықты сақтау);

2.2. медициналық куәландыру кезінде (соматикалық аурудың болуы; трансмиссивті ауруларды жұқтырудың ықтимал қаупі туралы қосымша мәліметтер белгілеу; бастапқы зертханалық тексеру нәтижелерінің сәйкес келмеуі);

2.3. өздігінен бас тарту;

2.4. басқа себептер.

3. Донорлардың санатына (бастапқы, қайталанған), уәждемеге (өтеусіз, оның ішінде мақсатты және ақылы), түріне (қан, плазма, қан жасушалары) байланысты барлық донациялар орындалды.

4. Жалпы есепті басып шығару күні, уақыты

5. Жалпы есепті шығарған маманның идентификаторы.

Ескерту:

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 410-4/е нысанды
медициналық құжаттама

HLA-зерттеулер нәтижелерін қабылдау, тіркеу және беру журналының нысаны

1. Қан үлгісін қабылдау күні;

2. Үлгі келіп түскен медициналық ұйымның атауы;

3. Қан үлгісін зерттеудің мақсаты;

4. Қан үлгісі алынған адамның тегі, аты, әкесінің аты (бар болса);

5. Туған күні, айы, жылы;
6. Диагнозы (қысқаша);
7. ** Зертханалық зерттеудің атауы;
8. Зертханалық ақаудың себебі;
9. Зертханалық зерттеу нәтижелері;
10. Зерттеуді орындаған жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші;
11. Талдау нәтижесін беру күні;
12. Талдау нәтижелерін берген жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 411/е нысанды медициналық
құжаттама

Жаңа алынған қанды және донорлық қан компоненттерін аферез әдісімен дайындауды есепке алу журналының нысаны

1. Дайындау күні;
2. Сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);
3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
4. АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі;
5. Консерванттың атауы мен көлемі (мл);

6.** Жаңа алынған қан / қан компоненттерінің дозаларын дайындауды есепке алу мл. және дозаларда, әрбір өнім атауы бойынша (құрамында эритроциттер бар, плазмалық, қанның басқа жасушалары) дайындалатын өнім номенклатурасына сәйкес, консервантсыз (мл.), консервантпен (мл.), зертханалық зерттеуге (мл.);

7. Бактериологиялық зерттеуге қан/компоненттен сынама алу туралы белгі (мл.), (болған жағдайда);

8. Өндірістік ақаудың болуы туралы белгі (гемоконтейнердің ақауы, қол жеткізілмеген қан/компонент көлемі, сәтсіз венепункция, басқалар), (бар болған жағдайда);

9. Дайындалған доза берілетін бөлімшенің атауы;

10. Эксфузияға (бар болған жағдайда) байланысты донорда қолайсыз реакция симптомдарын тіркеу, донорға көрсетілген медициналық көмектің көлемі, (қысқаша);

11. Эксфузияны орындаған маманның сәйкестендіргіші;

12. Дайындаманы орындаған бригада құрамы.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 411-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Уақытша сақтау кезеңінде қан компоненттерінің қозғалысын есепке алу журналының нысаны

1. Дайындау күні
2. Қанның / компоненттің сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);
3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
4. АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі;

5.** Дайындаудан алынған қан компоненттерінің санын есепке алу мл. және дозаларда, шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы бойынша жеке (құрамында эритроциттер бар, плазмалық, басқа қан жасушалары) жүзеге асырылады;

6. Шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы (құрамында эритроциттер бар, плазмалық, басқа да қан жасушалары) бойынша доза жеке берілетін бөлімшенің атауы;

7. Берілген күні;
8. Беруді орындаған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№__ бұйрығымен бекітілген
№ 413/е нысанды медициналық
құжаттама

Донорлық қан компоненттерін өндіруді есепке алу журналының нысаны

1. Компонентті өндіру күні;
2. Компоненттің сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);
3. АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі;

4.** Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қаннан алынған қан компоненттерін өндіруді есепке алу құрамында эритроциттер бар, плазмалық компоненттер және қанның басқа да жасушалары бойынша жеке шығарылатын өнім номенклатурасына сәйкес мл. және дозаларда жүзеге асырылады.

5. Өндірістік ақауларды есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес компоненттердің жекелеген түрлері бойынша жүзеге асырылады, бұл ретте мл. көлемі/ мөлшері және дозалары мен ақау себебі көрсетіледі.

6. Өнім берілетін бөлімшенің атауы;
7. Өндірісті жүзеге асырған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 417/е нысанды медициналық
құжаттама

Трансфузиялық ортаға өтінімдерді есепке алу журналының нысаны

1. Күні;
2. Өтінімнің келіп түскен уақыты;

3. Өтінімнің түрі (шұғыл, жоспарлы) және орындалу уақыты (қажет болған жағдайда);

4. Өтінімнің мақсаты (мекенжай, резервтерді толықтыру);

5. Өтініш беруші МҰ атауы;

6. Өтініш беруші дәрігердің тегі, аты-жөні;

7. Пациент туралы деректер (пациенттің тегі, аты-жөні, жасы, диагнозы (қысқаша), (атаулы өтінім кезінде толтырылады);

8. ** Өтініш (өнім атауы, АВО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі, саны (доза/мл.);

9. ** Жіберілді (өнім атауы, АВО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі, саны (доза/мл.);

10. Мәлімделген өнімді жөнелту уақыты;

11. Өтінімді қабылдауды және өнімді беруді орындаған маманның сәйкестендіргіші

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 418/е нысанды медициналық
құжаттама

Өндіріс кезеңінде жарамсыздығы бойынша қанды және оның компоненттерін есептен шығаруды есепке алу журналының нысаны

1. Күні;

2. Компоненттің сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);

3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

4. Дайындау күні;

5. Зертханалық тестілеу күні;

6. ** Шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес компоненттің атауы (эритроциттер, плазма, басқа қан жасушалары);

7. Есептен шығару себебі;

8. Есептен шығару актісінің нөмірі;

9. Есептен шығару күні;

10. Есептен шығаруды орындаған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 419/е нысанды медициналық
құжаттама

Плазманың карантиндеуін есепке алу журналының нысаны

1. Тоңазытқыш/сөре нөмірі;

2. Карантинге қойылған күні;

3. Донордың сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);

4. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
5. ABO жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі;
6. ** Плазманы есепке алу контейнерлердің атауы, көлемі (л) және саны бойынша жүзеге асырылады;
7. Карантиндеудің аяқталу күні;
8. Қайта тексеру күні;
9. Донорды қайта тексеру нәтижелері және оларды орындау күні (АИТВ, HCV, HBsAg, мерез, ПТР);
10. Берілді (күні, саны (доза /л));
11. Өнім берілген бөлімшенің атауы;
12. Беруді орындаған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 420/е нысанды медициналық
құжаттама

Карантиндеудегі плазма қозғалысы ведомосының нысаны

1. Күні /кезеңі;
2. ** Өнімнің атауы (есепке алу ABO жүйесі бойынша топтық тиістілігіне сәйкес жүзеге асырылады, шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес жеке әрбір атауы бойынша);
3. ** Өткен кезеңге (доза/л) қалдық (күні, айы, жылы);
4. ** Ағымдағы кезеңде кіріс (доза/л);
5. ** Ағымдағы кезеңде сақтауда барлығы (доза/л);
6. ** Ағымдағы кезеңдегі шығыс (доза/л);
7. ** Ағымдағы кезеңдегі қалдық (доза/л);
8. Есепті орындаған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 421/е нысанды медициналық
құжаттама

Трансфузиялық ортаға ақылы және тегін негізде өтінім нысаны

1. Трансфузиялық ортаның атауы;
2. ABO жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі;
3. Саны;
4. Орындау мерзімі;
5. Тапсырыс берген және тапсырыс қабылдаған жауапты тұлғалардың сәйкестендіргіштері.

Қазақстан Республикасы

Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 422/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан компоненттерін, препараттарын және стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналының нысаны

1. Өнімнің берілген күні;
2. ** Өнімнің атауы (есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы бойынша жеке жүзеге асырылады, АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі (Резус жүйесінің антигендері бойынша фенотип деректер болған жағдайда көрсетіледі);
3. Дайындау күні (өндірісі);
4. Жарамдылық мерзімі;
5. Берілген өнімнің саны (дозада/мл. қан компоненттері үшін);
6. Қан компоненттерін, препараттарын және стандартты диагностикумдарды өткізуге арналған жүкқұжаттың нөмірі;
7. Өнім берілетін медициналық ұйымның атауы;
8. Өнімді жіберген сәйкестендіргіш.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 423/е нысанды медициналық
құжаттама

Өнім беруді бөлу бойынша қанның, оның компоненттерінің, препараттардың және қан алмастырғыштардың қозғалысын есепке алу ведомосының нысаны

- 1.** Өнімнің атауы (қан компоненттерін есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы бойынша жеке жүзеге асырылады, АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі (Резус жүйесінің антигендері бойынша фенотип деректер болған кезде көрсетіледі).
2. Өлшем бірлігі;
3. Кезең басындағы қалдық;
4. Кіріс- барлығы алынды, оның ішінде қай көзден алынды;
5. Шығыс- барлығы берілді, оның ішінде қайда (медициналық ұйымның/бөлімнің/басқаның атауы) өнім қайда беріледі;
6. Барлығы есептен шығарылды, оның ішінде себеп бойынша (себепін көрсету);
7. Кезең соңындағы қалдық;
8. Өнімді жіберген сәйкестендіргіш.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген

Қан компоненттерін есептен шығару актісінің нысаны

1. Актінің нөмірі;
2. Жасау күні;
3. Есептен шығару жөніндегі комиссияның құрамы;
4. Донация коды;
5. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
6. Қан тобы, резус тиістілігі;
7. Қан компонентінің атауы;
8. Саны (мл.);
9. Дайындау күні;
10. Есептен шығару себебі;
11. Мөлшер мен көлемде компоненттердің атаулары бойынша барлығы (мл.)
12. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 425/е нысанды медициналық
құжаттама

Зертханалық зерттеулер үшін келіп түскен қан үлгілерін тіркеу журналының
нысаны

1. Үлгілердің келіп түскен күні;
2. Үлгілерді зертханаға жеткізу уақыты;
3. Сәйкестендіру нөмірлері __ __ дейін;
4. Кодтар бойынша үлгілер саны;
5. Контингент коды;
6. Үлгілер жеткізілген бөлімше;
7. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 425-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Донацияға дейін бастапқы зертханалық зерттеулер нәтижелері ведомосының
нысаны

1. Зерттеу күні;
2. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
3. Сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);

4.** Иммуногематологиялық зерттеудің нәтижесі (ABO жүйесі бойынша қан тобы, резус-тиістілігі, келл-антиген);

5.** Жалпы клиникалық тексеру нәтижесі (гемоглобин г/л, эритроциттер $1 \times 10^{12}/л$, гематокрит %, 1×10^9 л лейкоциттер, 1×10^9 л тромбоциттер), лейкоформула, СОЭ мл/сағ.);

6.** Биохимиялық зерттеу нәтижесі (АЛТ, қан ұю уақыты (мин));

7. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 425-3/е нысанды
медициналық құжаттама

Қанды консультациялық иммуногематологиялық зерттеулерді қабылдауды, тіркеуді және нәтижелерін беруді есепке алу журналының нысаны

1. Үлгіні жіберген ӘБ/бөлімшенің атауы;

2. Үлгінің келіп түскен күні мен уақыты;

3. Қан үлгісі алынған адамның тегі, аты, әкесінің аты (ол болған жағдайда);

4. Жасы;

5. Диагнозы (қысқаша);

6. Алғашқы зерттеуді жүргізу күні (егер жүргізілген болса);

7. Алғашқы иммуногематологиялық зерттеудің нәтижелері (АГО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі);

8. Алғашқы зерттеу жүргізген адамның сәйкестендіргіші және оның байланыс деректері (телефон, электрондық пошта мекенжайы, басқалар);

9. Зертханалық ақаудың себебі;

10.** Зертханалық зерттеудің атауы (АГО жүйесінде қан тобы топтарына реакция, резус, фенотип, автоматты және (немесе) алло-реттелмеген анти-эритроциттер, антиденелерді скрининг және (немесе) сәйкестендіру, анти-эритроциттерге қарсы антиденелердің сыныбы, глобулинге қарсы тест);

11. Зертханалық зерттеу нәтижелері;

12.Зерттеуді орындаған жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші;

13. Талдау нәтижесін беру күні;

14. Талдау нәтижелерін берген жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 425-4/е нысанды
медициналық құжаттама

Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындауды есепке алу журналының нысаны

1. Сериясы;
2. Дайындалған күні;
3. Қан компонентінің сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);
4. Қайдан алынды;
5. ** АВ0 жүйесі бойынша қан тобы;
6. ** Фенотип;
7. ** Агглютинабельділік;
8. ** Титр антиген А, В;
9. Қан компонентінің көлемі мл. (жалпы, пайдаланылған, қалдық);
10. Консервант (сериясы, көлемі мл.);
11. Стандартты эритроциттер (көлемі, жарамдылық мерзімі);
12. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ __ бұйрығымен бекітілген
№ 425-6/е нысанды
медициналық құжаттама

Донорлық қанның жеке іріктеулерін тіркеу журналының нысаны

1. Жолдау күні;
2. Ұйымның атауы;
3. Туған күні;
4. Жіберуші ұйымнан реципиенттің қан үлгісін иммуногематологиялық зерттеу нәтижесі;
- 5.** Мамандандырылған зертханада реципиенттің қан үлгісін иммуногематологиялық зерттеу нәтижесі (АВ0 бойынша қан тобы, фенотип, басқа антигендер, толық тұрақты емес антиэритроциттік антиденелер/ерекшелігі, толық емес және тұрақты емес антиэритроциттік антиденелер, ерекшелігі, С3 компонентінің компоненті, оның ішінде зерттеу әдісі, нәтижесі);
6. Донорлық компонент туралы ақпарат (донация коды, АВ0 жүйесі бойынша қан тобы, резус жүйесінің фенотипі);
- 7.** Реципиент пен донор қанының жеке үйлесімділігін зерттеу (толық антиэритроцитарлық антиденелер бойынша, толық емес антиэритроцитарлық антиденелер бойынша, оның ішінде зерттеу әдісі, нәтиже);
8. Қорытынды;
9. Трансфузиялық ортаның атауы;
10. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____

№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 425-8/е нысанды
медициналық құжаттама

Донацияға дейінгі биохимиялық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны

1. Зерттеу күні;
2. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
3. Сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды);
4. ** Жалпы ақуыз, ақуыз фракциялары г/л АЛТ * бірлік /л.
5. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 433-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Трансфузиялық инфекцияларға сарысулардың бастапқы-позитивті үлгілерін қайта зерттеуді есепке алу журналының нысаны

1. Қан үлгісінің сәйкестендіру нөмірі;
2. Донацияның сәйкестендіру нөмірі;
3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
4. Үлгілер жеткізілген бөлімше;
5. ** Бірінші реакция (қою күні, реагенттің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);
6. ** Екінші реакция (қою күні, реагенттің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);
7. ** Үшінші реакция (қою күні, реагенттің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);
8. Соңғы нәтиже;
9. Бірінші, екінші және үшінші реакцияны орындаған, сондай-ақ түпкілікті нәтижені қабылдаған жауапты тұлғалардың сәйкестендіргіштері.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 433-3/е нысанды
медициналық құжаттама

Гемотрансмиссиялық инфекцияларға ПТР оң нәтижелері бар донорларды есепке алу журналының нысаны

1. Қан үлгісінің сәйкестендіру нөмірі;
2. Донацияның сәйкестендіру нөмірі;
3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
4. Үлгі қайдан жеткізілген бөлімше;
5. Контингент коды;

6.** Пулдың ПТР зерттеу нәтижелері (күні, нәтижесі (АИТВ РНК, ВВГ РНК, ВВГ РНК);

7.** Үлгі ПТР зерттеу нәтижелері (күні, нәтижесі (АИТВ РНК, ВВГ РНК, ВВГ РНК);

8. Зерттеуді орындаған жауапты тұлғалардың сәйкестендіргіштері.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 433-6/е нысанды
медициналық құжаттама

Донор қанын зертханалық тестілеу нәтижелері туралы есеп нысаны

1. Донация коды:

2. ЖСН:

3. Тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

4. Туған күні, айы, жылы;

5. Бастапқы сынаманың түрі/сапасы;

6. Сынама алу күні/уақыты;

7. Сынамалардың зертханаға келіп түскен күні / уақыты;

8. ** Зертханалық зерттеулердің нәтижелері әрбір зертханалық көрсеткіш үшін белгіленген референттік көрсеткіштерді, нәтижені алу күні мен уақытын, сондай-ақ зертханалық зерттеуді орындаған қызметкердің сәйкестендіргішін көрсете отырып жүргізіледі.

9. Жалпы есепті басып шығару күні, уақыты;

10. Жалпы есепті шығарған маманның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 433-7/е нысанды
медициналық құжаттама

АИТВ-нің маркерлеріне ИФА (ИХЛА) оң сарысулардың мониторингі журналының нысаны

1. Қан үлгісінің сәйкестендіру нөмірі;

2. Донацияның сәйкестендіру нөмірі;

3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);

4. Туған күні;

5. Үлгі жеткізілген бөлімше;

6. Контингент коды;

7.** I-реакция (қойылған күні, тест-жүйенің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);

8.**2-реакция (қойылған күні, тест-жүйенің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);

9.**3-реакция (қойылған күні, тест-жүйенің атауы, серия нөмірі (ЛОТ), көрсеткіштер, нәтиже);

10. Ауыстырудың соңғы нәтижесі;

11. ЖИТС орталығына сынама жіберілген күні;

12. ЖИТС орталығындағы жолдаманың нөмірі;

13. ЖИТС орталығының нәтижесі (күні, зертханалық нөмірі (ИФТ, АҚ) нәтиже);

14. Зерттеудің соңғы нәтижесі;

15. Зерттеуді орындаған жауапты тұлғалардың сәйкестендіргіштері.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 436/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны

1. Қан компонентінің атауы;

2. Компоненттің сәйкестендіру нөмірі;

3. Дайындау күні;

4. Бақылау жүргізу күні;

5. **Бақылау нәтижелері (көлемі (мл), макробағалау, гемоглобин/г/доза гематокрит, сақтау соңындағы гемолиз %, 1×10^{12} /л эритроциттер, 1×10^9 /л лейкоциттер, 1×10^9 /л тромбоциттер, гранулоциттер, отырғызылатын сұйықтықтағы ақуыз мөлшері г/доза, рН, шайырлығы, қорытынды);

6. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 436-1/е нысанды
медициналық құжаттама

Қызметкердің қолы мен донорлардың шынтақ бүгілген терілерін өңдеу тиімділігінің бактериологиялық зерттеу нәтижелерін есепке алу журналының нысаны

1. Күні;

2. Тіркеу нөмірі;

3. Бөлімшесі;

4. Шайынды алу орны (қол, бүгілген шынтақ);

5. Қолды және шынтақты бүгуді өңдеу үшін пайдаланылған құрал;

6. Өңдеу жүргізген қызметкердің тегі, аты, әкесінің аты

7. ** Зерттеу әдісі;

8. Егу күні, қоректік орта;
9. Зерттеу нәтижесі;
10. Зерттеудің аяқталу күні;
11. Зерттеу жүргізген жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 436-2/е нысанды
медициналық құжаттама

БМП мен криопреципитаттың сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны

1. Қан компонентінің атауы;
2. Компоненттің сәйкестендіру нөмірі;
3. АВО жүйесі бойынша қан тобы;
4. Дайындау күні;
5. Өндіріс күні;
6. Көлемі (мл.);
7. Бақылау жүргізу күні;
8. ** Мұздатуға дейінгі зерттеудің нәтижелері, сақтаудың бірінші айының соңында (көрсеткіштер-фактор VIII, %, фибриноген г/л, фактор VIII %);
9. Қорытынды;
10. Зерттеу жүргізген жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ _____ бұйрығымен бекітілген
№ 447/е нысанды медициналық
құжаттама

Өндіріс кезеңдерінде гемоөнімнің орнын ауыстыруға арналған жүкқұжаттың нысаны

1. Донация коды;
2. Өнім коды;
3. ** Өнімнің атауы (есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы бойынша жеке жүзеге асырылады);
4. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
5. АВО жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі;
6. Резус жүйесі бойынша фенотип (бар болса);
6. Дайындау күні;
7. Саны (доза/мл.);
8. Беру кезінде өнімді макро бағалау;
9. Жіберілген өнімінің сәйкестендіргіші;

10. Қабылдау кезінде өнімді макро бағалау;

11. Өнімді қабылдайтын сәйкестендіргіш.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 448/е нысанды медициналық
құжаттама

Қан компоненттерін, препараттарын және стандартты диагностикумдарды өткізуге арналған жүкқұжаттың нысаны

1. Жүкқұжаттың нөмірі;

2. Берілген күні;

3. Беру уақыты;

4. Алушы ұйымының атауы;

5. Жіберуші ұйымның атауы;

6. ** Өнімнің атауы (есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы бойынша жеке жүзеге асырылады, тромбоциттер үшін қосымша жасушалар саны, АВ0 жүйесі бойынша қан тобы және резус тиістілігі, Резус жүйесі бойынша фенотип (бар болса), дайындау күні, жарамдылық мерзімі көрсетіледі.

7. Берілген өнім саны (доза/мл.);

8. Беру кезінде өнімді макро бағалау;

9. Өнімді жіберген сәйкестендіргіш.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы "___" _____
№ ___ бұйрығымен бекітілген
№ 449/е нысанды медициналық
құжаттама

Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналының нысаны

1. Есептен шығару күні;

2. Қан компонентінің сәйкестендіру нөмірі (маркасы, штрих-коды)

3.** Атауы (қан компоненттерін есепке алу шығарылатын өнімнің номенклатурасына сәйкес әрбір атауы бойынша, АВ0 жүйесі және резус тиістілігі бойынша қан тобы бойынша жеке жүзеге асырылады.

4. Дозадағы көлемі/л.

5. Дайындау күні;

6. Жарамдылық мерзімі;

7. Есептен шығару себебі;

8. Есептен шығару актісінің нөмірі;

9. Есептен шығарылған қан компоненті жіберілетін бөлімшенің/ұйымның атауы;

10. Жауапты тұлғаның сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
20__ жылғы " __ " _____
№ ____ бұйрығымен бекітілген
№ 450/е нысанды медициналық
құжаттама

Гемотрансмиссивті инфекциялар маркерлеріне зерттеу ведомосының нысаны

1. Қан үлгісін зертханаға жеткізу күні, уақыты;
2. түтіктің сәйкестендіру нөмірі;
3. Донордың тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда);
4. Донордың жынысы;
5. Донордың туған күні, айы, жылы;
6. Донацияның сәйкестендіру коды;
7. Контингент коды;
8. Сынама алу күні мен уақыты;
9. Үлгі алынған бөлімшенің атауы;
10. ** Зертханалық зерттеу нәтижелері (ИХЛА HIV 1.2, ИХЛА HBsAg, ИХЛА а-НСV, ИХЛА мерез, ПТР (HIV1 .2, HBV, HCV);
11. Тізімді толтыру күні;
12. Тізімдемені толтырған тұлғаның сәйкестендіргіші;
13. Зерттеу күні;
14. Зерттеуді орындаған дәрігердің сәйкестендіргіші.

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 7-қосымша

Денсаулық сақтау ұйымдарының есеп медициналық құжаттамасының формалардың тізімі және оларды сақтау мерзімдері

1. Стационарда қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы

Р/с №	Форманың атауы	Форманың нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1.	Стационарлық науқастың медициналық картасы	003/е	Электрондық форматта	25 жыл
2.	Патологоанатомиялық зерттеу хаттамасы (картасы)	004/е	Электрондық/ қағаздық форматта	5 жыл
3.	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және диагностикалық стандарттардың	005/е	Электрондық форматта	5 жыл

	қабылдануы мен таратылуын есепке алу есеп нысаны			
4.	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы 006/e	Электрондық форматта	5 жыл	
5.	Науқастар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы 007/e	Электрондық форматта	1 жыл	
6.	Қанның компоненттері мен препараттарын есепке алу нысаны 009/e	Электрондық форматта	5 жыл	
7.	Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алуды есеп нысаны 009-1/e	Электрондық форматта	5 жыл	
8.	Мәйіттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы 015/e	Электрондық форматта	5 жыл	
9.	Биологиялық өлімді констатациялау/ транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу/ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі 017/e	Электрондық форматта	25 жыл	
10.	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы 024/e	Электрондық форматта	25 жыл	
11.	Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа) 034/e	Электрондық форматта	25 жыл	
12.	Стационардан шыққан науқастың статистикалық картасы (тәуліктік/ күндізгі стационар) 066/e	Электрондық форматта	1 жыл	
13.	Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) есеп нысаны 102/e	Электрондық форматта	5 жыл	
	Туберкулезге шалдыққан			

14.	науқастың медициналық картасы Туберкулезге шалдыққан IV категориялық науқастың медициналық картасы	ТБ 01/е	Электрондық форматта	5 жыл
15.	Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеу нысаны	ТБ 01/е – категория IV	Электрондық форматта	5 жыл
16.	Туберкулезбен ауыратын IV санаттағы науқастарды тіркеу журналы	ТБ 03/е	Электрондық форматта	5 жыл
17.	Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы	ТБ 11/е	Электрондық форматта	5 жыл
18.		ТБ 12/е	Электрондық форматта	5 жыл

2. Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы

Р/с №	Форманың атауы	Форманың нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Операциялық әрекеттерді/ манипуляцияларды есепке алу нысаны	020/е	Электрондық форматта	25 жыл
2	Босануды жазу есепке алу нысаны	021/е	Электрондық форматта	25 жыл
3	Медициналық куәландыруды, анықтамалар беру есептік нысаны	022-2/е	Электрондық форматта	5 жыл
4	Диализ картасы	028/е	Электрондық форматта	25 жыл
5	Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы	029-1/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
6	Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы	035/е	Электрондық форматта	3 жыл
7	Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы	035-1/е	Электрондық форматта	3 жыл
8	Анықтама	035-2/е	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл

9	Шетелдіктердің, азаматтығы жоқ адамдардың, мигранттардың, еңбекші-мигранттар дың (соның ішінде ЕАЭҚ-ға мүше елдердің) денсаулығы жөніндегі медициналық қорытынды	035-3/е	Қағаздық форматта	3 жыл
10	Уақытша еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы	036/е	Электрондық форматта	3 жыл
11	СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы	038/е	Электрондық форматта	1 жыл
12	Медициналық-әлеу меттік сараптаманың қорытындысы	088/у	Электрондық форматта	1 жыл
13	Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы	088-1/е	Электрондық форматта	3 жыл
14	Пациент/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі	088-2/е	Электрондық форматта	3 жыл
15	Мәлімдеме	090/е	Электрондық форматта	3 жыл
16	Медициналық қызметтердің есеп нысаны	093-1/е	Электрондық форматта	1 жыл
17	Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан немесе есірткелік жіті уыттанған уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы анықтама / Анықтама студенттің, колледж , кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке	094/е	Қағаздық форматта	3 жыл

18	жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы	095/e	Қағаздық форматта	3 жыл
19	Анықтаманың бақылау талоны. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы № _ анықтама	095-2/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
20	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы/	100/e	Қағаздық форматта	25 жыл
21	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы	101/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
22	Медициналық туу туралы куәлік	103-12/e	Қағаздық форматта	5 жыл
23	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың қорытындысы	104/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
24	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы	105/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
25	Медициналық қызметтерді көрсету ақаулары несепке алу картасы (МҚАЕ)	106/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
26	Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік	106-12/e	Электрондық форматта	15 жыл
27	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік	106-2-12/e	Электрондық/қағаздық форматта	15 жыл
28	Оңалту картасы	107/e	Электрондық форматта	5 жыл

29	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы		Қағаздық форматта	3 жыл
30	Медициналық манипуляцияларды жүргізу кезіндегі апаттық жағдайларды тіркеу журналы	135/е	Қағаздық форматта	5 жыл
31	Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы	2009/е	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
32	Ана өлім-жітімін есепке алу картасы	2009-1/е	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл

3. Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы

Р/с №	Форманың атауы	Форманың нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Амбулаториялық науқастың медициналық картасы	025/е	Электрондық форматта	1 жыл
2	Дәрігердің қабылдауына арналған талон	025-4/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
3	Амбулаториялық науқастың статистикалық картасы	025-5/е	Электрондық форматта	1 жыл
4	Профилактикалық медициналық тексерудің скринингтің) картасы	(025-7/е	Электрондық форматта	5 жыл
5	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу есеп нысаны	031/е	Электрондық форматта	1 жыл
6	Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының жиынтық ведомосы	040/е	Электрондық форматта	1 жыл

7	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы (санацияны қоса)	043/e	Электрондық форматта	5 жыл
8	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы	045/e	Қағаздық форматта	3 жыл
9	Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емдеу картасы	053/e	Қағаздық форматта	5 жыл
10	Әскерге шақырғанға дейінгілердің жеке тізімі	054/e	Қағаздық форматта	5 жыл
11	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы	055/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
12	Әлеуметтік қызметкермен/психологпен толтырылатын пациенттің картасы	055-1/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
13	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны	057/e	Электрондық форматта	1 жыл
14	Профилактикалық екпелердің картасы	063/e	Электрондық/қағаздық форматта	5 жыл
15	Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы	064/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
16	Вакциналар қозғаласының журналы	064-2/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
17	Жолдама №	070/e	Қағаздық форматта	3 жыл
18	Санаторийлік - курорттық карта	072/e	Қағаздық форматта	3 жыл
19	Балалар санаторийіне жолдама	077/e	Қағаздық форматта	3 жыл
20	Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы	079/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
21	Медициналық анықтама (шет елге шығушыға)	082/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша

22	Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама	083/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
23	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы	084/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
24	Медициналық тексеру	086/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
25	Медициналық тексеру қорытындысы (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға)	108-1/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
26	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы	111/e	Электрондық форматта	5 жыл
27	Рецепт	130/e	Электрондық форматта	1 жыл
28	Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы анықтама	138/e	Қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
29	Амбулаториялық келу кезінде есеп нысаны	278/e	Электрондық форматта	1 жыл
30	Туберкулезді күдіктендірген науқастарды тіркеу журналы	ТБ 15/e	Электрондық форматта	5 жыл
31	Диспансерлік контингентті бақылау картасы	ТБ 16/e	Электрондық форматта	5 жыл
32	Қазақстан Республикасы Президентігіне үміткердің тіркелуіне кедергі келтіретін ауруларының жоқтығы туралы Қазақстан Республикасы	707/e	Электрондық/қағаздық форматта	

Президенттігіне
үміткерлердің
анықтамасы

қажеттілік уақыты
ауғанша

4. Басқа түрлердің медициналық ұйымдарының медициналық есеп құжаттамасы

P/c №	Форманың атауы	Форманың нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	А И Т В жұқтырғандарды тіркеу журналы	060-2/е	Электрондық/ қағаздық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
2	Ж е д е л медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы	110/е	Электрондық/ қағаздық форматта	2 жыл
3	Учаскелік дәрігерге жіберіжылін дабыл парағы	110-1/е	Электрондық/ қағаздық форматта	2 жыл
4	Мобильді санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы	110-2/е	Электрондық/ қағаздық форматта	2 жыл
5	Ж е д е л 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)	114/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
6	Медициналық көмек көрсету жедел жәрдем нысанының шақыртулардың қабылдануын тіркеу журналы	117/е	Электрондық/ қағаздық форматта	3 жыл
7	Санитариялық ұшуға тапсырма	118/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
8	№ ____ Оралымды мәлімдеме	118-1/е	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
9	Балалар үйіне балаларды	121/е		

	кабылдауды есепке алу журналы		Электрондық/қағаздық форматта	
10	АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын, АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы	270-3/e	Электрондық/қағаздық форматта	5 жыл
11	Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу журналы	271/e	Электрондық/қағаздық форматта	3 жыл
12	АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен құпия әңгімелесу парағы	275/e	Электрондық/қағаздық форматта	25 жыл
13	Бракераждық журнал	280/e	Қағаздық форматта	3 жыл

5. Медициналық ұйымдарының құрамындағы зертханалардың медициналық есеп құжаттамасы

Р/с №	Форманың атауы	Форманың нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Жолдама	201/e	Электрондық форматта	1 жыл
2	Нәтиже	202/e	Электрондық форматта	1 жыл
3	Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері	240/e	Электрондық форматта	1 жыл
4	Ыдыстар мен қоректік орталарды бақылау журналы	240-4/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
5	Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы	240-5/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
6	Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы	240-6/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл

7	Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы	240-8/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
8	Микробиологиялық зерттеулердің жуындысын тіркеу журналы	240-12/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
9	Зертханалық және диагностикалық зерттеулерді есепке алу журналы	240-10/e	Электрондық форматта	1 жыл
10	Уытты күл дақылын қайта себу журналы	240-14/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
11	Бастапқы сынама қозғалысының журналы	250-1/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
12	Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы	250-2/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
13	Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы	250-3/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
14	Микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы	253/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
15	Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы	253-2/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
16	Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы	256/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
17	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларын ың жұмысын тексеру журналы	257/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
18	Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы	258/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
19	Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы	259/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
20	Зертханашыдәрігер дің күнделікті жұмысын есепке алу парағы	261/e	Электрондық/ қағаздық форматта	1 жыл
21	Зертханада жасалған талдаулар	262/e		1 жыл

	санын есептеу жұмыс журналы		Электрондық/қағаздық форматта	
22	Кіріс бақылау актісі	263/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
23	Үлгілерді зерттеу үшiн қабылдау-өткізу актісі	283/e	Электрондық/қағаздық форматта	1 жыл
24	Туберкулездің зертханалық тіркеу журналы (МСАК зертханалары үшін)	ТБ 04/e	Электрондық форматта	3 жыл
25	Зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы (туберкулезге қарсы зертханалар үшін)	ТБ 17/e	Электрондық форматта	3 жыл
26	ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы	ТБ 18/e	Электрондық форматта	3 жыл

6. Қан қызметі ұйымдарының медициналық есеп құжаттамасы

Р/с №	Форманың атауы	Форманың нөмірі	Құжаттың түрі	Сақтау мерзімі
1	Донорлық функцияны жүзеге асыру туралы жұмыс орны бойынша ұсыну үшін донорға анықтама нысаны	402/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
2	Биохимиялық және иммуногематологиялық зерттеулер тізімдемесінің нысаны	405/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
3	Трансфузиялық инфекцияларға сарысулар үлгілерін бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосының нысаны	405-2/e	Қағаздық форматта	5 жыл
4	Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасының нысаны	406/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
	Қан мен оның компоненттерінің			

5	<p>донорлығына қатысу үшін өтініш берген адамдарды есепке алу нысаны</p> <p>HLA-зерттеулер нәтижелерін қабылдау, тіркеу және беру журналының нысаны</p>	410/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
6	<p>Карантиндеудегі плазма қозғалысы ведомосының нысаны</p>	410-4/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
7	<p>Уақытша сақтау кезеңінде қан компоненттерінің қозғалысын есепке алу журналының нысаны</p>	411./e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
8	<p>Донорлық қан компоненттерін өндіруді есепке алу журналының нысаны</p>	411-1/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
9	<p>Трансфузиялық ортаға өтінімдерді есепке алу журналының нысаны</p>	413/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
10	<p>Өндіріс кезеңінде жарамсыздығы бойынша қанды және оның компоненттерін есептен шығаруды есепке алу журналының нысаны</p>	417/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
11	<p>Плазманың карантиндеуін есепке алу журналының нысаны</p>	418/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
12	<p>Жаңа алынған қанды және донорлық қан компоненттерін аферез әдісімен дайындауды есепке алу журналының нысаны</p>	419/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
13	<p>Жаңа алынған қанды және донорлық қан компоненттерін аферез әдісімен дайындауды есепке алу журналының нысаны</p>	420/e	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша

14	Трансфузиялық ортаға ақылы және тегін негізде өтінім нысаны	421/е	Қағаздық форматта	1 жыл
15	Қан компоненттерін , препараттарын және стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналының нысаны	422/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
16	Өнім беруді бөлу бойынша қанның, оның компоненттерінің, препараттардың және қан алмастырғыштардың қозғалысын есепке алу ведомосының нысаны	423/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
17	Қан компоненттерін есептен шығару актісінің нысаны	424/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
18	Зертханалық зерттеулер үшін келіп түскен қан үлгілерін тіркеу журналының нысаны	425/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
19	Донацияға дейін бастапқы зертханалық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны	425-1/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
20	Қ а н д ы консультациялық иммуногематологиялық зерттеулерді қабылдауды, тіркеуді және нәтижелерін беруді есепке алу журналының нысаны	425-3/е	Қағаздық форматта	5 жыл
21	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындауды есепке	425-4/е		5 жыл

	алу журналының нысаны		Қағаздық форматта	
22	Донорлық қанның жеке іріктеулерін тіркеу журналының нысаны	425-6/е	Қағаздық форматта	5 жыл
23	Донацияға дейінгі биохимиялық зерттеулер нәтижелері ведомосының нысаны	425-8/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
24	Трансфузиялық инфекцияларға сарысулардың бастапқы-позитивті үлгілерін қайта зерттеуді есепке алу журналының нысаны	433-1/е	Қағаздық форматта	5 жыл
25	Гемотрансмиссиялы қ инфекцияларға ПТР оң нәтижелері бар донорларды есепке алу журналының нысаны	433-3/е	Қағаздық форматта	5 жыл
26	Донор қанын зертханалық тестілеу нәтижелері туралы есеп нысаны	433-6/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
27	АИТВ-нің маркерлеріне ИФА (ИХЛА) оң сарысулардың мониторингі журналының нысаны	433-7/е	Қағаздық форматта	5 жыл
28	Қ а н компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	436/е	Қағаздық форматта	5 жыл
29	Қызметкердің қолы мен донорлардың шынтақ бүгілген терілерін өңдеу тиімділігінің бактериологиялық зерттеу нәтижелерін есепке алу	436-1/е		5 жыл

	журналының нысаны		Қағаздық форматта	
30	БМП мен криопреципитаттың сапасын бақылау нәтижелерін есепке алу журналының нысаны	436-2/е	Қағаздық форматта	5 жыл
31	Өндіріс кезеңдерінде гемоөнімнің орнын ауыстыруға арналған жүкқұжаттың нысаны	447/е	Электрондық форматта	5 жыл
32	Қан компоненттерін , препараттарын және стандартты диагностикумдарды өткізуге арналған жүкқұжаттың нысаны	448/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
33	Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналының нысаны	449/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша
34	Гемотрансмиссивті инфекциялар маркерлеріне зерттеу ведомосының нысаны	450/е	Электрондық форматта	қажеттілік уақыты ауғанша

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны
№ ҚР ДСМ-175/2020
бұйрығына 8-қосымша
нысан

A4 форматыФормат A4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым кодыКод организации по
ОКПО

Қазақстан Республикасы
министрлігіМинистерство
Республики Казахстан

Денсаулық сақтау
здрвоохранения
№ _____
бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды
мединалық құжаттама

Ұйымның атауыНаименование организации

Медицинская документация Форма № 106/
уУтверждена приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан от " ____ " ____ 2020 года № ____

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІ КӨРСЕТУ АҚАУЛАРЫН ЕСЕПКЕ АЛУ
КАРТАСЫ (МҚАЕ) КАРТА УЧЕТА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ
УСЛУГ (ДОМУ)

1. Картаның тіркеу нөмірі

Регистрационный номер карты _____

КТН

РНК

2. Карта:

– бірінші рет (первичная)

– екінші рет (вторичная)

3. Тегі (фамилия) _____ аты (имя) _____

әкесінің аты (отчество) _____

4. Ұлты (национальность) _____

5. Туған күні (Дата рождения) / _____ / _____ / _____ / кк/аа/жжжж (дд/мм/
гггг)

6. Жасы (возраст) _____ толық жасы (полных лет)

7. Тұрғылықты жері (Место жительства)

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район) елді
мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

8. Медициналық қызметтерді көрсетуде ақаулар жіберген медициналық ұйымдар (
Медицинская организация на уровне которой допущены дефекты оказания
медицинских услуг) _____

9. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации)

АХЖ-10 коды

(Код МКБ-10)

10. Қорытынды диагноз (Диагноз заключительный)

АХЖ-10 коды

(Код МКБ-10)

а) негізгі (основной):

б) қосарласқан (сопутствующий):

с) асқынулар (осложнения):

Медициналық көмек сапасын сараптамалық бағалау Экспертная оценка качества медицинской помощи

I. МҚАЕ амбулаториялық көмек көрсету деңгейінде (керектісін сызу)
ДОМУ на амбулаторно-поликлиническом уровне (нужное подчеркнуть):

0 – белгісіз (неизвестно);

1 – бақыланбаған (не наблюдался);

2 – ақаулар табылмады (дефектов не выявлено);

3 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);

4 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):

4.1 – зерттеп-қаралмаған (не обследован),

4.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау толық емес (неполное лабораторно-инструментальное обследование),

4.3 – бейінді мамандардың консультациялық көмегінің жеткіліксіздігі (недостатки консультативной помощи профильных специалистов);

5 – шағымдар мен анамнездердің сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

5.1 – толық (полные),

5.2 – толық емес (не полные),

5.3 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),

5.4 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),

5.5 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

6 – науқас жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау (недооценка тяжести состояния больного);

7 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін толық есепке алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования);

8 – барабар емес терапия (неадекватная терапия):

8.1 – емдеу жүргізілмеген (лечение не проведено),

8.2 – толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),

8.3 – айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

9 – емдеуге жатқызудың болмауы (отсутствие госпитализации):

9.1 – ұсынылған (рекомендовано),

9.2 – ұсынылмаған (не рекомендовано);

10 – кешіктіріп емдеуге жатқызу (запоздалая госпитализация);

11 – созылмалы нысанды ауруы бар науқастарды диспансерлеудің сапасы мен жүйелілігі (качество и регулярность диспансеризации больных с хроническими формами заболеваний):

11.1 – стандарттар сақталған (стандарты соблюдаются),

11.2 – стандарттар сақталмаған (стандарты не соблюдаются),

11.3 – диспансерлеу жасалмаған (диспансеризация не проводилась);

12 – емдеу нәтижесі (результаты лечения):

12.1 – өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын (предотвратимый),

12.2 – нәтижесі "нашарлау" (исход "ухудшение") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

12.3 – нәтижесі "өзгеріссіз" (исход "без перемен") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

12.4 – амбулаториялық-емханалық деңгейде емдеудің тиімсіздігі салдарынан стационарға емдеуге жатқызу (госпитализация в стационар, вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне);

13 – ұсынымның болуы (наличие рекомендаций):

13.1 – жоқ (отсутствуют),

13.2 – толық емес (не полные),

13.3 – толық (полные).

II. МҚАЕ стационар деңгейінде (керектісін сызу)

ДОМУ на уровне стационара (нужное подчеркнуть):

0 – стационарға емдеуге жатқызуға дейін тасымалдаудың бұзылуы (нарушение транспортировки до госпитализации в стационар);

1 – ақаулар анықталмаған (дефектов не выявлено);

2 – ауруханаға жатқызу ақаулары (дефекты госпитализации):

2.1 – емдеуге жатқызудан негізделмеген бас тарту (необоснованный отказ в госпитализации),

2.2 – көрсетілген медициналық қызметтердің сапасына шағымдар (жалобы на качество оказанных медицинских услуг),

2.3 – ТМККК-ге кіретін медициналық көмекті көрсету кезінде пациенттен дәрі-дәрмектер мен қаржы қаражатын тарту (привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании медицинской помощи, входящей в ГОБМП),

2.4 – өлім жағдайы (случаи летальных исходов) алдын-алуға болатын (предотвратимые),

2.5 – емдеу нәтижесінде туындаған асқыну жағдайлары (случаи осложнений, возникающих в результате лечения),

2.6 – аурудың "нашарлау" нәтижесі болған жағдайлар (случаи с исходом заболевания "ухудшение") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

2.7 – аурудың "өзгеріссіз" нәтижесі болған жағдайлар (случаи с исходом заболевания "без перемен") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

2.8 – жолданған және клиникалық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары (случаи расхождения направительного и клинического диагнозов),

2.9 – клиникалық және морфологиялық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары (случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов);

- 3 – алдыңғы емдеуге жатқызу кезінде стационардан мерзімінен бұрын шығару (досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях);
- 4 – шағым мен анамнездер сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):
 - 4.1 – толық емес (не полные),
 - 4.2 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),
 - 4.3 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),
 - 4.4 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);
- 5 – диагностиканың жеткіліксіздігі (недостатки диагностики):
 - 5.1 – толық емес (неполная),
 - 5.2 – уақтылы емес (несвоевременная),
 - 5.3 – жағдайдың ауырлығын дұрыс бағаламау (недооценка тяжести состояния),
 - 5.4 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);
- 6 – диагноздағы қателіктер (ошибка в диагнозе):
 - 6.1 – толық диагноз (диагноз полный) барлық диагноздар көрсетілген: негізгі, қосарласқан, асқынулар (указаны все диагнозы: основной, сопутствующий, осложнения),
 - 6.2 – диагнозы толық емес (диагноз не полный),
 - 6.3 – диагнозы белгіленбеген (диагноз не установлен);
- 7 – стационарда науқастың қысқа мерзімде болуы (кратковременное пребывание больного в стационаре) 3 тәуліктен аз (менее 3 суток);
- 8 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):
 - 8.1 – анамнездік және клиникалық деректерді дұрыс есепке алмау (недоучет анамнестических и клинических данных),
 - 8.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов лабораторно-инструментального обследования),
 - 8.3 - жоғары білікті мамандардың консультациялық көмегінің жетіспеушілігі (недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов),
 - 8.4 - консультанттар қорытындысын дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка заключений консультантов),
 - 8.5 - айғақтарсыз зерттеп-қарауды тағайындау (назначение обследований без показаний),
 - 8.6 - дәрігерлер консилиумы (консилиум врачей) айғақтар бойынша (по показаниям):
 - 8.6.1 - толық және уақтылы жасалған (проведен в полном объеме и своевременно),
 - 8.6.2 – жасалмаған (не проведен);
- 9 – барабар терапия берілмеген (неадекватная терапия):
 - 9.1 - толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),
 - 9.2 - айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

10 - бейінді мамандардың қатысуынсыз көмек көрсетілген (айғақтар бойынша) оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаниям);

11 - шұғыл араласуды жүргізудегі кемшіліктер (недостатки в проведении оперативного вмешательства):

11.1 - кешіктірілген шұғыл араласулар (запоздалое оперативное вмешательство),

11.2 - шұғыл араласудың барабар емес көлемі мен әдісі (неадекватный объем и метод оперативного вмешательства),

11.3 - операция кезінде техникалық ақаулар (технические дефекты при операции),

11.4 - тиісті айғақтарсыз операциялар (операции без должных показаний),

11.5 - барабар емес анестезия (неадекватная анестезия),

11.6 - мүмкін асқынулардың профилактикасының болмауы (отсутствие профилактики возможных осложнений),

11.7 - трансфузиялық заттардың болмауы (отсутствие трансфузионных средств);

12 - шағым мен анамнездердің сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

12.1 – толық (полные),

12.2 – толық емес (не полные),

12.3 - диагнозына сәйкес емес (не соответствуют диагнозу),

12.4 - анамнезі көрсетілмеген (анамнез не указан),

12.5 - анамнезі толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

13 - емдеу нәтижелері (результаты лечения):

13.1 - өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын (предотвратимый),

13.2 - нәтижесі "нашарлау" (исход "ухудшение") сараптамалық бағалау (экспертная оценка),

13.3 - нәтижесі "өзгеріссіз" (исход "без перемен") сараптамалық бағалау (экспертная оценка);

14 - ұсынымдардың болуы (наличие рекомендаций):

14.1 – жоқ (отсутствуют),

14.2 – толық емес (не полные),

14.3 – толық (полные).

III. Патологоанатомиялық зерттеулердің және/немесе сот-медицинасы сараптамаларының нәтижелері

Результаты патологоанатомических исследований и/или судебно-медицинских экспертиз

Патологоанатомиялық ашу немесе сот-медициналық сараптама нәтижесі
патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинской экспертизы

Клиникал ық және	Клиникалық және патологоанатомиялық	және	Операциялық және биопсиялық
Патолого анатомия	патолого анатомия	сот-медициналық) диагноздардың	материалдарды зерттеу
лық немесе	лық, сот-меди	айырмашылықтары Расхождение клинического и	(Исследование операционного и
		(Ятрогения (Ятрогении)	

сот-медициналық	циналық	патологоанатомического	(биопсийного
циналық	диагнозд	судебно-медицинского)		материала)
диагноз/	ардың	диагнозов		
АХЖ-10	ұқсастығ			
коды	(ы	(
Патолого	Совпаден			
анатомич	и	е		Гистолог
еский	клиничес			Клиникал
и	кого	и		иялық
судебно-	патолого	I санат	(II санат
медицинс	анатомич	категория	(III санат
к и й	еского,)	(к
диагноз/	судебно-)	(к
код по	медицинс)	(к
МКБ-10)	кого)	(к
	диагнозо)	(к
	в)			к

а негізгі (основной)/(код)

в қосарласқан (сопутствующий)/(код)

с асқыну (осложнения)/(код)

IV. Пациенттің тәртіп бұзушылығы (керектісін сызу):

Нарушения со стороны пациента (нужное подчеркнуть):

0 - ескертулер жоқ (нет замечаний);

1 - дәрігердің бақылауы тұрақты емес (нерегулярное наблюдение врача);

2 - дәрігерлердің ұсынымын орындау (выполнение рекомендаций врачей):

2.1 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындау (регулярное выполнение рекомендаций врачей),

2.2 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындамау (нерегулярное выполнение рекомендаций врачей),

2.3 - дәрігерлердің ұсынымын орындамау (невыполнение рекомендаций);

3 - криминалдық араласу (криминальное вмешательство);

4 - ұсынылған амбулаториялық емделуден бас тарту (отказ от предложенного амбулаторного лечения);

5 - емдеуге жатқыздан бас тарту (отказ от госпитализации);

6 - медициналық көмекке жүгінуді кешіктіру (задержка с обращением за медицинской помощью);

7 - стационардан өз еркімен кету (самовольный уход из стационара).

V. МҚАЕ алдын алуға болатын факторлар (керектісін сызу)

Факторы, которые могли бы предотвратить ДОМУ (нужное подчеркнуть):

1 - пациентті уақтылы емдеуге жатқызу (своевременная госпитализация пациента);

2 - әлеуметтік саламаттылық (социальное благополучие);

3 - патологиялық жағдайды ерте диагностикалау (более ранняя диагностика патологического состояния);

4 - зерттеудің қосымша әдістері (дополнительные методы исследования) УДЗ, рентгенодиагностика және т.б. зерттеулер (УЗИ, рентгенодиагностика и др. исследования);

5 - клиникалық және зертханалық деректерді, консультанттар қорытындыларын дұрыс түсіндіру (правильная трактовка данных клинических и лабораторных исследований, заключений консультантов);

6 - уақтылы барабар емдеу оның ішінде оперативтік (своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное);

7 - мамандардың біліктілігі (квалификация специалистов).

VI. Қосымша мәлімет (керектісін сызу)

Дополнительные сведения (нужное подчеркнуть):

0 - деректер жоқ (данных нет);

1 - ятрогендік себептер (ятрогенные причины):

1.1 – бар (нет), 1.2 – жоқ (есть) _____

VII. Өлімінің алдын алу (керектісін сызу)

Предотвратимость смерти (нужное подчеркнуть):

1 – алдын-алуға болатын (предотвратима);

2 – шартты алдын-алуға болатын (условно предотвратима);

3 – алдын-алу мүмкін емес (непредвратима).

Қартаны толтыру күні (Дата заполнения карты) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Оператордың Т.А.Ә. (Ф.И.О. оператора) _____

Қартаның енгізілген күні (Дата ввода карты) " ____ " _____ 20__ ж. (г.)

Примечание: расшифровка аббревиатур

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

Код МКБ - 10 – код по Международной классификации болезней X пересмотра

ТМККК – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

УДЗ – ультрадыбыстық зерттеу

УЗИ – ультразвуковое исследование

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
міндеттерін атқарушы
2020 жылғы 30 қазаны

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің күші жойылған бұйрықтардың тізбесі

1) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушы 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығы (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелді, "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 24 ақпандағы № 68-69 (26489-26490); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 26 ақпандағы № 72-73 (26493-26494); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 2 наурыздағы № 76-77 (26497-26498); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 5 наурыздағы № 82-83 (26503-26504); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 6 наурыздағы № 84-85 (26505-26506); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 10 наурыздағы № 86-87 (26507-26508); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 15 наурыздағы № 92-93 (26513-26514); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 16 наурыздағы № 94-95 (26515-26516); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 17 наурыздағы № 96-97 (26517-26518); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 29 наурыздағы № 105-106 (26526-26527); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 30 наурыздағы № 107-108 (26528-26529); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 6 сәуірдегі № 116 (26537); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 12 сәуірдегі № 121-122 (26542-26543); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 13 сәуірдегі № 123-124 (26544-26545); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 14 сәуірдегі № 125-126 (26546-26547); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 19 сәуірдегі № 131-132 (26552-26553); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 20 сәуірдегі № 133 (26554); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 21 сәуірдегі № 134-135 (26555-26556); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 23 сәуірдегі № 138 (26559); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 26 сәуірдегі № 139 (26560); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 30 сәуірдегі № 144-145 (26565-26566); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 7 мамырдағы № 150-151 (26571-26572); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 14 мамырдағы № 156-157 (26577-26578); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 21 мамырдағы № 163-164 (26584-26585); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 28 мамырдағы № 170-171 (26591-26592); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 6 маусымдағы № 177-178 (26598-26599); "Казахстанская правда" газетінде 2011 жылғы 11 маусымдағы № 185-186 (26606-26607) жарияланған));

2) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің

2011 жылғы 5 қыркүйектегі № 583 бұйрығы. (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 7239 тіркелді, Қазақстан Республикасының орталық атқарушы және өзге де мемлекеттік органдарының нормативтік құқықтық актілері бюллетенінде № 2012 жылы №3, 447 бап жарияланған);

3) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2012 жылғы 28 маусымдағы № 439 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 7810 тіркелді, "Заң газеті" газетінде 2012 жылғы 12 қыркүйектегі № 136 (2318) жарияланған);

4) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушы 2012 жылғы 31 шілдедегі № 514 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 7898 тіркелді, "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 6 ақпандағы, 2013 жылғы 7 ақпандағы, 2013 жылғы 9 ақпандағы, 2013 жылғы 12 ақпандағы, 2013 жылғы 13 ақпандағы, 2013 ақпандағы 14 ақпандағы, 2013 жылғы 19 ақпандағы № 44-45, 46-47, 50-51, 52, 53-54, 55-56, 61-62 (27318-27319, 27320-27321, 27324-27325, 27326, 27327-27328, 27329-27330, 27335-27336); 2013 жылғы 12 маусымдағы № 198-199 (27472-27473) жарияланған);

5) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 6 наурыздағы № 127 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 8422 тіркелген, "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 19 қазандағы № 297 (27571); "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 22 қазандағы № 298 (27572); "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 23 қазандағы № 299 (27573); "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 24 қазандағы № 300 (27574); "Казахстанская правда" газетінде 2013 жылғы 26 қазандағы № 302 (27576) жарияланған);

6) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015

жылғы 19 наурыздағы № 153 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 10570 тіркелген, "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде 2015 жылғы 1 сәуірде жарияланған);

7) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына толықтыру енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2016 жылғы 29 шілдедегі № 665 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 14204 тіркелген, ҚР НҚА электрондық түрдегі эталондық бақылау банкінде 2016 жылғы 16 қарашада жарияланған);

8) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 24 наурыздағы № 92 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 15051 тіркелген, ҚР НҚА электрондық түрдегі эталондық бақылау банкінде 2017 жылғы 30 мамырда жарияланған);

9) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2018 жылғы 29 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-48 бұйрығы. (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 18147 тіркелген, ҚР НҚА электрондық түрдегі эталондық бақылау банкінде 2019 жылғы 14 қантарда жарияланған);

10) "Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің кейбір бұйрықтарына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 19 шілдедегі ҚР ДСМ-106 бұйрығының 1-тармағының 2) тармақшасы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 19072 тіркелген, ҚР НҚА электрондық түрдегі эталондық бақылау банкінде 2019 жылғы 31 шілдеде жарияланған);

11) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2019 жылғы 29 қарашадағы № ҚР ДСМ-147 бұйрығы (нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 19692 тіркелген, ҚР НҚА электрондық түрдегі эталондық бақылау банкінде 2019 жылғы 10 желтоқсанда жарияланған).

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК