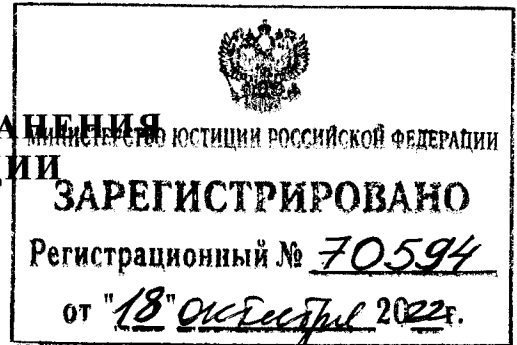




МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)



П Р И К А З

5 августа 2022 г.

№

530H

Москва

Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения

В соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2021 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2017, № 31, ст. 4791) подпунктом 5.2.199 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2017, № 52, ст. 8131), п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

учетную форму № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

учетную форму № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

учетную форму № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую

помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 6 к настоящему приказу;

учетную форму № 008/у «Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 7 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 008/у «Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 8 к настоящему приказу;

учетную форму № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 9 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 10 к настоящему приказу;

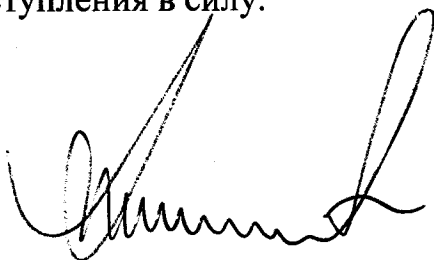
учетную форму № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 11 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 12 к настоящему приказу.

2. Медицинские организации в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, применяют учетные формы и порядки их ведения, утвержденные настоящим приказом, с 1 марта 2025 г.

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2023 г. и действует 6 лет со дня его вступления в силу.

Министр



М.А. Мурашко

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД _____

Медицинская документация
Учетная форма № 001/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

ЖУРНАЛ

**УЧЕТА ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ И ОТКАЗОВ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Начат « ____ » _____ 20 ____ г.

Окончен « ____ » _____ 20 ____ г.

15 Диагноз заболевания (состояния), поставленный направившей медицинской организацией, выездной бригадой скорой медицинской помощи (код по МКБ) ¹	16 Причина и обстоятельства травмы (в том числе при дорожно- транспортных происшествиях), отравления (код по МКБ)	17 Факт употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установление наличия или отсутствия признаков состояния при опьянения при поступлении пациента в медицинскую организацию, дата и время взятия пробы и результаты лабораторных исследований	18 Отделение медицинской организации, в которое направлен пациент	19 Исход госпитализации (выписан, переведен в другую медицинскую организацию, умер), дата и время исхода, наименование медицинской организации, куда переведен пациент	20 Дата и время сообщения законному представителю, иному лицу или медицинской организации, направившей пациента, о госпитализации (отказе в госпитализации)	21 В случае отказа в госпитализации в стационар, дневной стационар		23 Дополнительные сведения
						21 Причина отказа в госпитализации (отказался пациент, отсутствие показаний, помощь оказана в приемном отделении медицинской организации, направлен в другую медицинскую организацию, иная причина)	22 Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, зафиксировавшего причину отказа в госпитализации	
15	16	17	18	19	20	21	22	23

¹ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

**Порядок ведения учетной формы № 001/у
«Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской
помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара»**

1. Учетная форма № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее – Журнал) предназначена для регистрации пациентов, поступающих в медицинскую организацию (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – медицинская организация).

2. Журнал ведется медицинским работником структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего прием пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (медицинской сестрой, фельдшером, медицинским регистратором или иным работником).

В родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах Журнал ведется на поступающих пациенток с гинекологическими заболеваниями и (или) в случаях прерывания беременности.

3. Журнал формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов¹ и (или) оформляется на бумажном носителе.

4. На титульном листе Журнала указываются наименование и адрес медицинской организации (в соответствии с учредительными документами), основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации или в отношении индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес осуществления медицинской деятельности и основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2020 г. № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 января 2021 г., регистрационный № 62054).

5. В графах 1-3 указываются порядковый номер записи, дата и время поступления в медицинскую организацию.

6. Графы 4-9 Журнала заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность пациента.

При отсутствии у пациента документа, удостоверяющего личность – со слов пациента или законного представителя, либо иного лица, при этом ставится отметка «со слов», а при невозможности получить соответствующую информацию делается запись «неизвестно».

7. В графе 10 Журнала со слов пациента, его законного представителя, иного лица, указываются регистрация по месту пребывания пациента, а также номер телефона законного представителя или иного лица, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента.

8. В графах 11-12 Журнала указываются страховой номер индивидуального лицевого счета (далее – СНИЛС), сведения о полисе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) пациента (при наличии).

При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

9. В графе 13 Журнала указывается, кем пациент был доставлен (направлен) в медицинскую организацию или обратился самостоятельно.

10. В графе 14 Журнала в соответствии с учетной формой № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», утвержденной настоящим приказом, указывается номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – Карта).

11. В графах 15-16 Журнала указывается диагноз заболевания (состояния) поставленный направившей медицинской организацией, выездной бригадой скорой медицинской помощи, код заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), а в случае травмы (в том числе дорожно-транспортного происшествия) или отравления – указывается причина и обстоятельства травмы, отравления при которых травма или отравление были получены, код по МКБ.

Графы 15-16 Журнала заполняются в соответствии с формой № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию»², если пациент направлен медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или на основании сведений, представленных доставившей пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи.

12. В графе 17 Журнала указываются сведения о факте употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установлении наличия или отсутствия признаков

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160).

состояния опьянения при поступлении пациента в медицинскую организацию, дате и времени взятия пробы и результатах лабораторных исследований.

13. В графе 18 Журнала указывается наименование отделения медицинской организации, в которое направлен пациент для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.

14. В графе 19 Журнала указываются исход госпитализации пациента (выписан, переведен в другую медицинскую организацию, умер), а также дата и время исхода (выписки, перевода в другую медицинскую организацию или смерти). При переводе пациента в другую медицинскую организацию указывается ее наименование в соответствии со сведениями из Карты.

15. В графе 20 Журнала указываются дата и время сообщения законному представителю, иному лицу или медицинской организации, направившей пациента, о госпитализации (отказе в госпитализации) пациента, ее исходе.

16. В графе 21 Журнала указывается причина отказа в госпитализации (отказался пациент, отсутствие показаний, помощь оказана в приемном отделении медицинской организации, направлен в другую медицинскую организацию, иная причина).

17. В графе 22 Журнала указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, зафиксировавшего причину отказа в госпитализации.

18. В графе 23 Журнала указываются дополнительные сведения (при наличии), имеющие значение для учета приема пациентов, в том числе в случаях отказа в госпитализации, в медицинской организации.

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД _____

Медицинская документация
Учетная форма № 003/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА,
ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

№ _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20__ г. Пол: мужской – 1, женский – 2

Поступил в стационар - 1, в дневной стационар – 2 (указать): _____

Дата и время поступления: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Поступил через _____ часов после начала заболевания, получения травмы, отравления.

Направлен в стационар (дневной стационар): поликлиникой - 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи – 2,
полицией – 3, обратился самостоятельно – 4, другое – 5 (указать) _____

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя,
осуществляющего медицинскую деятельность), направившей пациента: _____

Номер и дата направления: _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Поступил в стационар (дневной стационар) для оказания медицинской помощи в текущем году: по поводу основного заболевания,
указанного в диагнозе при поступлении: первично – 1, повторно – 2.

Форма оказания медицинской помощи: плановая – 1, экстренная – 2.

Наименование отделения: _____ профиль коек _____ палата № _____

Переведен в отделение: _____ профиль коек _____ палата № _____

Дата и время перевода: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Выписан: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации: _____

Диагноз при направлении: _____ код по МКБ _____

Предварительный диагноз (диагноз при поступлении): _____

Дата и время установления диагноза при поступлении: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

В анамнезе: туберкулез _____ ВИЧ-инфекция _____ вирусные гепатиты _____ сифилис _____ COVID-19 _____

Осмотр на педикулез, чесотку: да – 1, нет – 2, результат осмотра: _____

Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа
и вида аллергической реакции: _____

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов (год, осложнения, реакции): _____

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____
иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

Диагноз клинический, установленный в стационаре, дневном стационаре:

Дата и время установления клинического диагноза: «___» _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Проведенные оперативные вмешательства (операции):

Дата проведения	Наименование оперативного вмешательства (операции), код согласно номенклатуре медицинских услуг	Вид анестезиологического пособия	Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции), мл.

Исход госпитализации: выписан – 1, в том числе в дневной стационар – 2, в стационар – 3.

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), куда переведен пациент _____

Результат госпитализации: выздоровление – 1, улучшение – 2, без перемен – 3, ухудшение – 4, умер – 5.

Умер в _____ отделении: «___» _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Умерла беременная: 1 – до 22 недель беременности, 2 – после 22 недель беременности.

Оформлен листок нетрудоспособности: № _____ от «___» _____ 20__ г.

(дубликат листка нетрудоспособности № _____ от «___» _____ 20__ г.)

освобождение от работы с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

продление листка нетрудоспособности:

№ _____ освобождение от работы с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

№ _____ освобождение от работы с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

приступить к работе с «___» _____ 20__ г.

явка в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации) «___» _____ 20__ г.

Оформлен листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи (фамилия, имя, отчество (при наличии)): _____

Выдано направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ): «___» _____ 20__ г.

Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента:

фамилия, имя, отчество (при наличии), номер контактного телефона _____

Дополнительные сведения о пациенте _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, специальность _____ подпись _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) заведующего отделением _____ подпись _____

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20__ г.

Гражданство: _____ документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____

номер телефона: _____ адрес электронной почты: _____

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность: городская – 1, сельская – 2.

Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в зарегистрированном браке – 2, неизвестно – 3.

Общее образование: 1 – дошкольное образование; 2 – начальное общее образование; 3 – основное общее образование; 4 – среднее общее образование; профессиональное образование: 5 – среднее профессиональное образование; 6 – высшее образование; неизвестно – 7.

Занятость: работает – 1, проходит военную и приравненную к ней службу – 2, пенсионер – 3, обучающийся – 4, не работает – 5, прочее – 6 _____. Для детей: дошкольник, организован – 7, дошкольник, не организован – 8, школьник – 9; социальное положение: ребенок-сирота – 10, без попечения родителей – 11, проживающий в организации для детей-сирот – 12. Место работы, место учебы, наименование дошкольного образовательного учреждения, наименование организации для детей-сирот:

Должность (для работающего): _____

Группа инвалидности: _____

Лицо, подвергшееся радиационному облучению: да - 1, нет - 2

Полис обязательного медицинского страхования: _____

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: « ____ » _____ 20__ г.

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу:

СНИЛС: _____

Основной вид оплаты: обязательное медицинское страхование – 1, средства бюджета (всех уровней) – 2, платные медицинские услуги – 3, в том числе добровольное медицинское страхование – 4, другое – 5 _____

Сведения об ознакомлении с медицинской документацией: _____

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР

врачом приемного отделения (дежурным врачом или лечащим врачом)

« ____ » _____ 20 ____ г. время: ____ час. ____ мин.

Жалобы: _____

_____Анамнез заболевания: _____

_____Анамнез жизни: _____

_____Сведения о листке нетрудоспособности (при наличии): _____

Физикальное исследование, локальный статус:

тяжесть состояния пациента: _____

уровень сознания по шкале Глазго: _____ баллов;

оценка состояния кожных покровов: телесного цвета, обычной влажности, без патологических высыпаний, иные сведения (при наличии): _____

отеки: не определяются /определяются, указать локализацию (при наличии) _____

оценка состояния видимых слизистых оболочек: розовые, без патологических высыпаний; иктеричность склер; инъекция сосудов склер; гиперемия конъюнктивы; иные сведения (при наличии) _____

состояние подкожно-жировой клетчатки: нормальное, гипотрофия, ожирение, иные сведения (при наличии) _____

результаты пальпации лимфатических узлов: не пальпируются, не увеличены; пальпируются, увеличены (указать локализацию) _____ иные сведения (при наличии) _____

оценка костно-мышечной системы: без патологических изменений, иные сведения (при наличии) _____
_____результаты аускультации легких: дыхание проводится по всем отделам, хрипов нет, иные сведения (при наличии) _____

результаты перкуссии и аускультация сердца: перкуторно границы сердца не изменены; аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов не определяется; иные сведения (при наличии)

результаты пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки (перкуторно и пальпаторно в сантиметрах из-под края реберной дуги): пальпация органов брюшной полости безболезненна, печень по краю реберной дуги, иное (при наличии)

селезенка: не пальпируется, иное (при наличии)

оценка характера стула и кратности дефекации: стул нормальный оформленный, без патологических включений, 1-2 раза в день, иные сведения (при наличии)

наличие симптомов раздражения брюшины: не определяются, иные сведения (при наличии)

результат пальцевого ректального исследования: дополнительные образования не определяются, иные сведения (при наличии)

результаты обследования мочеполовой системы: патологических изменений не определяется, область проекции почек внешне не изменена, симптом поколачивания отрицательный, иные сведения (при наличии)

оценка характера мочеиспускания: свободное, не затруднено, произвольное, безболезненное, иные сведения (при наличии)

наличие менингеальных симптомов: не определяются, иные сведения (при наличии)

термометрия: _____ (С), измерения частоты сердечных сокращений, пульса (частоты пульса): _____ ударов в минуту, артериальное давление: _____ мм. рт. ст., антропометрия (измерение роста и массы тела): рост _____ см., масса тела _____ кг., частота дыхательных движений: _____ в минуту, насыщение крови кислородом (сатурация): _____ %.

иные сведения (при наличии), локальный статус: _____

Предварительный диагноз (диагноз при поступлении):

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Обоснование предварительного диагноза (диагноза при поступлении) _____

Обоснование оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара:

Выполнены медицинские вмешательства: _____

План обследования: _____

План лечения: _____

Назначения: _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача, должность, специальность _____
_____ подпись _____

Диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Обоснование диагноза (при наличии дополнительных сведений): _____

Назначения: _____

Выполнены медицинские вмешательства: _____

План обследования (дополнения к плану): _____

План лечения (дополнения к плану): _____

Этапный эпикриз (заключение лечащего врача, по результатам оценки изменение состояния пациента с момента госпитализации, изменение локального статуса (при наличии), заполняется каждые 10 дней):

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись _____

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ

« ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Жалобы: _____

Особенности анамнеза: _____

аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

постоянный прием лекарственных препаратов: _____

наличие имплантированных медицинских изделий: _____

наличие (отсутствие) обструктивного сонного апноэ: _____

Физикальное исследование: _____

состояние вен конечностей: _____

наличие зубных протезов: _____

Результаты медицинского обследования:

группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

интерпретация электрокардиографических данных _____

дата проведения _____

Дополнительные сведения: _____

Планируемый вид анестезиологического пособия: _____

Премедикация: _____

(наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения)

Мониторинг жизненно-важных функций организма: _____

Заключение: _____

Оценка операционно-анестезиологического риска: _____

Прогностическая оценка трудности интубации: _____

Рекомендации: _____

(дополнительное обследование, консультации врачей-специалистов)

Назначения: _____

Врач-анестезиолог-реаниматолог:

фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ подпись _____

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата составления)

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения « ____ » _____ 20 ____ г.

Дата и время поступления: « ____ » _____ 20 ____ г. время: ____ час. ____ мин.

Диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Особенности анамнеза:

аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

постоянный прием лекарственных препаратов: _____

наличие имплантированных медицинских изделий: _____

Физикальное исследование, локальный статус _____

Результаты медицинского обследования:

Дополнительные сведения:

Обоснование необходимости проведения оперативного вмешательства (операции), медицинские показания, планируемое оперативное вмешательство (операция), планируемый вид анестезиологического пособия: _____

Сведения о наличии информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство (операцию): _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) оперирующего врача, должность, специальность _____

_____ подпись _____

ПРОТОКОЛ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОПЕРАЦИИ)

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20__ г.

Дата и время начала оперативного вмешательства (операции): « ____ » _____ 20__ г. ____ час. ____ мин.

Дата и время окончания оперативного вмешательства (операции): « ____ » _____ 20__ г. ____ час. ____ мин.

Продолжительность оперативного вмешательства (операции): ____ час. ____ мин.

Наименование оперативного вмешательства (операции): _____

Код согласно номенклатуре медицинских услуг: _____

Диагноз до оперативного вмешательства (операции):

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, лекарственная форма, дозировка, способ введения):

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

Степень риска оперативного вмешательства (операции): _____

План оперативного вмешательства (операции): _____

Описание оперативного вмешательства (операции): _____

Осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции): _____

Использование медицинских изделий (оборудования) (эндоскопическое, лазерное, криогенное, рентгеновское, иное): _____

Подсчет операционного материала: инструменты _____ салфетки _____

Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции), мл. _____

Вид анестезиологического пособия: _____

Диагноз после оперативного вмешательства (операции):

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Импантированные медицинские изделия: _____

Назначения: _____

Операционный материал, взятый для проведения морфологического исследования: _____

Операционный материал направлен: _____

Персонал, участвующий при проведении оперативного вмешательства (операции) (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись):

состав оперирующей бригады:

оперирующий врач _____

ассистирующий врач _____

операционная медицинская сестра _____

состав бригады анестезиологии-реанимации:

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра-анестезист _____

ПРОТОКОЛ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Масса тела _____ кг, рост _____ см.

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

Сведения об оперативном вмешательстве (операции): _____

Наименование оперативного вмешательства (операции): _____

Длительность: операции: часов _____ минут _____; анестезиологического пособия: часов _____ минут _____.

Операция: плановая – 1, экстренная – 2. Положение на операционном столе: _____

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения): _____

Операционно-анестезиологический риск: _____

Мониторинг жизненно-важных функций организма:

(сердечный ритм, артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, термометрия, SpO₂)

Способ проведения анестезиологического пособия: _____

Вводный наркоз (используемые препараты, режим дозирования): _____

Путь введения анестетика: _____
(особенности проведения анестезиологического пособия)

Интубация: _____

(в том числе с использованием эндоскопического оборудования): назотрахеальная, оротрахеальная, трахеостомическая, иное)

Интубационная трубка номер: _____

Газовый состав дыхательной смеси:

O₂, литров в минуту _____; N₂O, литров в минуту _____; испаряемый анестетик (название) _____, об. % _____.

Наркозный аппарат (производитель, марка): _____

Параметры искусственной вентиляции легких (ИВЛ):

дыхательный объем (ДО), мл. _____;

минутный объем дыхания (МОД), л/мин. _____;

пиковое давление, см. водного столба _____;

особенности искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (указать параметры): _____

Базовый период наркоза: _____

Пробуждение: _____
(на операционном столе; в палате пробуждения; в отделении анестезиологии - реанимации)

Особенности пробуждения: _____

Оценка по шкале пробуждения: _____

Сознание, самостоятельное дыхание восстановлены в полном объеме: _____

Декураризация (не проводилась, проводилась): _____

Переведен: _____

Дата, время перевода: « _____ » _____ 20 _____ г. время: _____ час. _____ мин.

Нуждается в продленной респираторной поддержке: _____

Гидробаланс (по состоянию пациента): кровопотеря _____ мл.; гемотранфузия _____ мл.;

коллоиды _____ мл.; кристаллоиды _____ мл.; диурез _____ мл.

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись _____

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

врач-специалист, принявший пациента после проведенного анестезиологического пособия _____

15	50												
10	0												
Этап анестезиологического пособия													
Этап операции													
Характеристика дыхания													
Параметры искусственной вентиляции легких указать													
Диурез													
Этапы операции													
I						IV							
II						V							
III						VI							

Отметки этапов проведения анестезиологического пособия: А – премедикация; Вв – вводный наркоз; Т – интубация; Пв – поворот; Э – экстубация; Д – декураризация; Б – блокада.

Отметки характеристики дыхания: С – спонтанное; В – вспомогательное; П – принудительное.

Регистрируемые параметры жизненно-важных функций организма: насыщение крови кислородом (SpO_2), углекислый газ (CO_2), центральное венозное давление (ЦВД).

По параметрам: частота дыхательных движений (ЧДД), артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) - осуществляется отметка значения, в виде графической метки в промежутке времени регистрируемого параметра жизненно-важных функции организма.

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра-анестезист _____

ЛАБОРАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Параметры	Дата, время											
КРОВЬ												
гемоглобин												
гематокрит												
эритроциты												
лейкоциты												
тромбоциты												
К+												
Na+												
Cl-												
железо												
глюкоза												
осмолярность												
Анализ крови на свертываемость, секунд (минут)												
Протромбиновое время (секунд)												
Активированное частичное тромбопластиновое время (секунд)												
КИСЛОТНО- ОСНОВНОЕ СОСТОЯНИЕ (КОС)												
источник – артерия (а), вена (в), капилляр (к)												
рН												
PO ₂												
PCO ₂												
BE												
МОЧА												
суточное количество												
удельный вес												
рН												
Na+												
K+												
Cl-												
мочевина												
белок												
осмолярность												
креатинин												

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра-анестезист _____

Оценка уровня сознания по шкале Глазго										
Оценка степени тяжести состояния										
Введено:										
внутривенно капельно:										
внутривенно болюсно:										
принято внутрь:										
Гидробаланс										

По параметрам: частота дыхательных движений (ЧДД), артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС) - осуществляется отметка значения, в виде графической метки в промежутке времени регистрируемого параметра.

Дополнительная информация (при наличии)

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра-анестезист _____

ВЫПИСНОЙ (ПЕРЕВОДНОЙ) ЭПИКРИЗ

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), ОГРН (ОГРНИП): _____

Наименование отделения (структурного подразделения): _____

Номер медицинской карты _____

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения: _____ Пол: _____

Регистрация по месту жительства:

субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____ дом _____

строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания:

субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____ дом _____

строение/корпус _____ квартира _____

Поступил: в стационар - 1, в дневной стационар - 2

Период нахождения в стационаре, дневном стационаре: с «_____» _____ 20__ г. время: _____ час. _____

мин. по «_____» _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации: _____

Исход госпитализации: выписан - 1, в том числе в дневной стационар - 2, в стационар - 3.

Результат госпитализации: выздоровление - 1, улучшение - 2, без перемен - 3, ухудшение - 4.

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1, экстренная - 2 (указать) _____

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации: _____

Заключительный клинический диагноз:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Состояние при поступлении: _____

Проведенные обследования, лечение, медицинская реабилитация:
Осмотры врачей-специалистов, консилиумы врачей, врачебные комиссии:

Результаты медицинского обследования:

Применение лекарственных препаратов (включая химиотерапию, вакцинацию), медицинских изделий, лечебного питания:

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов:

Оперативные вмешательства (операции), включая сведения об анестезиологическом пособии:

Медицинские вмешательства:

Дополнительные сведения:

Состояние при выписке, трудоспособность, листок нетрудоспособности:

Рекомендации:

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись

лечащий врач _____

заведующий отделением _____

« ____ » _____ 20 ____ г. ____ час. ____ мин.

ПОСМЕРТНЫЙ ЭПИКРИЗ

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), ОГРН (ОГРНИП): _____

Наименование отделения (структурного подразделения): _____

Номер медицинской карты _____

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____ Пол _____

Регистрация по месту жительства:

субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____ дом _____

строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания:

субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____

населенный пункт _____ улица _____ дом _____

строение/корпус _____ квартира _____

Поступил: в стационар - 1, в дневной стационар - 2

Период нахождения в стационаре, дневном стационаре: с «____» _____ 20__ г. время: _____ час. _____

мин. по «____» _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации _____

Дата и время наступления смерти: «____» _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Форма оказания медицинской помощи: плановая – 1, экстренная – 2 (указать) _____

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации: _____

Заключительный клинический диагноз (посмертный):

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Состояние при поступлении:

Проведенные обследования, лечение, медицинская реабилитация:
Осмотры врачей-специалистов, консилиумы врачей, врачебные комиссии:

Результаты медицинского обследования:

Применение лекарственных препаратов (включая химиотерапию, вакцинацию), медицинских изделий, лечебного питания:

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов:

Оперативные вмешательства (операции), включая сведения об анестезиологическом пособии:

Медицинские вмешательства:

Дополнительные сведения:

Обстоятельства смерти:

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись
лечащий врач _____

заведующий отделением _____

« ____ » _____ 20__ г. ____ час. ____ мин.

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

**Порядок ведения учетной формы № 003/у
«Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь
в стационарных условиях, в условиях дневного стационара»**

1. Учетная форма № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее – Карта) является основным учетным документом медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – медицинская организация).

2. Карта формируется медицинскими работниками в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов¹ и (или) оформляется на бумажном носителе в случае госпитализации пациента в медицинскую организацию, за исключением пациентов по профилю «ортодонтия», а также беременных, рожениц и родильниц, получающих помощь по профилю «акушерство и гинекология» в стационарных условиях.

3. В случае если медицинская документация ведется медицинской организацией в форме электронных документов в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов¹, медицинская документация формируется медицинской организацией с использованием медицинской информационной системы медицинской организации (далее – МИС) или государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации (далее – ГИС субъекта Российской Федерации), в случае если ГИС субъекта Российской Федерации обеспечивает выполнение функций МИС, или иной информационной системы, предназначенной для сбора, хранения, обработки и предоставления информации, касающейся деятельности медицинских организаций и предоставляемых ими услуг², в том числе для последующей передачи сведений в ГИС субъекта Российской Федерации и единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения³.

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2020 г. № 947н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 января 2021 г., регистрационный № 62054).

² Часть 5 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ) (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2020, № 52, ст. 8584).

³ Часть 1 статьи 91 Федерального закона № 323-ФЗ.

При формировании Карты, а также ее разделов, в форме электронного документа, строки могут формироваться, в том числе с использованием накопленных сведений, а также путем получения электронных медицинских документов из МИС других медицинских организаций, ГИС субъектов Российской Федерации и единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения.

4. При формировании Карты в форме электронного документа допускается кодирование информации, добавление дополнительных структурных элементов (в том числе штриховые коды, включая QR-коды).

5. При формировании Карты в форме электронного документа используется нормативно-справочная информация в сфере здравоохранения посредством федерального реестра нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения, представляющего собой подсистему единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения⁴.

6. Карта формируется (оформляется) и ведется на русском языке, допускается внесение наименований лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения буквами латинского алфавита.

7. Для отражения сведений о характере течения заболевания, травмы, отравления, проведенных медицинских вмешательствах, в том числе диагностических и лечебных мероприятий, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболевания, медицинскую реабилитацию пациента, их результатов, при необходимости используются вкладыши в Карту по формам, утвержденным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации⁵.

8. При поступлении пациента в структурное подразделение медицинской организации, осуществляющего прием пациентов, заполняются титульный лист Карты и раздел «Сведения о пациенте».

9. В случае поступления пациента по экстренным показаниям титульный лист Карты и раздел «Сведения о пациенте» заполняются после выполнения диагностических, лечебных и реанимационных мероприятий, направленных на ликвидацию состояний, способных в короткие сроки повлечь смерть пациента.

10. На титульном листе Карты указываются:

10.1. Наименование и адрес медицинской организации (в соответствии с учредительными документами), основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации или в отношении индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес осуществления медицинской деятельности и основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП), а также номер карты.

⁴ Пункты 3 и 6 Порядка ведения и использования классификаторов, справочников и иной нормативно-справочной информации в сфере здравоохранения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 августа 2020 г. № 906н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 сентября 2020 г., регистрационный № 59810).

⁵ Пункт 11 части 2 статьи 14 Федерального закона № 323-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2017, № 31, ст. 4791) и подпункт 5.2.199 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2017, № 52, ст. 8131).

10.2. В строках «Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента», «Дата рождения», «Пол» указываются сведения на основании документа, удостоверяющего личность пациента, при отсутствии у пациента документа, удостоверяющего личность – со слов пациента или законного представителя, либо иного лица (при этом ставится отметка «со слов»), а при невозможности получить соответствующую информацию делается запись «неизвестно».

10.3. В строке «Поступил» указывается условия оказания медицинской помощи в медицинской организации в которую поступил пациент.

10.4. В строке «Дата и время поступления» указывается число, месяц, год и время (час., мин.) поступления пациента в медицинскую организацию, а в строке «Поступил через часов после начала заболевания, получения травмы, отравления» со слов пациента указывается время (в часах), прошедшее от начала заболевания, получения травмы, отравления до момента поступления в медицинскую организацию. В случае отсутствия таких сведений делается запись «неизвестно».

10.5. В строке «Направлен в стационар (дневной стационар)» указывается кем пациент был доставлен (направлен) в медицинскую организацию пациента в медицинскую организацию: «поликлиникой» «выездной бригадой скорой медицинской помощи», «полицией», «обратился самостоятельно», «другое» (с указанием обстоятельства поступления пациента в медицинскую организацию).

10.6. В строке «Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), направившей пациента» в случае направления пациента для получения медицинской помощи в данную медицинскую организацию, указываются наименование направившей пациента медицинской организации или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, а также номер и дата направления пациента.

10.7. В строке «Поступил в стационар (дневной стационар) для оказания медицинской помощи в текущем году: по поводу основного заболевания, указанного в диагнозе при поступлении» указываются сведения о количестве госпитализаций в текущем году по поводу основного заболевания, указанного в строке «Предварительный диагноз (диагнозе при поступлении)», а также указывается форма оказания медицинской помощи (плановая, экстренная).

10.8. В строках «Наименование отделения», «профиль коек», «палата №» указываются соответственно наименование отделения (структурного подразделения) медицинской организации, профиль коек и номер палаты, в которой размещен пациент.

10.9. В строках «Переведен в отделение, профиль коек», «палата №», «Дата и время перевода в другое отделение» соответственно указываются наименование отделения (структурного подразделения), профиль коек, дата, время перевода и номер палаты, в которой размещен пациент, в случае перевода пациента внутри медицинской организации.

10.10. В строках «Выписан», «Количество дней нахождения в медицинской организации» указываются соответственно число, месяц, год, время выписки (смерти)

пациента из медицинской организации и количество дней нахождения пациента в медицинской организации (с даты поступления по дату выписки).

10.11. В строке «Диагноз при направлении» в случае направления пациента в медицинскую организацию другой медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации, указываются диагноз заболевания (состояния) при направлении пациента и его код согласно Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ).

При необходимости в строке «Диагноз при направлении» указываются дополнительные сведения о заболевании, в том числе о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, а также соответствующие им коды по МКБ, в случае злокачественного новообразования код классификации по международной классификации стадий злокачественных новообразований TNM⁶ (далее – TNM), стадия онкологического заболевания и иные сведения.

10.12. В строке «Предварительный диагноз (диагноз при поступлении)» указываются сведения о предварительном диагнозе, включающие сведения об основном заболевании (травме, отравлении), и при наличии, данные об осложнении основного заболевания, внешней причине при травмах, отравлениях, сопутствующих заболеваниях, с указанием соответствующих им кодов МКБ.

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о заболевании при наличии, в том числе о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, а также соответствующие им коды по МКБ, в случае злокачественного новообразования код классификации по TNM, стадия онкологического заболевания и иные сведения.

При поступлении пациента по профилю «медицинская реабилитация» должны указываться сведения по оценке нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья⁷, указывается оценка по шкале реабилитационной маршрутизации.

10.13. При выявлении у пациента факта употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установлении наличия или отсутствия признаков состояния опьянения в строке «Дополнительные сведения о заболевании» указываются соответствующие сведения, в том числе дата и время взятия пробы и результаты лабораторных исследований (при наличии).

10.14. В строке «В анамнезе» в случае наличия в анамнезе пациента установленного диагноза туберкулез, ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, сифилис, COVID-19 – указывается год установления диагноза или при отсутствии сведений делаются записи «нет», «нет сведений» соответственно.

10.15. В строке «Осмотр на педикулез, чесотку» указывается результат осмотра на педикулез, чесотку.

⁶ Tumor, nodus и metastasis - международная классификация стадий злокачественных новообразований.

⁷ Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, одобренная на Пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г.

10.16. В строке «Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции» указываются сведения о наличии в анамнезе аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевой аллергии или иных видах непереносимости, с указанием типа и вида аллергической реакции со слов пациента, его законного представителя, либо иных лиц. При отсутствии аллергии или непереносимости необходимо указать «нет». При отсутствии сведений – указывается «нет сведений».

10.17. В строке «Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов (год, осложнения, реакции)» указываются (при наличии) год выполнения трансфузии компонентов крови, осложнения и реакции. При отсутствии трансфузий компонентов крови в анамнезе указывается «нет», при отсутствии сведений – указывается «нет сведений».

10.18. В строке «Группа крови, резус-принадлежность антиген K1 системы Kell» указываются сведения о группе крови пациента, резус-принадлежности, антигене K1 системы Kell, иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии).

10.19. В строке «Диагноз клинический, установленный в стационаре, дневном стационаре» лечащим врачом указываются сведения о дате и времени установления диагноза, сведения об основном заболевании (травме, отравлении) и код по МКБ в соответствии с клиническим диагнозом, установленным в стационаре, дневном стационаре, а также сведения об осложнениях основного заболевания (при наличии), сведения о внешней причине при травмах, отравлениях (при наличии), сопутствующих заболеваниях (при наличии) и их коды по МКБ.

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о диагнозе (при наличии), в том числе сведения о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, а в случае злокачественного новообразования код классификации по TNM, стадия онкологического заболевания.

При нахождении пациента в условиях стационара, дневного стационара для прохождения медицинской реабилитации, указываются сведения по оценке нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья⁸, указывается оценка по шкале реабилитационной маршрутизации. При нахождении пациента в условиях стационара, дневного стационара по профилю «неврология», указывается оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации.

10.20. В строке «Проведенные оперативные вмешательства (операции)» лечащим врачом в графах таблицы указываются сведения о дате проведения, наименовании оперативного вмешательства (операции), виде анестезиологического пособия, объеме кровопотери во время оперативного вмешательства (операции), а также при формировании настоящего раздела Карты в форме электронного

⁸ Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, одобренная на Пятдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г.

документа указывается код оперативного вмешательства (операции) согласно номенклатуре медицинских услуг.

10.21. В строке «Исход госпитализации» указываются сведения об исходе госпитализации.

10.22. В строке «Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), куда переведен пациент» в случае перевода пациента в другую медицинскую организацию указываются наименование медицинской организации (в соответствии с учредительными документами) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность.

10.23. В строке «Результат госпитализации» указывается состояние пациента на момент выписки из стационара, дневного стационара.

10.24. В случае смерти пациента в строке «Умер» указывается наименование отделения, в котором умер пациент, дата и время смерти.

10.25. В случае смерти беременной в строке «Умерла беременная» указывается срок беременности.

10.26. В строке «Выдан листок нетрудоспособности» лечащим врачом указываются (при наличии) сведения о сформированном (оформленном) листке нетрудоспособности (номер, дата выдачи), а в случае выдачи дубликата - номер, дата выдачи дубликата листка нетрудоспособности.

Указываются сведения о периоде освобождения от работы, сведения о продлении листка нетрудоспособности (при наличии). В случае выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи указывается фамилия, имя отчество (при наличии) лица, на имя которого оформлен листок нетрудоспособности.

10.27. В строке «Выдано направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ)» указываются дата выдачи направления (при наличии).

10.28. В строке «Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии пациента» со слов пациента, законного представителя или иного лица указываются сведения о фамилии, имени, отчестве (при наличии) и номере контактного телефона лица, которому может быть передана информация о состоянии пациента.

10.29. В строке «Дополнительные сведения о пациенте» при необходимости указываются дополнительные сведения (при наличии), имеющие значение для оказания медицинской помощи пациенту.

10.30. В день выписки пациента из стационара, дневного стационара титульный лист Карты подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности и специальности.

10.31. Внесение сведений в строки, указанные в пунктах 10.2 – 10.10, 10.13, 10.15 Порядка, осуществляется медицинской сестрой, фельдшером, медицинским регистратором или иным работником в приемном отделении медицинской организации, в дневном стационаре медицинской организации или с учетом

требований порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, в ином структурном подразделении медицинской организации.

Внесение сведений в строки, указанные в пунктах 10.11, 10.12, 10.14, 10.16 – 10.29 настоящего Порядка, осуществляется лечащим врачом, врачом приемного отделения, врачом - специалистом.

11. При формировании (оформлении) раздела «Сведения о пациенте» Карты указывается:

11.1. В строках «Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента», «Дата рождения», «Гражданство», «Документ, удостоверяющий личность» указываются сведения на основании документа, удостоверяющего личность, при отсутствии у пациента документа, удостоверяющего личность – со слов пациента, законного представителя или иного лица (при этом ставится отметка «со слов»), а при невозможности получить соответствующую информацию делается запись «неизвестно». Сведения должны быть тождественны указанным в пункте 10.2 настоящего Порядка.

11.2. В строке «номер телефона», «адрес электронной почты» указываются номер телефона (при наличии) и адрес электронной почты (при наличии) пациента.

11.3. В строке «Регистрация по месту жительства» указываются сведения о месте регистрации пациента на основании документа, в котором указан данный адрес. В случае отсутствия регистрации указывается «нет», при отсутствии сведений о регистрации по месту жительства – указывается «нет сведений».

В строке «Регистрация по месту пребывания» указывается адрес фактического проживания со слов пациента или слов его законного представителя, либо иного лица. В случае отсутствия регистрации по месту пребывания указывается «нет», при отсутствии сведений о регистрации по месту пребывания – указывается «нет сведений».

11.4. В строке «Местность» указывается «городская» или «сельская».

11.5. В строке «Семейное положение»: указывается «состоит в зарегистрированном браке», «не состоит в зарегистрированном браке» на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента. При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

11.6. В строке «Образование» указываются сведения со слов пациента или со слов его законного представителя, либо иного лица. При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

11.7. В строке «Занятость» указываются сведения о занятости пациента с его слов или со слов его законного представителя, либо иного лица: «работает» указывается для всех лиц, имеющих место работы; «проходит военную службу или приравненную к ней службу» указывается для лица, проходящего военную службу⁹ или приравненную к ней службу; «пенсионер» указывается для неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию; «учится» указываются для обучающиеся в образовательных организациях высшего и среднего профессионального образования;

⁹ Статья 2 Федерального закона от 28 марта 1998 г. № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 13, ст. 1475; 2021, № 18, ст. 3060).

«не работает» указывается для трудоспособных гражданах, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней¹⁰; «прочее» указывается для лиц, которые заняты домашним хозяйством, и для лиц без определенного места жительства. В строке «Для детей» указывается соответственно «дошкольник, организован», «дошкольник, не организован», «школьник» и сведения о социальном положении ребенка: «ребенок-сирота», «оставшийся без попечения родителей», «проживающий в организации для детей-сирот».

11.8. В строках «Место работы, учебы, наименование дошкольного образовательного учреждения, наименование организации для детей-сирот», «должность (для работающего)» указываются сведения со слов пациента, его законного представителя, либо иного лица.

11.9. В строке «Группа инвалидности» указывается при наличии у пациента группы инвалидности, на основании документа, подтверждающего факт установления инвалидности¹¹.

11.10. В строке «Лицо, подвергшееся радиационному облучению» указывается «да» или «нет».

11.11. В строке «Полис обязательного медицинского страхования» указывается сведения о полисе обязательного медицинского страхования застрахованного лица, данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу, дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования.

11.12. В строке «СНИЛС» указывается страховой номер индивидуального лицевого счета пациента.

11.13. В строке «Основной вид оплаты» указываются сведения об основном виде оплаты медицинской помощи.

11.14. В строке «Сведения об ознакомлении с медицинской документацией» указываются дата ознакомления и фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, ознакомившегося с Картой в соответствии с частью 4 статьи 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»¹².

12. Раздел «Первичный осмотр» карты заполняется при поступлении пациента врачом приемного отделения, дежурным врачом, лечащим врачом путем заполнения соответствующих граф и строк по результатам проведенного осмотра, где отражаются сведения о состоянии пациента и результатах осмотра:

12.1. В строке «Жалобы» указываются жалобы пациента на момент осмотра.

12.2. В строке «Анамнез заболевания» отражается анамнез заболевания.

¹⁰ Статья 3 Закона Российской Федерации от 19 апреля 1991 г. № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 17, ст. 1915; 2021, № 27, ст. 2047).

¹¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 24 ноября 2010 г. № 1031н «О формах справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и выписки из акта освидетельствования гражданина, признанного инвалидом, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и порядке их составления» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 января 2011 г., регистрационный № 19539).

¹² Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2021, № 27, ст. 5143.

12.3. В строке «Анамнез жизни» указываются сведения об анамнезе жизни пациента (при наличии), в том числе аллергологический анамнез, эпидемиологический анамнез, перенесенные заболевания, факторы риска, прочие сведения анамнеза жизни, включая наследственность и сведения о применяемых лекарственных препаратах, медицинских изделиях, наличии имплантатов в организме, состав и объем которых определяются лечащим врачом.

12.4. В строке «Сведения о листке нетрудоспособности (при наличии)» при необходимости указываются сведения о номере листка нетрудоспособности (при наличии) и периоде освобождения от работы в случае формирования листка нетрудоспособности до поступления пациента в медицинскую организацию.

12.5. В строке «Физикальное исследование, локальный статус» указываются результаты физикального исследования, описание локального статуса включающих в себя, в том числе:

- установление степени тяжести состояния пациента;
- оценку уровня сознания по шкале Глазго;
- оценку состояния кожных покровов (в том числе наличие высыпаний);
- указание на наличие отеков;
- оценку состояния видимых слизистых оболочек;
- оценку состояния подкожно-жировой клетчатки;
- результаты пальпации лимфатических узлов;
- оценку костно-мышечной системы;
- результаты аускультации легких;
- результаты перкуссии и аускультация сердца;
- результаты пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки (перкуторно и пальпаторно в сантиметрах из-под края реберной дуги);
- оценку характера стула и кратности дефекации;
- наличие симптомов раздражения брюшины;
- результат пальцевого ректального исследования;
- результаты обследования мочеполовой системы, оценку характера мочеиспускания;
- наличие менингеальных симптомов;
- результаты термометрии, измерения частоты сердечных сокращений, пульса (частоты пульса), артериального давления, антропометрии (измерение роста и массы тела), частоты дыхательных движений, насыщения крови кислородом (сатурации).

12.6. Дополнительно в строке «Иные сведения (при наличии), локальный статус» в соответствии с требованиями положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, в зависимости от диагноза и профиля оказания медицинской помощи, указываются детальная оценка состояния органов и систем на момент проведения исследования, в том числе результаты физикального исследования полости рта и зубов, кожи, придатков кожи и подкожно-жировой клетчатки, костной и мышечной системы, суставов, системы органов кроветворения, верхних дыхательных путей, нижних дыхательных путей

и легких, сердечно-сосудистой системы, органов живота, почек и мочевыделительной системы, женских или мужских половых органов, эндокринной системы, периферической, центральной, вегетативной нервной системы, высших психических функций, органа слуха, органа зрения, органа обоняния, психической сферы, результаты шкал оценки, вопросников и других оценочных инструментов состояния пациента, оценка локального статуса и иные сведения. Последовательность внесения и объем сведений о результатах физикального исследования в строке «Физикальное исследование, локальный статус» определяются лечащим врачом.

12.7. В строке «Предварительный диагноз (диагноз при поступлении)» указываются сведения о предварительном диагнозе, включающие сведения об основном заболевании (травме, отравлении), и при наличии, данные об осложнении основного заболевания, внешней причине при травмах, отравлениях, сопутствующих заболеваниях, с указанием соответствующих им кодов МКБ.

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения (при наличии) о заболевании, в том числе о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, а также соответствующие им коды по МКБ, в случае злокачественного новообразования код классификации по TNM, стадия онкологического заболевания и иные сведения.

При поступлении пациента по профилю «медицинская реабилитация» должны указываться сведения по оценке нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья¹³, указывается оценка по шкале реабилитационной маршрутизации.

12.8. В строке «Обоснование предварительного диагноза (диагноза при поступлении)» указывается обоснование предварительного диагноза (диагноза при поступлении) на основании оценки жалоб, анамнеза и физикального исследования пациента, оценки представленных результатов диагностики заболевания и иных сведений.

12.9. В строке «Обоснование оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» указываются основания для выбора условий оказания медицинской помощи, в том числе тяжесть состояния, особенности анамнеза заболевания и иные обосновывающие причины.

12.10. В строке «Выполнены медицинские вмешательства» указываются (при наличии) выполненные пациенту при поступлении в стационар, дневной стационар медицинские вмешательства, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

12.11. В строке «План обследования» указывается планируемый для проведения пациенту перечень лабораторных и инструментальных методов исследований, консультаций специалистов, консилиумов.

12.12. В строке «План лечения» указываются запланированные медицинские вмешательства с целью лечения заболеваний, медицинской реабилитации.

¹³ Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, одобренная на Пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г.

12.13. В строке «Назначения» указываются лекарственные препараты, медицинские вмешательства, назначенные врачом приемного отделения, дежурным врачом или лечащим врачом и направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

12.14. В разделе «Первичный осмотр» Карты указываются дата и время его проведения, фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и специальность врача, производившего осмотр пациента. Раздел «Первичный осмотр» Карты подписывает врач, производивший осмотр.

13. Раздел «Осмотр» Карты заполняется лечащим врачом, врачом-специалистом, заведующим отделением, а также при совместном осмотре, путем заполнения соответствующих граф и строк, где отражаются сведения о состоянии пациента:

13.1. В строке «Жалобы» указываются жалобы пациента на момент осмотра.

13.2. В строке «Анамнез заболевания (дополнения к анамнезу)» указываются анамнез заболевания и (или) дополнения к ранее изложенному анамнезу.

13.3. В строке «Анамнез жизни (дополнения к анамнезу)» описывается анамнез жизни и (или) наличие дополнений к ранее изложенному анамнезу жизни, в том числе аллергологический анамнез, эпидемиологический анамнез, перенесенные заболевания, факторы риска, прочие сведения анамнеза жизни, включая наследственность и сведения о применяемых лекарственных препаратах, медицинских изделиях и иные сведения.

13.4. В строке «Физикальное исследование, локальный статус (его изменение)» указываются результаты физикального исследования (изменение состояния пациента по органам и системам в случае его динамического наблюдения), включающего в себя, в том числе:

- установление степени тяжести состояния пациента;
- оценку уровня сознания по шкале Глазго;
- оценку состояния кожных покровов (в том числе наличие высыпаний);
- указание на наличие отеков;
- оценку состояния видимых слизистых оболочек;
- оценку состояния подкожно-жировой клетчатки;
- результаты пальпации лимфатических узлов;
- оценку костно-мышечной системы;
- результаты аускультации легких;
- результаты перкуссии и аускультации сердца;
- результаты пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки (перкуторно и пальпаторно в сантиметрах из-под края реберной дуги);
- оценку характера стула и кратности дефекации;
- наличие симптомов раздражения брюшины;
- результат пальцевого ректального исследования;
- результаты обследования мочеполовой системы, оценку характера мочеиспускания;
- наличие менингеальных симптомов;

результаты термометрии, измерения частоты сердечных сокращений, пульса (частоты пульса), артериального давления, антропометрии (измерение роста и массы тела), частоты дыхательных движений, насыщения крови кислородом (сатурации).

Дополнительно в строке «Физикальное исследование, локальный статус (его изменение)» в соответствии с требованиями положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, в зависимости от диагноза и профиля оказания медицинской помощи, указываются детальная оценка состояния органов и систем на момент проведения исследования, в том числе результаты физикального исследования полости рта и зубов, кожи, придатков кожи и подкожно-жировой клетчатки, костной и мышечной системы, суставов, системы органов кровотока, верхних дыхательных путей, нижних дыхательных путей и легких, сердечно-сосудистой системы, органов живота, почек и мочевыделительной системы, женских или мужских половых органов, эндокринной системы, периферической, центральной, вегетативной нервной системы, высших психических функций, органа слуха, органа зрения, органа обоняния, психической сферы, результаты шкал оценки, вопросников и других оценочных инструментов состояния пациента, оценка локального статуса (его изменение) и иные сведения.

Последовательность указания и объем сведений о результатах физикального исследования в строке «Физикальное исследование, локальный статус (его изменение)» определяются лечащим врачом, либо врачом-специалистом, который провел осмотр пациента.

13.5. В строке «Диагноз» указываются сведения о диагнозе, включающие сведения об основном заболевании (травме, отравлении), и при наличии данные об осложнении основного заболевания, внешней причине при травмах, отравлениях (при наличии), сопутствующих заболеваниях (при наличии).

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о заболевании (при наличии), в том числе о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, и в случае злокачественного новообразования код классификации по TNM, стадия онкологического заболевания.

13.6. В строке «Обоснование диагноза (при наличии дополнительных сведений)» указываются дополнительные сведения в обоснование диагноза при их наличии.

13.7. В строке «Назначения» указываются лекарственные препараты, медицинские вмешательства, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, назначенные лечащим врачом, врачом-специалистом.

13.8. В строке «Выполнены медицинские вмешательства» указываются выполненные пациенту медицинские вмешательства, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию.

13.9. В строке «План обследования (дополнения к плану)» указывается планируемый перечень и (или) дополнения к перечню лабораторных и инструментальных методов исследований, консультаций специалистов, консилиумов.

13.10. В строке «План лечения (дополнения к плану)» указываются запланированные и (или) дополнения к запланированным медицинским вмешательствам с целью лечения заболеваний, медицинской реабилитации.

13.11. Строка «Этапный эпикриз» Карты заполняется лечащим врачом через каждые 10 дней нахождения в стационаре, дневном стационаре, при этом при необходимости отражаются изменения в состоянии пациента, динамика изменения показателей: изменение состояния органов и систем, лабораторных данных, результатов инструментальных исследований, в том числе на фоне проведенного лечения, описывается планируемая тактика ведения пациента.

Последовательность внесения и объем сведений в строке «Этапный эпикриз» Карты определяются лечащим врачом.

13.12. В разделе «Осмотр» Карты указываются дата и время его проведения, фамилия, имя, отчество (при наличии), должности, специальности лечащего врача, врачей-специалистов, заведующего отделением, производивших осмотр пациента, а также ставятся их подписи.

14. Раздел «Предоперационный осмотр врачом-анестезиологом-реаниматологом» Карты заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом по результатам осмотра, проводимого в целях установления планируемого к применению вида анестезиологического пособия, где отражаются следующие сведения:

14.1. В строке «Диагноз» указываются сведения о диагнозе, включающие сведения об основном заболевании (травме, отравлении), и при наличии данные об осложнении основного заболевания, внешней причине при травмах, отравлениях (при наличии), сопутствующих заболеваниях (при наличии).

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о заболевании (при наличии), в том числе о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, и в случае злокачественного новообразования код классификации по TNM, стадия онкологического заболевания, имеющие значение для выполнения планируемого вида анестезиологического пособия.

14.2. В строке «Жалобы» указываются жалобы пациента на момент осмотра.

14.3. В строке «Особенности анамнеза» указываются сведения из анамнеза пациента, в том числе о наличии аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевой аллергии или иных видов непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции, сведения о постоянном приеме лекарственных препаратов, наличие имплантированных медицинских изделий, наличие или отсутствие обструктивного сонного апноэ и иные сведения, имеющие значение для выполнения планируемого вида анестезиологического пособия.

14.4. В строке «Физикальное исследование» указываются результаты физикального исследования включающего в себя, в том числе:

- установление степени тяжести состояния пациента;
- оценку уровня сознания по шкале Глазго;
- оценку состояния кожных покровов (в том числе наличие высыпаний);
- указание на наличие отеков;

оценку состояния видимых слизистых оболочек;
 оценку состояния подкожно-жировой клетчатки;
 результаты пальпации лимфатических узлов;
 оценку костно-мышечной системы;
 результаты аускультации легких;
 результаты перкуссии и аускультации сердца;
 результаты пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки (перкуторно и пальпаторно в сантиметрах из-под края реберной дуги);
 оценку характера стула и кратности дефекации;
 наличие симптомов раздражения брюшины;
 результат пальцевого ректального исследования;
 результаты обследования мочеполовой системы, оценку характера мочеиспускания;
 состояние зрачков и их реакции на свет;
 наличие менингеальных симптомов;
 результаты термометрии, измерения частоты сердечных сокращений, пульса (частоты пульса), артериального давления, антропометрии (измерение роста и массы тела), частоты дыхательных движений, насыщения крови кислородом (сатурации);
 наличие зубных протезов, состояние вен конечностей.

При необходимости в соответствии с требованиями положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, в зависимости от диагноза и профиля оказания медицинской помощи, указываются результаты физикального исследования по органам и системам, результаты шкал оценки, вопросников и других оценочных инструментов состояния пациента, оценка локального статуса и иные сведения, имеющие значение для выполнения планируемого вида анестезиологического пособия.

Последовательность указания и объем сведений о результатах физикального исследования в строке «Физикальное исследование» определяются врачом анестезиологом-реаниматологом.

14.5. В строке «Результаты медицинского обследования» отражаются при наличии результаты проведенных пациенту медицинских вмешательств, направленных на диагностику заболеваний, а именно результаты проведения лабораторного обследования, рентгенологических исследований, результат исследования группы крови, резус принадлежности, антигена K1 системы Kell, иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии), интерпретация электрокардиографических данных и иных видов медицинских вмешательств, направленных на диагностику заболеваний, имеющих значение для выполнения планируемого вида анестезиологического пособия.

14.6. В строке «Дополнительные сведения» при необходимости указываются сведения о результатах проведенных диагностических мероприятий, лечении и иная информация о состоянии здоровья пациента, в том числе дополнительные сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе и о прогнозе

развития заболевания, не указанные в строках «Особенности анамнеза», «Физикальное исследование», «Результаты медицинского обследования» имеющие значение для выполнения планируемого вида анестезиологического пособия.

14.7. В строке «Планируемый вид анестезиологического пособия» указывается вид анестезиологического пособия планируемый к проведению в отношении пациента.

14.8. В строке «Премедикация» указываются наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения.

14.9. В строке «Мониторинг жизненно-важных функций организма» указываются параметры, подлежащие мониторингованию в ходе анестезиологического пособия.

14.10. В строке «Заключение» отражаются сведения об оценке операционно-анестезиологического риска путем указания количества баллов или в случае невозможности указания «невозможно», а также отражаются сведения о прогностической оценке трудности интубации путем указания количества баллов или в случае невозможности указания «невозможно».

14.11. В строке «Оценка операционно-анестезиологического риска» указывается результат оценки операционно-анестезиологического риска.

14.12. В строке «Прогностическая оценка трудности интубации» указывается результат прогностической оценки трудности интубации.

14.13. В строке «Рекомендации» указываются (при наличии) сведения о необходимости в проведении дополнительного обследования, консультаций врачей-специалистов.

14.14. В строке «Назначения» указываются (при наличии) назначения по результатам проведенного предоперационного осмотра.

14.15. В предоперационном осмотре указываются дата и время его проведения, фамилия, имя, отчество (при наличии), должность врача-анестезиолога-реаниматолога, производившего осмотр. Предоперационный осмотр подписывает врач-анестезиолог-реаниматолог его проводивший.

15. Раздел «Предоперационный эпикриз» заполняется оперирующим врачом, определяющим объем, полноту и последовательность указания сведений в соответствующих строках.

15.1. В строке «Сведения о пациенте» указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения пациента, дата и время поступления пациента в стационар, дневной стационар.

15.2. В строке «Диагноз» указываются сведения об основном заболевании (травме, отравлении) в соответствии с диагнозом, установленным в стационаре, дневном стационаре, а также сведения об осложнениях основного заболевания (при наличии), сведения о внешней причине в случае травмы, отравления (при наличии), сопутствующих заболеваниях (при наличии). В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о диагнозе (при наличии), в том числе сведения о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, а в случае злокачественного новообразования код классификации по TNM, стадия онкологического заболевания. Также при необходимости указываются иные сведения о заболевании (при наличии),

имеющие значение для выполнения планируемого оперативного вмешательства (операции).

15.3. В строке «Особенности анамнеза» указываются сведения из анамнеза пациента, в том числе о наличии аллергических реакций на лекарственные препараты, пищевой аллергии или иных видов непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции, сведения о постоянном приеме лекарственных препаратов, наличие имплантированных медицинских изделий и иные сведения (при наличии) имеющие значение для выполнения планируемого оперативного вмешательства (операции).

15.4. В строке «Физикальное исследование, локальный статус» указываются результаты физикального исследования включающего в себя, в том числе:

- установление степени тяжести состояния пациента;
- оценку уровня сознания по шкале Глазго;
- оценку состояния кожных покровов (в том числе наличие высыпаний);
- указание на наличие отеков;
- оценку состояния видимых слизистых оболочек;
- оценку состояния подкожно-жировой клетчатки;
- результаты пальпации лимфатических узлов;
- оценку костно-мышечной системы;
- результаты аускультации легких;
- результаты перкуссии и аускультации сердца;
- результаты пальпации органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки (перкуторно и пальпаторно в сантиметрах из-под края реберной дуги);
- оценку характера стула и кратности дефекации;
- наличие симптомов раздражения брюшины;
- результат пальцевого ректального исследования;
- результаты обследования мочеполовой системы, оценку характера мочеиспускания;
- наличие менингеальных симптомов;
- результаты термометрии, измерения частоты сердечных сокращений, пульса (частоты пульса), артериального давления, антропометрии (измерение роста и массы тела), частоты дыхательных движений, насыщения крови кислородом (сатурации).

Дополнительно в соответствии с требованиями положений об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, в зависимости от диагноза и профиля оказания медицинской помощи, указываются результаты физикального исследования по органам и системам, результаты шкал оценки, вопросников и других оценочных инструментов состояния пациента, оценка локального статуса (его изменение) и иные сведения, имеющие значение для выполнения планируемого оперативного вмешательства (операции).

15.5. В строке «Результаты медицинского обследования» отражаются (при наличии) результаты проведенных пациенту медицинских вмешательств, направленных на диагностику заболеваний, и иных видов медицинских вмешательств,

направленных на диагностику заболеваний, а также результаты осмотров врачей-специалистов, сведения из протокола консилиума врачей, сведения о решении врачебной комиссии (подкомиссии врачебной комиссии), имеющие значение для выполнения планируемого оперативного вмешательства (операции).

15.6. В строке «Дополнительные сведения» при необходимости указываются сведения о результатах проведенных диагностических мероприятий, лечении и иная информация о состоянии здоровья пациента, в том числе сведения о риске развития осложнений и летального исхода, сведения о наличии показаний к профилактике тромбоэмболических и инфекционных осложнений, а также дополнительные сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, не указанные в строках «Особенности анамнеза», «Физикальное исследование, локальный статус», «Результаты медицинского обследования» имеющие значение для выполнения планируемого оперативного вмешательства (операции).

15.7. В строке «Обоснование необходимости проведения оперативного вмешательства (операции), медицинские показания, планируемое оперативное вмешательство (операция), планируемый вид анестезиологического пособия» указываются сведения, обосновывающие необходимость проведения оперативного вмешательства (операции) в плановом или экстренном порядке, отмечаются показания и противопоказания к проведению оперативного вмешательства (операции), вид и объем планируемого оперативного вмешательства (операции), планируемый вид анестезиологического пособия и иные сведения, имеющие значение в отношении планируемого оперативного вмешательства (операции).

15.8. В строке «Сведения о наличии добровольного информированного согласия на оперативное вмешательство (операцию)» указываются сведения о дате подписания пациентом информированного добровольного согласия для проведения планируемого оперативного вмешательства (операции).

15.9. В разделе «Предоперационный эпикриз» Карты указываются дата и время его заполнения, фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и оперирующего врача. Раздел «Предоперационный эпикриз» Карты подписывает оперирующий врач.

16. Раздел «Протокол оперативного вмешательства (операции)» Карты заполняется лечащим врачом, оперирующим врачом путем внесения сведений в соответствующие строки, где отражаются сведения о состоянии пациента перед оперативным вмешательством (операцией), описание хода выполнения оперативного вмешательства (операции) и его результаты.

16.1. В строке «Сведения о пациенте» фамилия, имя, отчество (при наличии) и дата рождения пациента указываются на основании документа, удостоверяющего личность, при отсутствии у пациента документа, удостоверяющего личность – со слов пациента, законного представителя или иного лица (при этом ставится отметка «со слов»), а при невозможности получить соответствующую информацию делается запись «неизвестно». Сведения должны быть тождественны указанным в пунктах 10.2, 11.2 настоящего Порядка.

16.2. В строке «Дата и время начала оперативного вмешательства (операции)» указываются число, месяц, год, время начала оперативного вмешательства (операции).

16.3. В строке «Дата и время окончания оперативного вмешательства (операции)» указываются число, месяц, год, время окончания оперативного вмешательства.

16.4. В строке «Продолжительность оперативного вмешательства (операции)» указывается количество часов и минут, затраченных на оперативное вмешательство.

16.5. В строке «Наименование оперативного вмешательства (операции)» указываются наименование и код оперативного вмешательства (операции) согласно номенклатуре медицинских услуг.

16.6. В строке «Диагноз до оперативного вмешательства (операции)» указываются сведения о диагнозе, установленном до оперативного вмешательства (операции), включающие сведения об основном заболевании (травме, отравлении), и при наличии данные об осложнении основного заболевания, внешней причине при травмах, отравлениях (при наличии), сопутствующих заболеваниях (при наличии).

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о заболевании (при наличии), в том числе о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, и в случае злокачественного новообразования код классификации по TNM, стадия онкологического заболевания.

16.7. В строке «Премедикация» указываются сведения о предварительной медикаментозной подготовке пациента к анестезиологическому пособию и оперативному вмешательству (операции), в том числе наименование лекарственных препаратов и их дозировка.

16.8. В строке «Группа крови, резус принадлежность, антиген K1 системы Kell» указываются соответственно группа крови пациента, резус-принадлежность, антиген K1 системы Kell, иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии).

16.9. В строке «Степень риска оперативного вмешательства (операции)» указывается степень риска оперативного вмешательства (операции) согласно клиническим рекомендациям (при наличии).

16.10. В строке «План оперативного вмешательства (операции)» указывается сведения о плане проведения оперативного вмешательства (операции).

16.11. В строке «Описание оперативного вмешательства (операции)» подробно описывается ход оперативного вмешательства (операции): доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей; для эндоскопического оперативного вмешательства (операции) – где и сколько установлено троакаров, установленное давление пневмоперитонеума); какой вид энергии использован в ходе проведения оперативного вмешательства (операции); объем выполненного вмешательства (операции); описание патологических изменений, обнаруженных при оперативном вмешательстве (операции); указание о заборе (взятии) материала для проведения патоморфологического диагностического исследования; указание на гемостаз в зоне оперативного вмешательства (операции) и в ране; число тампонов и дренажей, оставленных в ране; завершение оперативного вмешательства (операции), при этом указывается вид швов, повязка.

В строке «Осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции)» указываются осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции).

16.12. В строке «Использование медицинских изделий (оборудования)» указывается медицинское изделие (оборудование), используемое при выполнении оперативного вмешательства (операции), которое может быть отнесено к одной из категорий: эндоскопическое, лазерное, криогенное, рентгеновское или иное.

16.13. В строке «Подсчет оперативного материала (операции)» указывается количество инструментов и салфеток, использованных в ходе оперативного вмешательства (операции), с целью их контрольного счета.

16.14. В строке «Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции)» указывается оценка объема кровопотери в ходе оперативного вмешательства (операции), в миллилитрах.

16.15. В строке «Вид анестезиологического пособия» указывается примененный вид анестезиологического пособия.

16.16. В строке «Диагноз после оперативного вмешательства (операции)» указываются сведения о диагнозе, установленном (уточненном) по результатам оперативного вмешательства (операции), включающие сведения об основном заболевании (травме, отравлении), и при наличии данные об осложнении основного заболевания, внешней причине при травмах, отравлениях (при наличии), сопутствующих заболеваниях (при наличии).

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о заболевании (при наличии), в том числе о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, и в случае злокачественного новообразования код классификации по TNM, стадия онкологического заболевания.

16.17. В строке «Имплантированные медицинские изделия» указываются сведения о наименовании имплантированных медицинских изделий, их количестве и серийных номерах (при наличии) с указанием сведений о возможных противопоказаниях для проведения магнитно-резонансной томографии в последующем периоде.

16.18. В строке «Назначения» указывается перечень назначений, наименования лекарственных препаратов, дополнительных обследований пациента по результатам проведенного оперативного вмешательства.

16.19. В строке «Операционный материал, взятый для проведения морфологического исследования» указывается операционный материал, взятый в ходе оперативного вмешательства (операции) для проведения морфологического исследования.

16.20. В строке «Операционный материал направлен» указывается место (медицинская организация, структурное подразделение медицинской организации), куда направляется материал для проведения морфологического исследования.

16.21. В строке «Персонал, участвующий при проведении оперативного вмешательства (операции)» указываются фамилия, имя и отчество (при наличии), должность работников, непосредственно участвовавших в проведении оперативного вмешательства (операции), состава оперирующей бригады, бригады анестезиологии-реанимации.

16.22. Раздел «Протокол оперативного вмешательства (операции)» после заполнения подписывается медицинскими работниками, непосредственно участвовавшими в проведении оперативном вмешательстве (операции).

17. Раздел «Протокол анестезиологического пособия» Карты заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом.

17.1. В строке «Сведения о пациенте» указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, а также сведения о его массе тела, росте, группе крови, резус-принадлежности и антигене K1 системы Kell, иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии).

17.2. В строке «Сведения об оперативном вмешательстве (операции)» указываются наименование оперативного вмешательства (операции), порядок ее выполнения в плановом или экстренном порядке, длительность оперативного вмешательства (операции) и анестезиологического пособия, положение пациента на операционном столе.

17.3. В строке «Премедикация» указываются наименования лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения.

17.4. В строке «Операционно-анестезиологический риск» указываются сведения об оценке операционно-анестезиологического риска.

17.5. В строке «Мониторинг жизненно-важных функций организма» указываются сведения о проведенном мониторинге жизненно-важных функций организма: сердечном ритме, артериальном давлении, частоте сердечных сокращений, частоте дыхательных движений, термометрии, сатурации и иных (при необходимости).

17.6. В строке «Способ проведения анестезиологического пособия» указывается вид анестезиологического пособия, примененный в отношении пациента.

17.7. В строке «Вводный наркоз» указываются используемые препараты, режим дозирования.

17.8. В строке «Путь введения анестетика» указываются особенности и путь введения анестетика для проведения анестезиологического пособия.

17.9. В строке «Интубация» указываются вид интубации, газовый состав дыхательной смеси с указанием объема кислорода и азота в минуту, наименования и процентовки испаряемого анестетика.

17.10. В строке «Номер интубационной трубки» указывается размер интубационной трубки.

17.11. В строке «Газовый состав дыхательной смеси» указывается объем и наименование газов, используемых в дыхательной смеси.

17.12. В строке «Наркозный аппарат» указываются наименование, производитель и марка наркозного аппарата.

17.13. В строке «Параметры искусственной вентиляции легких» указываются сведения о дыхательном объеме, минутном объеме дыхания, пиковом давлении, особенностях искусственной вентиляции легких.

17.14. В строке «Базовый период наркоза» указываются сведения об особенностях базового периода наркоза.

17.15. В строке «Пробуждение» указывается сведения о пробуждении пациента, особенности пробуждения, оценка по шкалам (при наличии).

17.16. В строке «Сознание, самостоятельное дыхание восстановлены в полном объеме» указываются сведения о наличии сознания и степени восстановлении самостоятельного дыхания.

17.17. В строке «Декураризация» указываются сведения о проведении декураризации.

17.18. В строке «Переведен» указываются сведения о дате, времени и месте куда переведен пациент после завершения анестезиологического пособия (в отделение, палату, с указанием наименования).

17.19. В строке «Нуждается в продленной респираторной поддержке» указываются сведения о наличии или отсутствии необходимости в проведении в отношении пациента продленной респираторной поддержки.

17.20. В строке «Гидробаланс» указываются сведения об объемах кровопотери, проведенной гемотрансфузии, введении коллоидов, кристаллоидов, объеме диуреза.

17.21. В разделе «Протокол анестезиологического пособия» указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должность врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-специалиста, принявшего пациента после проведенного анестезиологического пособия, которые подписывают данный раздел.

18. Раздел «Карта проведения анестезиологического пособия» Карты заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом путем внесения сведений в строки и графы в соответствии с мониторируемыми показателями в ходе проведения анестезиологического пособия, где отражаются фактические данные проведения и течения анестезиологического пособия – характеристика параметров, этапы анестезиологического пособия, отметка об этапах операции.

Раздел «Карта проведения анестезиологического пособия» Карты после заполнения подписывается медицинскими работниками, непосредственно участвовавшими в проведении анестезиологического пособия, с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности, специальности.

19. Раздел «Лабораторный мониторинг проведения анестезиологического пособия, интенсивной терапии» Карты заполняется путем внесения сведений в строки и графы в соответствии с мониторируемыми показателями в ходе проведения анестезиологического пособия, интенсивной терапии, где отражаются фактические данные лабораторного мониторинга течения анестезиологического пособия, интенсивной терапии в соответствующих единицах измерения по указанным параметрам.

Необходимость отражения в разделе Карты отдельных показателей коагулоляционного гемостаза, а именно активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени, определяется клиническими рекомендациями.

В случае ведения Карты в форме электронного документа заполнение раздела «Лабораторный мониторинг проведения анестезиологического пособия, интенсивной терапии» возможно в автоматическом режиме с использованием медицинских информационных систем.

Раздел Карты «Лабораторный мониторинг проведения анестезиологического пособия, интенсивной терапии» подписывается врачом-анестезиологом-

реаниматологом и медицинской сестрой-анестезистом с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии) и должности.

20. Раздел «Карта проведения реанимации и интенсивной терапии» Карты заполняется врачом-анестезиологом-реаниматологом путем внесения сведений в строки и графы в соответствии с мониторируемыми показателями (результаты термометрии, измерения частоты сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхательных движений), оценкой диуреза (в миллилитрах), состояния дренажей, характеристики дыхания, индекса оксигенации, уровня сознания по шкале Глазго, степени тяжести состояния (в том числе с использованием шкал), введенных лекарственных препаратов в ходе проведения реанимации и интенсивной терапии, гидробаланса, а также дополнительная информация (при наличии).

Раздел Карты «Карта проведения реанимации и интенсивной терапии» подписывается врачом-анестезиологом-реаниматологом и медицинской сестрой-анестезистом с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности и специальности.

21. Раздел «Лист назначений и их выполнение» Карты заполняется лечащим врачом в соответствии с назначенным пациенту перечнем лекарственных препаратов, лечебного питания, режима, заполняется и ведется отдельно и вкладывается в Kartu в день выписки пациента.

В разделе «Лист назначений и их выполнение» Карты указываются: фамилия, имя отчество (при наличии) пациента, дата рождения, номер медицинской карты, номер палаты, диагноз (основное заболевание), аллергические реакции на лекарственные препараты, наличие пищевой аллергии или иных видов непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции.

При назначении и отмене лекарственного препарата, лечебного питания, режима соответствующая запись производится в графах «Лекарственный препарат (наименование, лекарственная форма, дозировка, способ введения (применения), лечебное питание, режим», «Дата назначения; подпись лечащего врача (врача-специалиста), сделавшего назначение», «Дата отменены; подпись лечащего врача (врача-специалиста), отменившего назначение».

При исполнении назначения в соответствующих графах проставляется дата и время исполнения, подпись медицинского работника ответственного за исполнение.

Контроль исполнения назначения осуществляется лечащим врачом, дежурным врачом путем проставления подписи в графе «Подпись медицинского работника, ответственного за контроль исполнения назначений» под отметками об исполнении в каждом временном интервале.

В случае выявления реакции на применение назначенного лекарственного препарата или лечебного питания в графе «Сведения о реакции на применение (при наличии)» вносятся сведения, отражающие наличие реакции, в том числе аллергической реакции, вид реакции и дату выявления, которые в обязательном порядке указываются на титульном листе Карты и в разделе «Выписной эпикриз» Карты (при выписке пациента) или в разделе «Посмертный эпикриз» Карты (в случае смерти пациента).

В графах «Медицинское вмешательство», «Дата назначения», «Подпись лечащего врача (врача-специалиста), сделавшего назначение», «Дата и время выполнения назначения», «Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись медицинского работника, ответственного за выполнение назначения» указывается перечень назначенных лечащим врачом, врачом-специалистом медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, и способ их применения. Напротив каждого назначенного медицинского вмешательства указывается дата его назначения, ставится подпись лечащего врача (врача-специалиста), сделавшего назначение, дата и время исполнения назначения, и фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись работника, ответственного за исполнение назначения.

22. Раздел «Лист регистрации трансфузий (переливания) донорской крови и (или) её компонентов» заполняется лечащим врачом, врачом-специалистом, проводившим трансфузию. В данном разделе указываются наименование компонента донорской крови и (или) её компонентов с указанием количества (литры, единицы), дата проведения трансфузии, фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача (врача-специалиста), проводившего трансфузию, его подпись, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, ответственного за выполнение трансфузии и его подпись, информация о наличии или отсутствии посттрансфузионных осложнений.

23. Раздел «Лист регистрации показателей жизненно важных функций организма» Карты заполняется медицинской сестрой. В разделе указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), возраст и рост пациента, дата и время регистрации показателей, порядковый номер суток пребывания в медицинской организации, данные о температуре тела (в строке, соответствующей интервалу значения показателя), частоте дыхания, сатурации, массе тела, объеме выпитой жидкости, объеме введенной жидкости парентерально, суточном объеме мочи, характере стула на момент регистрации показателя. Необходимость указания каждого показателя в разделе «Лист регистрации показателей жизненно важных функций организма» Карты определяется лечащим врачом.

24. Раздел «Лист учета лучевой нагрузки» Карты заполняется лечащим врачом или медицинской сестрой путем внесения сведений в соответствующие графы, где отражаются сведения о полученной пациентом лучевой нагрузке, а именно указываются дата проведения метода диагностики или лечения, сопровождающегося лучевой нагрузкой, наименование рентгенологического исследования, исследования с помощью радионуклидов, метода радиационной терапии, лечения с помощью лучевого воздействия, иного метода диагностики или лечения, сопровождающегося лучевой нагрузкой и величина лучевой нагрузки (дозы), выраженной в миллизивертах (мЗв).

При формировании раздела «Лист учета лучевой нагрузки» в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, соответствующий указанному методу диагностики или лечения, сопровождающегося лучевой нагрузкой.

25. Раздел «Выписной (переводной) эпикриз» Карты заполняется лечащим врачом, врачом-специалистом при выписке пациента из медицинской организации, при переводе пациента в другое отделение медицинской организации.

25.1. В строке «Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), ОГРН (ОГРНИП)» указываются наименование медицинской организации (в соответствии с учредительными документами) из которой выписывается (переводится) пациент, и основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, и основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).

25.2. В строке «Наименование отделения (структурного подразделения)» указывается наименование отделения (структурного подразделения), в котором находился пациент.

25.3. В строке «Номер медицинской карты» указывается номер Карты, присвоенный при поступлении пациента.

25.4. В строке «Сведения о пациенте» указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол, регистрация по месту жительства, регистрация по месту пребывания пациента.

25.5. В строке «Поступил» указываются соответственно условия оказания медицинской помощи в медицинской организации.

25.6. В строке «Период нахождения в стационаре, дневном стационаре» указываются дата и время поступления и выписки пациента.

25.7. В строке «Количество дней нахождения в медицинской организации (койко-дни)» указывается количество дней в течении которых пациент получал медицинскую помощь в условиях стационара, дневного стационара.

25.8. В строке «Исход госпитализации» указываются соответствующие сведения об исходе госпитализации.

25.9. В строке «Результат госпитализации» указывается состояние пациента на момент выписки из стационара, дневного стационара.

25.10. В строке «Форма оказания медицинской помощи» указывается плановая или экстренная.

25.11. В строке «Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации» указываются сведения (при наличии) о полисе обязательного медицинского страхования; контактные данные законных представителей; дееспособность; сведения об образовательной организации в отношении детей-сирот; сведения о наименовании медицинской организации или фамилии, имени, отчестве (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, направившей пациента на госпитализацию; номер и дата направления на госпитализацию (талона на высокотехнологичную медицинскую помощь) и иные сведения.

25.12. В строке «Заключительный клинический диагноз» лечащим врачом указываются сведения об основном заболевании (травме, отравлении) и код по МКБ

в соответствии с заключительным клиническим диагнозом, установленным в стационаре, дневном стационаре, а также сведения об осложнениях основного заболевания (при наличии), сведения о внешней причине при травмах, отравлениях (при наличии), сопутствующих заболеваниях (при наличии) и их коды по МКБ.

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о диагнозе (при наличии), в том числе сведения о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, а в случае злокачественного новообразования код классификации по TNM, стадия онкологического заболевания.

При нахождении пациента в условиях стационара, дневного стационара для прохождения медицинской реабилитации, указываются сведения по оценке нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья¹⁴, указывается оценка по шкале реабилитационной маршрутизации. При нахождении пациента в условиях стационара, дневного стационара по профилю «неврология», указывается оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации¹⁵.

25.13. В строке «Состояние при поступлении» указываются сведения о заболевании пациента при его поступлении в стационар, дневной стационар, в том числе жалобы, анамнез заболевания, результаты физикального исследования и иные сведения (при наличии), состав и объем которых определяются лечащим врачом.

25.14. В строке «Осмотры врачей-специалистов, консилиумы врачей, врачебные комиссии» указываются (при наличии) результаты осмотров, консультаций врачей-специалистов, консилиумов врачей, проведенные пациенту при нахождении в стационаре, дневном стационаре, имеющие существенное значение для установления состояния здоровья, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения пациента, в том числе после окончания нахождения в стационаре, дневном стационаре. Указание в выписном эпикризе результатов конкретного осмотра, консультации врача-специалиста определяется на усмотрение лечащего врача. При этом указываются: дата и время проведения осмотра, консультаций врача-специалиста; фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность врача-специалиста проводившего осмотр, консультацию; заключение, по результатам осмотра, консультации.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, соответствующий осмотру, консультации врача-специалиста, согласно номенклатуре медицинских услуг.

25.15. В строке «Результаты медицинского обследования» отражаются (при наличии) результаты проведенных пациенту медицинских вмешательств, направленных на диагностику заболеваний, в том числе результаты проведения

¹⁴ Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, одобренная на Пятдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 г.

¹⁵ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 сентября 2020 г., регистрационный № 60039).

лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

В случае повторного выполнения одноименных медицинских вмешательств, направленных на диагностику заболеваний, в обязательном порядке отражаются результаты первого и последнего (по дате и времени выполнения) медицинских вмешательств направленных на диагностику заболеваний. При этом указываются дата и время проведения (выполнения) вышеуказанных медицинских вмешательств, наименование медицинских вмешательств, сведения о результатах медицинских вмешательств. Состав и объем указываемых сведений определяются лечащим врачом.

При необходимости указываются сведения о протоколах выполнения медицинских вмешательств, направленных на диагностику заболеваний; фамилия, имя, отчество (при наличии), должности и специальности работников, участвовавших в проведении медицинских вмешательств; информация об использованных медицинских изделиях и иные сведения о проведенных медицинских вмешательствах.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, согласно номенклатуре медицинских услуг, соответствующий медицинскому вмешательству, направленному на диагностику заболеваний.

25.16. В строке «Применение лекарственных препаратов (включая химиотерапию, вакцинацию), медицинских изделий, лечебного питания» отражается перечень примененных при нахождении в стационаре, дневном стационаре, лекарственных препаратов, вакцин, лечебного питания. При этом указываются наименование примененных лекарственных препаратов, вакцин, дозировка, кратность введения, путь введения, длительность курса лечения (дата начала и дата окончания) и иные сведения (при наличии). Для лечебного питания указываются дата начала и дата окончания его применения.

При проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях и группировке примененных лекарственных препаратов в схемы лечения, согласно клиническим рекомендациям, дополнительно указываются код схемы лекарственной терапии.

Сведения о наличии выявленных реакций, в том числе аллергических реакций, и иных непереносимостей после примененных лекарственных препаратов, вакцин, лечебного питания, подлежат обязательному отражению в настоящей строке.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, согласно номенклатуре медицинских услуг, соответствующий применению лекарственных препаратов, вакцин, лечебного питания, медицинских изделий.

25.17. В строке «Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов» указываются наименование компонентов крови, дата и время начала и окончания трансфузии, информация о наличии посттрансфузионных осложнений (при наличии) и иные сведения (при наличии).

При необходимости указываются сведения о протоколе выполнения трансфузии, фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и специальность работников, участвовавших в проведении трансфузии.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, согласно номенклатуре медицинских услуг, соответствующий трансфузии компонентов крови.

25.18. В строке «Оперативные вмешательства (операции), включая сведения об анестезиологическом пособии» указываются дата и время проведения (выполнения) оперативного вмешательства (операции), номер протокола оперативного вмешательства (операции), наименование оперативного вмешательства (операции), результат, наличие послеоперационных осложнений и сведения об анестезиологическом пособии.

При необходимости указываются иные сведения из протокола выполнения оперативного вмешательства (при наличии), в том числе фамилия, имя, отчество (при наличии), должности и специальности медицинских работников, участвовавших в проведении оперативного вмешательства (операции); описание оперативного вмешательства (операции); сведения о медицинских изделиях, используемых в ходе оперативного вмешательства (операции), в том числе наименование, серийный номер, количество; сведения о лекарственных препаратах, используемых в ходе оперативного вмешательства (операции), с указанием наименования, дозы, лекарственной формы, пути введения.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается коды медицинских услуг, согласно номенклатуре медицинских услуг, соответствующие проведенному оперативному вмешательству (операции) и (или) выполненному анестезиологическому пособию.

25.19. В строке «Медицинские вмешательства» отражаются (при наличии) результаты проведенных пациенту медицинских вмешательств, направленных на лечение заболеваний и медицинскую реабилитацию, а именно результаты проведения лучевой терапии, иммобилизации, ортопедических пособий, экстракорпорального воздействия на кровь, сведения о проведенной искусственной вентиляции легких, лечебной физкультуре и иные виды медицинских вмешательств.

При этом указываются дата и время проведения (выполнения) медицинского вмешательства; наименование медицинского вмешательства; результат медицинского вмешательства.

При описании результатов лучевой терапии дополнительно указываются даты проведения лучевой терапии, характер лучевой терапии, способ облучения, вид облучения, метод облучения, мишень облучения, дозы облучения, включая разовую очаговую дозу и суммарную очаговую дозу, количество фракций и иные сведения (при наличии).

В обязательном порядке указывается наличие выявленной непереносимости или аллергической реакции (при наличии) после примененных пациенту медицинских вмешательств, направленных на лечение заболеваний и медицинскую реабилитацию.

Дополнительно при наличии указываются сведения о протоколе выполнения медицинского вмешательства, фамилия, имя, отчество (при наличии), должности

и специальности работников, участвовавших в проведении медицинских вмешательств, информация об использованных медицинских изделиях и иные сведения.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, согласно номенклатуре медицинских услуг, соответствующий проведенному пациенту медицинскому вмешательству, направленному на лечение заболеваний и медицинскую реабилитацию.

Состав и объем указываемых сведений определяются лечащим врачом.

25.20. В строке «Дополнительные сведения» указываются сведения о результатах проведенных диагностических мероприятий, лечении, медицинской реабилитации и лечебно-оздоровительном режиме, и иная информация о состоянии здоровья пациента, результаты шкал оценки, вопросников и других оценочных инструментов состояния пациента, оценка локального статуса, в том числе дополнительные сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, имеющие существенное значение для установления состояния здоровья, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения пациента, в том числе после окончания нахождения в стационаре, дневном стационаре.

Дополнительно указываются сведения об отказе пациента от диагностики, лечения, медицинской реабилитации, о направлении пациента на медико-социальную экспертизу и иные сведения.

Состав указываемых сведений и их объем определяются лечащим врачом.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа для каждой медицинской услуги, указанной в строке «Дополнительные сведения», указываются код медицинской услуги, согласно номенклатуре медицинских услуг; наименование медицинской услуги; сведения о результате её выполнения; при необходимости указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должности и специальности работников медицинской организации, участвовавших в выполнении медицинской услуги, информация об использованных медицинских изделиях и иные сведения.

25.21. В строке «Состояние при выписке, трудоспособность, листок нетрудоспособности» указываются сведения о состоянии пациента на момент выписки из стационара, дневного стационара, а также сведения о восстановлении, временной утрате либо стойкой утрате трудоспособности и, при наличии, номер листка нетрудоспособности с указанием периода нетрудоспособности.

25.22. В строке «Рекомендации» указываются сведения о рекомендациях пациенту по результатам нахождения в стационаре, дневном стационаре, в связи с имеющимся заболеванием, в том числе о показаниях к выполнению методов диагностики, лечения, медицинской реабилитации, лечебно-оздоровительного режима, применении лекарственных препаратов, проведении вакцинации, использовании лечебного питания, показаниях и противопоказаниях к санаторно-курортному лечению после окончания лечения в условиях стационара, дневного стационара, в том числе указание о направлении в медицинскую

организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь. Состав и объем указываемых сведений определяются лечащим врачом.

25.23. Раздел карты «Выписной (переводной) эпикриз» подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности, даты и времени подписания.

26. В случае смерти пациента лечащим врачом оформляется раздел «Посмертный эпикриз» Карты, в котором в том числе отражаются сведения о пребывании пациента в медицинской организации и об оказанной ему медицинской помощи, описывается динамика состояния пациента, указывается дата и время смерти, выставляется заключительный клинический диагноз (посмертный).

26.1. В строке «Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), ОГРН (ОГРНИП)» указываются наименование медицинской организации (в соответствии с учредительными документами) и основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, и основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).

26.2. В строке «Наименование отделения (структурного подразделения)» указывается наименование отделения (структурного подразделения), в котором находился пациент.

26.3. В строке «Номер медицинской карты» указывается номер Карты, присвоенный при поступлении пациента.

26.4. В строке «Сведения о пациенте» указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол, регистрация по месту жительства, регистрация по месту пребывания пациента.

26.5. В строке «Поступил» указываются соответственно условия оказания медицинской помощи в медицинской организации.

26.6. В строке «Период нахождения в стационаре, дневном стационаре» указываются дата и время поступления и смерти пациента.

26.7. В строке «Количество дней нахождения в медицинской организации (койко-дни)» указывается количество дней в течении которых пациент получал медицинскую помощь в условиях стационара, дневного стационара.

26.8. В строке «Дата и время наступления смерти» указываются дата и время констатации смерти пациента.

26.9. В строке «Форма оказания медицинской помощи» указывается плановая или экстренная.

26.10. В строке «Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации» указываются сведения (при наличии) о полисе обязательного медицинского страхования; контактные данные законных представителей; дееспособность; сведения об образовательной организации в отношении детей-сирот; сведения о наименовании медицинской организации или фамилии, имени, отчестве (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего

медицинскую деятельность, направившей пациента на госпитализацию; номер и дата направления на госпитализацию (талона на высокотехнологичную медицинскую помощь) и иные сведения.

26.11. В строке «Заключительный клинический диагноз (посмертный)» лечащим врачом указываются сведения об основном заболевании (травме, отравлении) и код по МКБ в соответствии с заключительным клиническим диагнозом, установленным в стационаре, дневном стационаре, а также сведения об осложнениях основного заболевания (при наличии), сведения о внешней причине при травмах, отравлениях (при наличии), сопутствующих заболеваниях (при наличии) и их коды по МКБ.

В строке «Дополнительные сведения о заболевании» при необходимости указываются дополнительные сведения о диагнозе (при наличии), в том числе сведения о сочетанных, конкурирующих и фоновых заболеваниях, а в случае злокачественного новообразования код классификации по TNM, стадия онкологического заболевания.

26.12. В строке «Состояние при поступлении» указываются сведения о заболевании пациента при его поступлении стационар, дневной стационар, в том числе жалобы, анамнез заболевания, результаты физикального исследования и иные сведения (при наличии), состав и объем которых определяются лечащим врачом.

26.13. В строке «Осмотры врачей-специалистов, консилиумы врачей, врачебные комиссии» указываются (при наличии) результаты осмотров, консультаций врачей-специалистов, консилиумов врачей, проведенные пациенту при нахождении в стационаре, дневном стационаре, имеющие существенное значение для установления состояния здоровья, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения пациента, в том числе после окончания нахождения в стационаре, дневном стационаре. Целесообразность указания в выписном эпикризе результатов конкретного осмотра, консультации врача-специалиста определяется лечащим врачом. При этом указываются: дата и время проведения осмотра, консультаций врача-специалиста; фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность врача-специалиста проводившего осмотр, консультацию; заключение, по результатам осмотра, консультации.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, соответствующий осмотру, консультации врача-специалиста, согласно номенклатуре медицинских услуг.

26.14. В строке «Результаты медицинского обследования» отражаются (при наличии) результаты проведенных пациенту медицинских вмешательств, направленных на диагностику заболеваний, в том числе результаты проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях определения диагноза, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

В случае повторного выполнения одноименных медицинских вмешательств, направленных на диагностику заболеваний, в обязательном порядке отражаются результаты первого и последнего (по дате и времени выполнения) медицинских вмешательств направленных на диагностику заболеваний. При этом указываются

дата и время проведения (выполнения) вышеуказанных медицинских вмешательств; наименование медицинских вмешательств; сведения о результатах медицинских вмешательств. Состав и объем указываемых сведений определяются лечащим врачом.

При необходимости указываются сведения о протоколах выполнения медицинских вмешательств, направленных на диагностику заболеваний; фамилия, имя, отчество (при наличии), должности и специальности работников, участвовавших в проведении медицинских вмешательств; информация об использованных медицинских изделиях и иные сведения о проведенных медицинских вмешательствах.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, согласно номенклатуре медицинских услуг, соответствующий медицинскому вмешательству, направленному на диагностику заболеваний.

26.15. В строке «Применение лекарственных препаратов (включая химиотерапию, вакцинацию), медицинских изделий, лечебного питания» отражается перечень примененных при нахождении в стационаре, дневном стационаре, лекарственных препаратов, вакцин, лечебного питания. При этом указываются наименование примененных лекарственных препаратов, вакцин, дозировка, кратность введения, путь введения, длительность курса лечения (дата начала и дата окончания) и иные сведения (при наличии). Для лечебного питания указываются дата начала и дата окончания его применения.

При проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях и группировке примененных лекарственных препаратов в схемы лечения, согласно клиническим рекомендациям, дополнительно указываются код схемы лекарственной терапии.

Сведения о наличии выявленных реакций, в том числе аллергических реакций, после примененных лекарственных препаратов, вакцин, лечебного питания, подлежат обязательному отражению в настоящей строке.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, согласно номенклатуре медицинских услуг, соответствующий применению лекарственных препаратов, вакцин, лечебного питания.

26.16. В строке «Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов» указываются наименование компонентов крови, дата и время начала и окончания трансфузии, информация о наличии посттрансфузионных осложнений (при наличии) и иные сведения (при наличии).

При необходимости указываются сведения о протоколе выполнения трансфузии, фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и специальность работников, участвовавших в проведении трансфузии.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, согласно номенклатуре медицинских услуг, соответствующий трансфузии компонентов крови.

26.17. В строке «Оперативные вмешательства (операции), включая сведения об анестезиологическом пособии» указываются дата и время проведения (выполнения)

оперативного вмешательства (операции), номер протокола оперативного вмешательства (операции), наименование оперативного вмешательства (операции), результат, наличие послеоперационных осложнений и сведения об анестезиологическом пособии.

При необходимости указываются иные сведения из протокола выполнения оперативного вмешательства (при наличии), в том числе фамилия, имя, отчество (при наличии), должности и специальности медицинских работников, участвовавших в проведении оперативного вмешательства (операции); описание оперативного вмешательства (операции); сведения о медицинских изделиях, используемых в ходе оперативного вмешательства (операции), в том числе наименование, серийный номер, количество; сведения о лекарственных препаратах, используемых в ходе оперативного вмешательства (операции), указываются наименование, доза, лекарственная форма, путь введения.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указываются коды медицинских услуг, согласно номенклатуре медицинских услуг, соответствующие проведенному оперативному вмешательству (операции) и (или) выполненному анестезиологическому пособию.

26.18. В строке «Медицинские вмешательства» отражаются (при наличии) результаты проведенных пациенту медицинских вмешательств, направленных на лечение заболеваний и медицинскую реабилитацию, а именно результаты проведения лучевой терапии, иммобилизации, ортопедических пособий, экстракорпорального воздействия на кровь, сведения о проведенной искусственной вентиляции легких, лечебной физкультуре и иные виды медицинских вмешательств.

При этом указываются дата и время проведения (выполнения) медицинского вмешательства; наименование медицинского вмешательства; результат медицинского вмешательства.

При описании результатов лучевой терапии дополнительно указываются даты проведения лучевой терапии, характер лучевой терапии, способ облучения, вид облучения, метод облучения, мишень облучения, дозы облучения, включая разовую очаговую дозу и суммарную очаговую дозу, количество фракций и иные сведения (при наличии).

В обязательном порядке указывается наличие выявленной непереносимости или аллергической реакции (при наличии) после примененных пациенту медицинских вмешательств, направленных на лечение заболеваний и медицинскую реабилитацию.

Дополнительно указываются сведения о протоколе выполнения медицинского вмешательства, фамилия, имя, отчество (при наличии), должность и специальность работников, участвовавших в проведении медицинских вмешательств, информация об использованных медицинских изделиях.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа дополнительно указывается код медицинской услуги, согласно номенклатуре медицинских услуг, соответствующий проведенному пациенту медицинскому вмешательству, направленному на лечение заболеваний и медицинскую реабилитацию.

Состав и объем указываемых сведений определяются лечащим врачом.

26.19. В строке «Дополнительные сведения» указываются сведения о результатах проведенных диагностических мероприятий, лечении, медицинской реабилитации и лечебно-оздоровительном режиме, и иная информация, в том числе дополнительные сведения о результатах медицинского обследования, об установленном диагнозе заболевания, имевших существенное значение для установления состояния здоровья, диагноза заболевания. Состав и объем указываемых сведений определяются лечащим врачом.

Дополнительно указываются сведения об отказе пациента от диагностики, лечения, медицинской реабилитации и иные сведения.

При формировании настоящего раздела Карты в форме электронного документа для каждой медицинской услуги, указанной в строке «Дополнительные сведения», указываются код медицинской услуги, согласно номенклатуре медицинских услуг; наименование медицинской услуги; сведения о результате её выполнения; при необходимости указываются фамилия, имя, отчество (при наличии), должности и специальности работников медицинской организации, участвовавших в выполнении медицинской услуги, информация об использованных медицинских изделиях и иные сведения.

26.20. В строке «Обстоятельства смерти» указываются в хронологической последовательности обстоятельства смерти пациента, особенности терминального состояния пациента, а также медицинские мероприятия, проведенные медицинскими работниками для предотвращения смерти.

26.21. Раздел «Посмертный эпикриз» Карты подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности и даты и времени подписания.

27. При выписке пациента Карта подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и передается на хранение в медицинскую организацию.

28. В случае смерти пациента Карта подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и передается руководителю медицинской организации или его заместителю по медицинской части для решения вопроса о направлении на вскрытие либо отмены вскрытия. Соответствующая виза вносится на титульный лист Карты. Карта направляется вместе с трупом для проведения вскрытия.

После завершения исследования трупа в Карту вкладывается протокол патолого-анатомического вскрытия для последующего хранения Карты в медицинской организации.

29. При предоставлении сведений, содержащихся в Карте, составляющих врачебную тайну без согласия гражданина или его законного представителя в установленных частью 4 статьи 13 Федерального закона № 323-ФЗ случаях, медицинской организацией делается копия Карты в целях сохранности соответствующих сведений.

Приложение № 6
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 20 22 г. № 530н

**Порядок ведения учетной формы № 007/у
«Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда
медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь
в стационарных условиях, в условиях дневного стационара»**

1. Учетная форма № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее – Лист учета) является учетным документом, на основании которого ведется ежедневный учет движения пациентов и использования коечного фонда в структурных подразделениях медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – медицинская организация).

2. Лист учета ведется медицинским работником, ответственным за его ведение, в каждом структурном подразделении медицинской организации, имеющем коечный фонд. Сведения о движении пациентов и изменениях коечного фонда по структурным подразделениям, имеющим в своем составе койки различных профилей, вносятся по каждому профилю медицинской помощи¹.

3. Лист учета формируется в форме электронного документа, в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов² и (или) оформляется на бумажном носителе, путем заполнения соответствующих разделов, строк и граф.

4. На лицевой стороне Листа учета указываются наименование и адрес медицинской организации (в соответствии с учредительными документами), основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации или в отношении индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес осуществления медицинской деятельности и основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 июня 2012 г., регистрационный № 24440) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 декабря 2014 г. № 843н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 января 2015 г., регистрационный № 35536).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2020 г. № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 января 2021 г., регистрационный № 62054).

5. В графе 2 Листа учета указываются сведения о числе коек, включая койки, на которые не осуществляется госпитализация по установленному профилю (в период ремонта и по иным причинам).

Койки для пребывания лиц по уходу за пациентами (родителей, законных представителей, иных лиц), койки для новорожденных в данной графе не учитываются.

6. Из числа коек, указанных в графе 2 Листа учета, в графе 3 указываются сведения о числе коек, на которые не осуществляется госпитализация по установленному профилю (в период ремонта и по иным причинам).

7. В графах 4-18 Листа учета указываются сведения о движении пациентов за истекшие сутки: с 9 часов утра предыдущих суток до 9 часов утра текущих суток, а именно о числе находившихся в структурном подразделении и поступивших пациентах (в том числе из дневных стационаров), выписанных пациентов (в том числе в дневные стационары), умерших пациентов.

При заполнении сведений о движении пациентов в графе 4 Листа учета вносится число пациентов, находящихся в структурном подразделении по состоянию на 9 часов утра предыдущих суток.

В графе 5 Листа учета указывается общее число поступивших пациентов за истекшие сутки в структурное подразделение.

Сведения в графах 6-9 Листа учета формируются из графы 5 Листа учета:

в графе 6 Листа учета указывается число пациентов, поступивших в структурное подразделение из дневных стационаров;

в графе 7 Листа учета указывается число поступивших в структурное подразделение пациентов, проживающих в сельской местности;

в графе 8 Листа учета указывается число поступивших в отделение детей в возрасте 0-17 лет включительно;

в графе 9 Листа учета указывается число поступивших в структурное подразделение пациентов старше трудоспособного возраста.

При заполнении сведений о поступивших пациентах (без учета переведенных внутри стационара) в графах 5-9 Листа учета, в случае поступления пациента из стационара в дневной стационар пациент считается как вновь поступивший.

8. В графах 12-15 Листа учета указывается число выписанных из структурного подразделения пациентов, включая выписанных пациентов старше трудоспособного возраста, выписных в стационары, дневные стационары.

При заполнении сведений о выписанных пациентах в графах 12-15 Листа учета, в случае поступления пациента из стационара в дневной стационар пациент считается как выписанный.

9. В графе 16 Листа учета указывается число умерших пациентов, сведения в графах 17-18 формируются из данных графы 16: в графе 17 указываются сведения об умерших в возрасте 0-17 лет, в графе 18 указываются сведения о числе умерших пациентов старше трудоспособного возраста.

10. В графе 19 Листа учета указываются сведения о числе пациентов, находившихся в структурном подразделении по состоянию на 9 часов утра текущего дня. Сведения в графе 20 формируются из данных графы 19,

в данной графе указываются сведения о числе пациентов старше трудоспособного возраста, находившихся в структурном подразделении по состоянию на 9 часов утра текущего дня.

11. В графе 21 Листа учета указываются сведения о числе лиц (родителей, законных представителей, иных лицах), осуществляющих уход за пациентами (в общем движении пациентов сведения о данных лицах не учитываются).

12. В графах 22-23 Листа учета указываются сведения о числе свободных мужских и женских мест в структурном подразделении.

13. На оборотной стороне Листа учета указываются следующие сведения о пациентах: фамилия, имя, отчество (при наличии) поступивших пациентов, в том числе из дневного стационара, выписанных, в том числе в дневной стационар и умерших. Сведения о движении пациентов на лицевой стороне Листа учета количественно должны соответствовать перечню пациентов на оборотной стороне Листа учета.

14. На основании данных Листа учета ежедневно формируются сведения в учетной форме № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (Приложение № 9 к настоящему приказу).

15. При подсчете числа койко-дней для пациентов отделений медицинской организации, в которых оказывается медицинская помощь в стационарных условиях, день поступления и день выписки считается за один койко-день.

В отделении анестезиологии-реанимации, отделении интенсивной терапии учет первого койко-дня допускается при нахождении пациента 12 и более часов, учет койко-дней при нахождении пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов осуществляется в случае смерти пациента или в случае перевода пациента в другую медицинскую организацию. В остальных случаях пребывание пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов учитывается как пребывание в профильном структурном подразделении.

При подсчете числа койко-дней для пациентов, получающих медицинскую помощь в дневных стационарах, день поступления и день выписки считается за два койко-дня.

16. В случае ведения медицинской организацией медицинской документации в форме электронных документов в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, допускается вести учет движения пациентов и использования коечного фонда в структурных подразделениях медицинской организации на основе данных учетных форм № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», учетных форм № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», учетных форм № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь

в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», утвержденных настоящим приказом, без ведения Листа учета при условии соблюдения полноты ведения статистического учета в отношении пациентов, которым оказана медицинская помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, статистического учета в отношении сведений о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара.

Приложение № 7
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

Медицинская документация
Учетная форма № 008/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

ЖУРНАЛ

**УЧЕТА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ (ОПЕРАЦИЙ)
В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Начат « ___ » _____ 20__ г.

Окончен « ___ » _____ 20__ г.

Код отделения _____

Оперативное вмешательство (операция) № _____

1. Номер карты пациента _____
2. Фамилия, имя, отчество пациента (при наличии) _____
3. Пол: мужской – 1, женский – 2
4. Дата рождения: «__» _____ 20__ г.
5. Дата оперативного вмешательства (операции): «__» _____ 20__ г.
6. Время начала оперативного вмешательства (операции) _____ час. _____ мин.
время окончания оперативного вмешательства (операции) _____ час. _____ мин.
7. Продолжительность оперативного вмешательства (операции): _____ час. _____ мин.
8. Диагноз до оперативного вмешательства (операции):
- 8.1. Основное заболевание _____

8.2. Осложнения основного заболевания _____

8.3. Сопутствующие заболевания _____

8.4. Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

8.5. Дополнительные сведения о заболевании _____

9. Наименование оперативного вмешательства (операции): _____

Код оперативного вмешательства (операции) согласно номенклатуре медицинских услуг: _____

10. Оперативное вмешательство (операция):
- 10.1. Высокотехнологичная медицинская помощь: да, нет.
- 10.2. С использованием аппаратуры (подчеркнуть): лазерной, криогенной, эндоскопической, рентгеновской _____
- 10.3. Кратность оперативного вмешательства (операции): первичная, повторная.
- 10.4. Микрохирургическое оперативное вмешательство (операция): да, нет.

11. Премедикация (наименование лекарственных препаратов, дозы) _____

11.1. Вид анестезиологического пособия: _____

12. Описание оперативного вмешательства (операции):

13. Исход оперативного вмешательства (операции) (подчеркнуть): благоприятный, летальный
(дата и время смерти: «__» _____ 20__ г., _____ час. _____ мин.).

14. Операционный материал, взятый на патоморфологическое диагностическое исследование:

15. Осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции): _____

16. Диагноз после проведения оперативного вмешательства (операции):

16.1. Основное заболевание _____

16.2. Осложнения основного заболевания _____

16.3. Сопутствующие заболевания _____

16.4. Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

16.5. Дополнительные сведения о заболевании _____

17. Оперативное вмешательство (операцию) провели:

Персонал, участвующий при проведении оперативного вмешательства (фамилия, имя, отчество
(при наличии), должность, специальность, подпись):

состав оперирующей бригады:

оперирующий врач _____

ассистирующий врач _____

операционная медицинская сестра _____

состава бригады анестезиологии-реанимации:

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра-анестезист _____

Приложение № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 20 22 г. № 5304

**Порядок
ведения учетной формы № 008/у
«Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской
организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях,
в условиях дневного стационара»**

1. В учетной форме № 008/у «Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее – Журнал) регистрируются оперативные вмешательства, произведенные в структурных подразделениях медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность) оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – медицинская организация). Журнал ведется в каждой операционной медицинской организации.

2. Журнал формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов¹ и (или) оформляется на бумажном носителе.

3. Ведение Журнала производится оперирующим врачом путем внесения сведений в соответствующие строки Журнала по каждому проведенному оперативному вмешательству (операции), при этом в строке «Оперативное вмешательство (операция)» указывается номер оперативного вмешательства (операции).

4. Журнал состоит из титульного листа и пронумерованных страниц.

На титульном листе Журнала указываются наименование и адрес медицинской организации (в соответствии с учредительными документами), основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации или в отношении индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес осуществления медицинской деятельности и основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2020 г. № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 января 2021 г., регистрационный № 62054).

На титульном листе в строке «Начат» указывается дата начала ведения, в строке «Окончен» дата окончания ведения, в строке «Код отделения» указывается код отделения в медицинской организации.

5. В пункте 1 Журнала в соответствии с учетной формой № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», утвержденной настоящим приказом, указывается номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – Карта).

В пункте 2 Журнала указываются фамилия, имя, отчество пациента (при наличии).

6. В пунктах 3-4 Журнала указываются пол пациента, дата рождения на основании сведений, содержащихся в Карте.

7. В пунктах 5-7 Журнала указываются дата оперативного вмешательства (операции), время начала оперативного вмешательства (операции), время окончания оперативного вмешательства (операции) и продолжительность оперативного вмешательства (операции).

8. В пункте 8 Журнала указывается диагноз до оперативного вмешательства (операции): основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания и внешняя причина при травмах, отравлениях (при наличии), а также дополнительные сведения о заболевании (при наличии).

9. В пункте 9 Журнала указываются наименование оперативного вмешательства (операции) и его код, согласно номенклатуре медицинских услуг.

10. В пункте 10 Журнала указываются:

отметка о выполнении высокотехнологичной медицинской помощи;

отметка об использовании аппаратуры;

отметка о кратности оперативного вмешательства (операции): первичная, повторная;

отметка о проведении микрохирургического оперативного вмешательства (операции).

11. В пункте 11 Журнала указываются наименование лекарственных препаратов, используемых при премедикации, дозы, а также вид анестезиологического пособия.

12. В пункте 12 Журнала «Описание оперативного вмешательства (операции)» подробно описывается ход оперативного вмешательства (операции): доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей; для эндоскопического оперативного вмешательства (операции) – где и сколько установлено троакаров, установленное давление пневмоперитонеума); какой вид энергии использован в ходе проведения оперативного вмешательства (операции); объем выполненного вмешательства (операции); описание патологических изменений, обнаруженных при оперативном вмешательстве (операции); указание о заборе (взятии) материала для проведения патоморфологического диагностического исследования; указание на гемостаз в зоне оперативного вмешательства (операции) и в ране; число тампонов

и дренажей, оставленных в ране; завершение оперативного вмешательства (операции), при этом указываются вид швов, повязка.

13. В пункте 13 Журнала указывается исход оперативного вмешательства (операции), а в случае летального исхода указываются дата и время смерти.

14. В пункте 14 Журнала указываются данные о взятии операционного материала на патоморфологическое диагностическое исследование.

15. В пункте 15 Журнала указываются осложнения, возникшие во время оперативного вмешательства (операции).

16. В пункте 16 Журнала указывается диагноз после проведения оперативного вмешательства (операции): основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания, внешняя причина при травмах, отравлениях (при наличии), а также иные сведения о заболевании (при наличии).

17. В пункте 17 Журнала «Оперативное вмешательство (операцию) провели» указывается персонал, участвующий при проведении оперативного вмешательства (операции) – состав оперирующей бригады, состав бригады анестезиологии-реанимации, с указанием специальности (должности), их фамилии, имена, отчества (при наличии) и их подписи.

Приложение № 9
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации

от « 5 » августа 2022 г. № 5304
Код формы по ОКУД _____

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП) _____

Медицинская документация
Учетная форма № 016/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от « 5 » августа 20 22 г. № 5304

**СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И КОЕЧНОГО ФОНДА
МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Наименование структурного подразделения _____

За _____ 20 _____ год
(отчетный период: наименование месяца, полугодия, год)

Наименование профиля коек	Число коек			Состояло пациентов на начало отчетного периода			За отчетный период												Состояло пациентов на начало дня после окончания отчетного периода			Проведено пациентами койко-дней в стационаре (пациенто-дней в дневном стационаре)			
	Число коек в том числе койки, на которые не осуществляется госпитализация по установленному профилю (в период ремонта и по иным причинам) (из графы 2)	Число койки		в том числе из дневных стационаров (из графы 6)	поступило пациентов (из графы 6)			Переведено пациентов внутри стационара	выписано пациентов (из графы 13)			умерло пациентов			в том числе трудоспособного возраста	в том числе из графы 17)	Кроме того:	в том числе (из графы 21) лицами старше трудоспособного возраста	число койко-дней (пациенто-дней) в отношении коек, на которые не осуществлялась госпитализация по установленному профилю (в период ремонта и по иным причинам)	проведено койко-дней (пациенто-дней) по уходу за пациентом					
		всего	детей 0-17 лет		лиц старше трудоспособного возраста	всего	из других отделений		в другие отделения	всего	в том числе: лиц старше трудоспособного возраста (из графы 13)	в дневной стационар	переведено в стационары	всего							детей 0-17 лет	лиц старше трудоспособного возраста	всего	всего	всего
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24		

Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, на которого возложена функция по ведению статистического учета, должность, подпись

Приложение № 10
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 20 22 г. № 530н

**Порядок ведения учетной формы № 016/у
«Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской
организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях,
в условиях дневного стационара»**

1. Учетная форма № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее – Сводная ведомость) заполняется работником медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – медицинская организация), на которого возложена функция по ведению статистического учета (врач-статистик, медицинский статистик, иное лицо)

2. Сводная ведомость заполняется ежемесячно без нарастающего итога (отдельно в каждом месяце без учета данных за прошедшие месяцы текущего года), раз в полгода и раз в год нарастающим итогом по каждому структурному подразделению (далее – отделению), имеющему коечный фонд и в целом по медицинской организации.

3. Сводная ведомость формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов¹ и (или) оформляется на бумажном носителе.

4. На титульном листе Сводной ведомости указываются наименование и адрес медицинской организации (в соответствии с учредительными документами), основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации или в отношении индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес осуществления медицинской деятельности и основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).

5. Сведения для Сводной ведомости формируются путем суммирования ежедневных данных за отчетный период на основании сведений, содержащихся в графах учетной формы № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», утвержденной настоящим приказом (далее – Лист учета).

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2020 г. № 947н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 января 2021 г., регистрационный № 62054).

6. Число среднемесячных коек (графа 2 Сводной ведомости) рассчитывается путем суммирования данных графы 2 Листа учета за каждый день отчетного периода и последующего деления полученной суммы на число календарных дней в отчетном периоде.

Число среднегодовых коек рассчитывается путем суммирования данных графы 4 Сводной ведомости, сформированной (оформленной) по каждому месяцу отчетного года и последующего деления полученной суммы на 12 (количество месяцев в году).

7. В случае ведения медицинской организацией медицинской документации в форме электронных документов в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, допускается вести учет движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, на основе данных учетных форм № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», учетных форм № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», учетных форм № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», утвержденных настоящим приказом, без ведения Сводной ведомости при условии соблюдения полноты ведения статистического учета в отношении пациентов, которым оказана медицинская помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, статистического учета в отношении сведений о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара.

Приложение № 11
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 20 22 г. № 530н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД _____

Медицинская документация
Учетная форма № 066/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от « 5 » августа 20 22 г. № 530н

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
ВЫБЫВШЕГО ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № _____**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20 ____ г.

Пол: мужской – 1, женский – 2

Гражданство: _____

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____ район _____
город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____ район _____
город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность: городская – 1, сельская – 2

Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в зарегистрированном браке – 2, неизвестно – 3.

Общее образование: 1 – дошкольное образование; 2 – начальное общее образование; 3 – основное общее образование;
4 – среднее общее образование; профессиональное образование: 5 – среднее профессиональное образование; 6 – высшее образование;
неизвестно – 7.

Занятость: работает – 1, проходит военную и приравненную к ней службу – 2, пенсионер – 3, обучающийся – 4,
не работает – 5, прочее – 6 _____ . Для детей: дошкольник, организован – 7, дошкольник, не организован – 8, школьник – 9;

социальное положение: ребенок-сирота – 10, без попечения родителей – 11, проживающий в организации для детей-сирот – 12.

Место работы, место учебы, наименование дошкольного образовательного учреждения, наименование организации для детей-сирот:

Должность (для работающего): _____

Группа инвалидности: _____

Лицо, подвергшееся радиационному облучению: да - 1, нет - 2

Полис обязательного медицинского страхования:

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: « ____ » _____ 20 ____ г.

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу:

СНИЛС: _____

Дата и время поступления: « ____ » _____ 20 ____ г. время: _____ час. _____ мин.

Поступил через _____ часов после начала заболевания, получения травмы, отравления.

Направлен в стационар (дневной стационар): поликлиникой - 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи – 2,
полицией – 3, обратился самостоятельно – 4, другое – 5 (указать) _____

Поступил в стационар (дневной стационар) для оказания медицинской помощи в текущем году: по поводу основного заболевания,
указанного в диагнозе при поступлении: первично – 1, повторно – 2.

Форма оказания медицинской помощи: плановая – 1, экстренная – 2.

Факт употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установлении наличия или отсутствия признаков состояния опьянения
при поступлении пациента в медицинскую организацию: _____

Основной вид оплаты: обязательное медицинское страхование – 1, средства бюджета (всех уровней) – 2,
платные медицинские услуги – 3, в том числе добровольное медицинское страхование – 4, другое – 5 _____

Диагноз при направлении: _____ код по МКБ _____

Предварительный диагноз (диагноз при поступлении): _____ код по МКБ _____

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Движение пациента по отделениям:

№ п/п	Наименование отделения	Профиль коек	Фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача	Дата поступления	Дата и время выписки, смерти	Основное заболевание	Код по МКБ	Количество дней нахождения в медицинской организации
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Сведения об оперативных вмешательствах (операциях):

Дата, время	Фамилия, имя, отчество (при наличии) оперирующего врача	Код отделения	Наименование оперативного вмешательства (операции)		Осложнение оперативного вмешательства (операции)		Вид анестезиологического пособия	Использование медицинских изделий (оборудования)			
			наименование	код согласно номенклатуре медицинских услуг	наименование	код по МКБ		эндоскопическое	лазерное	криогенное	рентгеновское
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген К1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

Обследование: на ВИЧ: да – 1; нет – 2; на сифилис: да – 3; нет – 4; на гепатиты В, С: да – 5; нет – 6.

Исход госпитализации: выписан – 1, в том числе в дневной стационар – 2, в стационар – 3.

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), куда переведен пациент _____

Результат госпитализации: выздоровление – 1, улучшение – 2, без перемен – 3, ухудшение – 4, умер – 5.

Выписан дата: «___» _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Умер в _____ отделении: «___» _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Умерла беременная: 1 – до 22 недель беременности, 2 – после 22 недель беременности.

Количество дней нахождения в медицинской организации _____

Оформлен листок нетрудоспособности: № _____ от «___» _____ 20__ г.

(дубликат листка нетрудоспособности № _____ от «___» _____ 20__ г.)

освобождение от работы с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

продление листка нетрудоспособности:

№ _____ освобождение от работы с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

№ _____ освобождение от работы с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г.

приступить к работе с «___» _____ 20__ г.

явка в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации) «___» _____ 20__ г.

Оформлен листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи (фамилия, имя, отчество (при наличии)): _____

Диагноз клинический, установленный в стационаре, дневном стационаре:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина, при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача _____

подпись _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) заведующего отделением _____

подпись _____

Приложение № 12
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

**Порядок ведения учетной формы № 066/у
«Статистическая карта выбывшего из медицинской организации,
оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях,
в условиях дневного стационара»**

1. Учетная форма № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее – Карта) предназначена для регистрации пациентов, выбывших из медицинской организации (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – медицинская организация).

2. Карта ведется медицинским работником структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего прием пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара.

3. Карта формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов¹ и (или) оформляется на бумажном носителе на каждого пациента, находившегося в медицинской организации, на основе сведений, содержащихся в строках Титульного листа и раздела «Сведения о пациенте» учетной формы № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», утвержденной настоящим приказом.

4. На титульном листе Карты указываются наименование и адрес медицинской организации (в соответствии с учредительными документами), основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации или в отношении индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес осуществления медицинской деятельности и основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).

5. В строке «Факт употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установлении наличия или отсутствия признаков состояния опьянения при поступлении пациента в медицинскую организацию» Карты указываются сведения на основании графы 17 формы № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», утвержденной настоящим приказом.

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2020 г. № 947н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 января 2021 г., регистрационный № 62054).

6. В строке «Патологоанатомический диагноз» Карты указываются сведения о патологоанатомическом диагнозе в случае смерти пациента в стационаре, дневном стационаре на основе заключения о причине смерти и диагнозе заболевания по результатам патологоанатомического вскрытия.

7. В день выписки пациента из стационара, дневного стационара Карта подписывается лечащим врачом и заведующим отделением с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии) и должности.