

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 5 августа 2022 г. N 530н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения" (с изменениями и дополнениями)

Приложение N 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2022 г. N 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 N 003/y

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 5 августа 2022 г. N 530н

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

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 N ____
Переведен в отделение: _____ профиль коек _____ палата N ____
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: N _____ от "_____" 20__ г.
(дубликат листка нетрудоспособности N _____ от "_____" 20__ г.)

освобождение от работы с "_____" 20__ г. по "_____" 20__ г.
продление листка нетрудоспособности:

N _____ освобождение от работы с "_____" 20__ г.
по "_____" 20__ г.

N _____ 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 _____ N _____

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_____

ОСМОТР

лечащим врачом, врачом-специалистом, заведующим отделением,
лечащим врачом совместно с врачом-специалистом, лечащим врачом
совместно с заведующим отделением

" ____ " _____ 20 ____ г. время: ____ час. ____ мин.

Жалобы:

Анамнез заболевания (дополнения к анамнезу):

Анамнез жизни (дополнения к анамнезу):

Физикальное исследование, локальный статус (его изменение):

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

Имплантированные 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, SpO_2)

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:

O_2 , литров в минуту _____; N_2O , 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: _____

Декуаризация (не проводилась, проводилась): _____

Переведен: _____
 Дата, время перевода: "_____" 20__ г. время: _____ час. _____ мин.
 Нуждается в продленной респираторной поддержке: _____.
 Гидробаланс (по состоянию пациента): кровопотеря _____ мл.;
 гемотрансфузия _____ 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 _____

КАРТА ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

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) _____
 Название оперативного вмешательства (операции): _____
 Длительность: операции: часов _____ минут _____; анестезиологического
 пособия: часов _____ минут _____;
 Наркозный аппарат (производитель, марка): _____
 Дыхательный контур: _____

Дата, время											
Газы: O ₂											
N ₂ O											
Ингаляционный анестетик											
Внутривенно болюсно:											
Внутривенно капельно: объем											
ВРЕМЯ											
	SpO ₂										
	CO ₂										

	ЦВД											
	t°											
35	250											
30	200											
ЧДД 25	АД 150											
20	ЧСС 100											
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 функций# 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) _____

I

Параметры	Дата, время														
КРОВЬ															
гемоглобин															
гематокрит															
эритроциты															
лейкоциты															
тромбоциты															
K+															
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)															
PH															
PO ₂															

[illegible]

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

врач-анестезиолог-реаниматолог

медицинская сестра-анестезист

КАРТА ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Дата рождения: " " 20 г.

Масса тела: _____ кг, рост _____ см.

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

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии)

Диагноз:

Основное заболевание

Осложнения основного заболевания

Внешняя причина при травмах, отравлениях

Сопутствующие заболевания

Дополнительные сведения о заболевании

Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или

иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида

аллергической реакции:

Дата										
День пребывания										
Время										
	температура тела, С ⁰									
35	250									
30	200									
ЧДД 25	АД 150									

20	ЧСС	100										
15		50										
10		0										
Диурез, мл.												
Дренажи												
Характеристика дыхания												
Индекс оксигенации												
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 _____

ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ И ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ Дата рождения " _____ " _____ г.
N медицинской карты _____ N палаты _____
Диагноз (основное заболевание): _____
Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

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	Отметки об исполнении назначения лекарственного препарата, лечебного питания, режима, (дата и время исполнения, подпись медицинского работника, ответственного за исполнение) (время, дата подпись)														Сведения о реакции на применение (при наличии)
Подпись медицинского работника, ответственного за контроль исполнения																	

назначений

оборотная сторона раздела "Лист назначений и их выполнение"

Медицинское вмешательство	Дата назначения	Подпись лечащего врача (врача-специалиста), сделавшего назначение	Дата и время исполнения назначения	Фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись медицинского работника, ответственного за исполнение назначения

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ТРАНСФУЗИИ (ПЕРЕЛИВАНИЯ) ДОНОРСКОЙ КРОВИ И (ИЛИ) ЕЕ КОМПОНЕНТОВ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ Дата рождения " ____ " _____ г. N медицинской карты _____
N палаты _____

Наименование компонента крови	Количество		Дата проведения трансфузии	Фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача (врача-специалиста), проводившего	Подпись лечащего врача (врача-специалиста), проводившего трансфузию	Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, ответственного за выполнение	Подпись медицинской сестры, ответственной за выполнение трансфузии	Информация о наличии посттрансфузионных осложнений (да/нет)
	литр	единицы						

[illegible]

ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____, возраст _____, рост пациента, см _____

[illegible]

35 -35,9																		
ниже 35																		
Частота дыхания																		
SpO2, %																		
Масса тела (кг)																		
Выпито жидкости (мл)																		
Введено жидкостей (в мл) парентерально																		
Суточный объем мочи (мл)																		
Стул																		

ЛИСТ УЧЕТА ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ

[illegible]

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 _____

наименование функции _____ улица _____
строение/корпус _____ квартира _____

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

Период нахождения в стационаре: _____ 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.