

**ПРИКАЗ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**1 октября 2007 г. N 792**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В  
ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩИХ  
СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ**

(в ред. приказа Минздрава от 18.11.2008 N 1050)

На основании подпункта 6.27 пункта 6 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. N 1331, в редакции постановления Совета Министров Республики Беларусь от 1 августа 2005 г. N 843 ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

форму N 003/у-07 "Медицинская карта стационарного больного" согласно приложению 1;  
форму N 007/у-07 "Листок движения больных и коечного фонда стационара" согласно приложению 2;  
форму N 066/у-07 "Статистическая карта выбывшего из стационара" согласно приложению 3;  
форму N 016/у-07 "Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек" согласно приложению 4;

форму N 008/у-07 "Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре" согласно приложению 5;  
форму N 001/у-07 "Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации" согласно приложению

6.

---

Пункт 2 вступил в силу с 1 октября 2007 года (пункт 3 данного документа).

---

2. Начальникам управлений здравоохранения облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям организаций здравоохранения, подчиненных Министерству здравоохранения Республики Беларусь, принять необходимые меры по выполнению настоящего приказа.

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 января 2008 года, за исключением пункта 2, который вступает в силу со дня подписания настоящего приказа.

Министр В.И.ЖАРКО

Приложение 1  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
01.10.2007 N 792

(в ред. приказа Минздрава от 18.11.2008 N 1050)

Форма N 003/у-07

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

---

наименование организации здравоохранения

Виды транспортировки  
(подчеркнуть) :  
на каталке, на кресле, может идти

Требования службы  
чрезвычайных ситуаций

Носилочный (дата)	Ходячий (дата)
-------------------	----------------


Водитель	ДА	НЕТ	
----------	----	-----	--

категория

Медицинская карта стационарного пациента

N \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Фамилия: \_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_

Отчество: \_\_\_\_\_

ДИАГНОЗ основного заболевания (проставляется после выписки)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Код по МКБ 10

--	--	--

--	--

Дата поступления: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ день \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год

Дата выписки:  
 (смерти) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ день \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год

Архив N
Год

Место подклеивания направления на госпитализацию

Информация	Подпись пациента Дата
<p>Разрешаю предоставлять информацию о факте госпитализации, состоянии здоровья, диагнозе заболевания, прогнозе, результатах обследования и лечения следующим лицам (Ф.И.О., степень родства):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>С правилами внутреннего распорядка стационара для пациентов ознакомлен, обязуюсь выполнять</p> <p>Предупрежден, что за нарушение запрета курения в зданиях больницы пациент подлежит выписке (приказ</p>	



Медицинская карта стационарного пациента N \_\_\_\_\_

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_ М / Ж  
\_\_\_\_\_ не идентифицирован
2. Личный номер \_\_\_\_\_ без паспорта
3. Возраст \_\_\_\_\_ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев,  
до 1 месяца - дней)
4. Домашний адрес \_\_\_\_\_  
адрес по паспортным данным: государство, область, район, населенный пункт;  
\_\_\_\_\_ номер телефона, адрес родственников
5. Адрес места проживания \_\_\_\_\_  
адрес временного проживания: государство, область, район, населенный пункт;  
\_\_\_\_\_ номер телефона, адрес родственников  
Адрес и фамилия ближайших родственников: \_\_\_\_\_
6. Вид оплаты: за счет бюджетных средств, собственных средств, медицинского страхования (добровольного, обязательного) (нужное подчеркнуть).  
Страховой полис: серия \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_ Страховщик: \_\_\_\_\_
7. Место работы, профессия или должность \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ для детей - название детского учреждения, школы; для учащихся - место учебы
8. Инвалид или ветеран войн; инвалид ВС; воин-интернационалист; пострадавший (ая) от катастрофы на ЧАЭС; ребенок-инвалид до 18 лет (нужное подчеркнуть), другое (указать)  
N удостоверения \_\_\_\_\_
9. Кем направлен \_\_\_\_\_
10. Доставлен в стационар (нужное подчеркнуть) по экстренным показаниям: через \_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке
11. Диагноз направившей организации здравоохранения \_\_\_\_\_
12. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_
13. Диагноз клинический ( \_\_. \_\_\_\_\_. 20\_\_ г.) \_\_\_\_\_
14. Диагноз заключительный клинический:  
основной \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Код по МКБ-10  
\_\_\_\_\_ 

--	--	--	--	--	--
- осложнения основного \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
15. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (нужное подчеркнуть), всего \_\_\_\_\_ раз
16. Хирургические операции и послеоперационные осложнения



" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Решение консилиума  
С целью \_\_\_\_\_  
показано назначение \_\_\_\_\_  
Подписи членов консилиума  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Решение консилиума  
С целью \_\_\_\_\_  
показано назначение \_\_\_\_\_  
Подписи членов консилиума  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Решение консилиума  
С целью \_\_\_\_\_  
показано назначение \_\_\_\_\_  
Подписи членов консилиума  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Решение консилиума  
С целью \_\_\_\_\_  
показано назначение \_\_\_\_\_  
Подписи членов консилиума  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Решение консилиума  
С целью \_\_\_\_\_  
показано назначение \_\_\_\_\_  
Подписи членов консилиума  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Решение консилиума  
С целью \_\_\_\_\_  
показано назначение \_\_\_\_\_  
Подписи членов консилиума  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Решение консилиума  
С целью \_\_\_\_\_  
показано назначение \_\_\_\_\_  
Подписи членов консилиума  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Решение консилиума  
С целью \_\_\_\_\_  
показано назначение \_\_\_\_\_  
Подписи членов консилиума  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_, получив от лечащего  
(фамилия, имя, отчество пациента или  
лица, давшего согласие, степень родства)

врача \_\_\_\_\_ в доступной и  
(фамилия, имя, отчество врача)

понятной мне форме информацию о состоянии моего здоровья, цели медицинского  
вмешательства и его возможных осложнениях при проведении данного сложного  
медицинского вмешательства, даю информированное добровольное согласие на

\_\_\_\_\_ (название медицинского вмешательства - записывается пациентом  
собственноручно или врачом по просьбе пациента)

\_\_\_\_\_ (подпись пациента или давшего согласие)

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись врача)

Согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_, получив от лечащего  
(фамилия, имя, отчество пациента или  
лица, давшего согласие, степень родства)

врача \_\_\_\_\_ в доступной и  
(фамилия, имя, отчество врача)

понятной мне форме информацию о состоянии моего здоровья, цели медицинского  
вмешательства и его возможных осложнениях при проведении данного сложного  
медицинского вмешательства, даю информированное добровольное согласие на

\_\_\_\_\_  
(название медицинского вмешательства - записывается пациентом  
собственноручно или врачом по просьбе пациента)  
\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись пациента или давшего согласие)  
\_\_\_\_\_ (подпись врача)

Согласие на медицинское вмешательство

Я, \_\_\_\_\_, получив от лечащего  
(фамилия, имя, отчество пациента или  
лица, давшего согласие, степень родства)

врача \_\_\_\_\_ в доступной и  
(фамилия, имя, отчество врача)

понятной мне форме информацию о состоянии моего здоровья, цели медицинского  
вмешательства и его возможных осложнениях при проведении данного сложного  
медицинского вмешательства, даю информированное добровольное согласие на

\_\_\_\_\_  
(название медицинского вмешательства - записывается пациентом  
собственноручно или врачом по просьбе пациента)  
\_\_\_\_\_

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись пациента или давшего согласие)  
\_\_\_\_\_ (подпись врача)

Осмотр врачом приемного отделения Дата " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Время \_\_ : \_\_  
Жалобы пациента

История заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Наследственный анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Объективный статус

Общее состояние пациента: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое,  
крайне тяжелое (нужное подчеркнуть).

Сознание: ясное, оглушение, сопор, кома 1, кома 2, кома 3 (нужное  
подчеркнуть).

Положение: активное, пассивное, вынужденное (нужное подчеркнуть).

Питание: нормальное, повышенное, пониженное, кахексия (нужное подчеркнуть).

Кожные покровы: обычной окраски, желтушны, гиперемированы, бледные,  
акроцианоз, диффузный цианоз (нужное подчеркнуть).

Кожная сыпь: нет, да \_\_\_\_\_  
Отеки, пастозность: нет, да: голени, \_\_\_\_\_ бедра, справа, слева, с обеих сторон, анасарка (нужное подчеркнуть).  
Видимые слизистые: без изменений, иктеричны, гиперемированы, бледные (нужное подчеркнуть).  
Лимфоузлы: не увеличены, увеличены \_\_\_\_\_ см, плотные, эластичные, безболезненные, болезненные (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_  
Мышечная и костно-суставная система: без отклонений от нормы, изменена (описать) \_\_\_\_\_

Температура тела \_\_\_\_\_ град. С Вес \_\_\_\_\_ кг, Рост \_\_\_\_\_ см

#### Органы кровообращения

Пульс \_\_\_\_\_ ударов в мин.; ритмичный, аритмичный, нитевидный дефицит пульса: нет, да \_\_\_\_\_ ударов в мин. (нужное подчеркнуть).  
Артериальное давление \_\_\_\_\_ мм рт.ст.  
Границы сердца не расширены; расширены \_\_\_\_\_  
Тоны сердца: ясные, приглушены, глухие, ритмичные, аритмичные (нужное подчеркнуть).  
Шумы: систолический, диастолический, шум трения перикарда \_\_\_\_\_

#### Органы дыхания

Перкуторно: звук ясный легочной, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Дыхание: везикулярное, бронхиальное, амфорическое, ослаблено, усилено, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Хрипы: сухие, влажные (мелкопузырчатые, среднепузырчатые, крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Число дыханий \_\_\_\_\_ в минуту.

Одышка носит: инспираторный, экспираторный, смешанный характер (нужное подчеркнуть).

#### Органы пищеварения

Язык: сухой, влажный, не обложен, обложен \_\_\_\_\_ налетом.

Зев: не гиперемирован, гиперемирован \_\_\_\_\_

Печень: не увеличена, выходит из-под реберной дуги на \_\_\_\_\_ см, безболезненна, болезненна (нужное подчеркнуть).

Желчный пузырь: не определяется, выступает из-под реберной дуги на \_\_\_\_\_ см, болезненный, безболезненный (нужное подчеркнуть).

Перистальтика кишечника: есть, нет (нужное подчеркнуть).

Кожный зуд: есть, нет (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Живот мягкий, напряжен \_\_\_\_\_ доступен для глубокой пальпации во всех отделах, не доступен для глубокой пальпации в \_\_\_\_\_ отделах, безболезненный, болезненный в \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть).

Перитонеальные симптомы: отсутствуют, вызываются \_\_\_\_\_

Стул: ежедневный, запоры, послабляющий (нужное подчеркнуть), цвет: обычный, необычный \_\_\_\_\_, патологические примеси: нет, есть: \_\_\_\_\_

Мочеиспускание: свободное, затруднено, безболезненное, болезненное, расстройства мочеиспускания: нет, да \_\_\_\_\_

Симптом поколачивания: отрицательный, положительный, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть)

Локальный статус \_\_\_\_\_



Проведенное обследование \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Оказанная помощь \_\_\_\_\_

Время: \_ \_ : \_ \_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Первичный осмотр лечащим врачом /  
совместно с заведующим отделением

Дата: " \_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Время: \_\_\_\_\_ часов \_\_\_\_\_ минут

Жалобы пациента

История заболевания

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: \_\_\_\_\_

Аллергологический анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть,  
вписать) \_\_\_\_\_

Наследственный анамнез: не отягощен, отягощен (нужное подчеркнуть, вписать)

Операции \_\_\_\_\_

Трансфузиологический анамнез \_\_\_\_\_

Акушерский и гинекологический анамнез: месячные с \_\_\_\_\_ лет, по \_\_\_\_\_ дней,  
через \_\_\_\_\_ дней, последние месячные \_\_\_\_\_, беременность (число) \_\_\_\_\_,  
аборты \_\_\_\_\_, роды (число, течение) \_\_\_\_\_, менопауза с \_\_\_\_\_.

Гинекологические заболевания \_\_\_\_\_

Экспертно-трудовой анамнез \_\_\_\_\_

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне  
тяжелое (нужное подчеркнуть).

Нервно-психическое состояние

Сознание: ясное, оглушение, спутанное, отсутствует, сопор, кома 1, кома 2, кома 3 (нужное подчеркнуть).

Состояние психики, настроение: спокойное, приподнятое, подавленное, тревожное (подчеркнуть).

Очаговая и общемозговая неврологическая симптоматика, параличи, парезы, нарушения чувствительности, рефлексов, головные боли, шум в голове, головокружение, галлюцинации и др.

---

Телосложение: правильное, астеничное, гиперстеничное (нужное подчеркнуть).

Состояние подкожного жирового слоя (повышенное или пониженное питание, истощение I - II - III ст. или ожирение I - II - III ст.).

Кожные покровы, видимые слизистые: без изменений, иктеричны, гиперемированы, бледные (нужное подчеркнуть).

Лимфоузлы: не увеличены, увеличены, плотные, эластичные, безболезненные, болезненные (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

---

Костно-мышечная и суставная система: без отклонений от нормы, изменена (описать) \_\_\_\_\_

---

Температура тела \_\_\_\_\_ град. С Вес \_\_\_\_\_ кг, Рост \_\_\_\_\_ см

Органы кровообращения

Пульс \_\_\_\_\_ ударов в мин.; ритмичный, аритмичный, нитевидный дефицит пульса: нет, да \_\_\_\_\_ ударов в мин. (нужное подчеркнуть).

Артериальное давление \_\_\_\_\_ мм рт.ст. \_\_\_\_\_ мм рт.ст.

Границы сердца не расширены; расширены: правая на \_\_\_\_\_ см от правого края грудины; верхняя: край (верхний, нижний) \_\_\_\_\_ ребра; левая: на \_\_\_\_\_ см (кнаружи, кнутри) от левой средне-ключичной линии.

Тоны сердца: ясные, приглушены, глухие, ритмичные, аритмичные (нужное подчеркнуть).

Шумы: \_\_\_\_\_

---

Органы дыхания

Число дыханий \_\_\_\_\_ в минуту.

Одышка носит: инспираторный, экспираторный, смешанный характер (нужное подчеркнуть).

Перкуторно: звук ясный легочной, притупленный, тупой, коробочный, тимпанический, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

---

Дыхание: везикулярное, бронхиальное, амфорическое, ослаблено, усилено, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

---

Хрипы: сухие, влажные (мелкопузырчатые, среднепузырчатые, крупнопузырчатые), крепитация, шум трения плевры справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

---

Органы пищеварения

Рвота: нет / есть \_\_\_\_\_ раз в сутки с едой и питьем связанная (да/нет)

Язык: сухой, влажный, не обложен, обложен \_\_\_\_\_ налетом.

Зев: не гиперемирован, гиперемирован \_\_\_\_\_

Печень: не увеличена, выходит из-под реберной дуги на \_\_\_\_\_ см, безболезненна, болезненна (нужное подчеркнуть).

Желчный пузырь: не определяется, выступает из подреберья на \_\_\_\_\_ см, болезненный, безболезненный (нужное подчеркнуть).

Перистальтика кишечника обычна, изменена (описать) \_\_\_\_\_

---

Живот мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах,

безболезненный, болезненный в \_\_\_\_\_ (нужное подчеркнуть).  
Перитонеальные симптомы: отсутствуют, вызываются \_\_\_\_\_

Стул: ежедневный, запоры, послабляющий (нужное подчеркнуть), частота \_\_\_\_\_ день / неделя, цвет: обычный, необычный \_\_\_\_\_, патологические примеси: нет, есть: \_\_\_\_\_  
Мочеиспускание: свободное, затруднено, безболезненное, болезненное, расстройства мочеиспускания: нет, да \_\_\_\_\_  
Симптом поколачивания: отрицательный, положительный, справа, слева, с обеих сторон (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Диурез \_\_\_\_\_  
Локальный статус \_\_\_\_\_

Догоспитальное обследование \_\_\_\_\_

Обоснование диагноза \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

План обследования \_\_\_\_\_

План лечения:  
режим \_\_\_\_\_ стол: \_\_\_\_\_

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.

Лечащий врач \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ инициалы, фамилия

Заведующий отделением \_\_\_\_\_  
подпись \_\_\_\_\_ инициалы, фамилия

Примечание: представленная структура соблюдается при формировании других видов врачебных осмотров, исключая раздел догоспитальное обследование.

Дневник врачебных наблюдений и назначений

Дата, время	Наблюдение	Назначение
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Результаты осмотров и консультации врачей-специалистов, консилиумы \_\_\_\_\_

Инструментальные и аппаратные методы обследования  
Выполненные рентгеновские исследования

№ кабинета	Дата исследования	Вид исследования	К-во рентгенограмм	ЭЭД МэВ	Сведения о возврате снимков в рентгенархив

Лабораторные исследования \_\_\_\_\_

Название ОЗ \_\_\_\_\_

Эпикриз N <1>

Ф.И.О. пациента, возраст \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Даты нахождения в стационаре \_\_\_\_\_

Диагноз заключительный клинический:

основной  
осложнения основного  
сопутствующие заболевания

Состояние и жалобы при поступлении \_\_\_\_\_

Консультации врачей – узких специалистов, консилиумы врачей \_\_\_\_\_

Результаты инструментальных и аппаратных методов исследования \_\_\_\_\_

Результаты лабораторных исследований \_\_\_\_\_

Операции \_\_\_\_\_

Состояние при выписке \_\_\_\_\_

Проведенное лечение \_\_\_\_\_

---

Рекомендации

---

Заключение: информация о листе ВН, выявленных факторах риска, проведенном онкоосмотре, другое

---

Дата

Лечащий врач \_\_\_\_\_

Заведующий отделением \_\_\_\_\_

-----  
<1> Приведена структура формирования выписного эпикриза.

Лист назначений к медицинской карте N \_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество пациента \_\_\_\_\_ палата N \_\_\_\_\_

Режим	Ia	Iб	IIa	IIб	IIIa	IIIб	IV	Стол			
Дата								Дата			

Лекарственные назначения

Назначения инъекционных препаратов	Дата назначения	Подпись врача	Дата отмены	Подпись врача	Назначения прочих препаратов	Дата назначения	Подпись врача	Дата отмены	Подпись врача

(оборотная сторона)

Назначения на обследование

Назначения на клиничко-лабораторные исследования	Дата назначения	Врач, назначивший исследование	Дата выполнения	Назначения на инструментальные исследования	Дата назначения	Врач, назначивший исследование	Дата выполнения

Сведения о сдаче вещей в приемное отделение

Место для вклеивания кармана

Осмотрен на чесотку, микроспорию, педикулез. Опрошен на тениидоз.	
" ___ " _____ 20__ г.	_____
подпись	инициалы, фамилия, проводившего осмотр

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА

Выполнена (подчеркнуть): полная, частичная Не выполнялась  
Дата \_\_\_ \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. \_\_\_\_\_  
подпись инициалы, фамилия,  
проводившего санитарную обработку

Онкоосмотр произведен	Дата
Кожа, губа, язык и слизистая рта	
Пищевод, желудок	
Прямая кишка	
Легкие	
Молочная железа, матка	
Врач _____	
Подпись инициалы, фамилия	

Краткая пояснительная записка

о порядке заполнения и печати формы  
"Медицинская карта стационарного пациента"

1. Настоящая форма содержит минимально достаточную информацию и отражает потребности большинства стационарных медицинских учреждений для взрослого населения и не рассчитана на ряд специализированных служб, например онкологию, акушерство.

2. Наличие приведенных в настоящей форме разделов и пунктов в форме "Медицинская карта стационарного пациента" обязательно.

2.1. С учетом специфики медицинских учреждений разрешается вносить дополнительные разделы и пункты.

2.1.1. Внесение изменений производится после согласования с главными специалистами МЗ РБ по курируемым направлениям.

3. Форма заполняется медицинским персоналом путем внесения записей и подчеркиваний нужных пунктов.

3.1. В пункт "план обследования" раздела "первичный осмотр лечащим врачом" вносится перечень планируемых обследований и консультаций специалистов с целью подтверждения или исключения патологии. Обоснование обследования (при необходимости) осуществляется перед проведением данного обследования в дневнике наблюдения.

3.2. В пункт "план лечения" раздела "первичный осмотр лечащим врачом" вносятся планируемые лечебные мероприятия (режим, стол, медикаментозная терапия, реабилитационные мероприятия и т.п.).

3.2.1. Медикаментозная терапия: вписываются лекарственные препараты без указания дозировок и режима приема (введения); возможно перечисление применяемых групп лекарственных средств. Конкретные препараты с указанием дозировок и режима приема (введения) вносятся в лист назначений.

3.2.2. Обоснование назначения наркотических и сильнодействующих лекарственных средств производится врачом, их назначившим, в дневниках наблюдения.

3.2.3. Назначение и обоснование выписки лекарственных средств, требующих решения консилиума, осуществляется в разделе "консилиумы по медпрепаратам".

4. При нехватке страниц соответствующего раздела карты стационарного пациента вклеиваются дополнительные листы.

4.1. После раздела "первичный осмотр лечащим врачом" может быть вклеена или напечатана типографским способом карта оценки риска суицидальной активности, после эпикриза – утвержденная Министерством здравоохранения таблица экспертной оценки качества оказания медицинской помощи.

5. Результаты протоколов обследований вклеиваются в соответствующие разделы карты или вкладываются во вклеенный карман на обложке.

6. При госпитализации детей вместе с родителями или иными лицами после данных о Ф.И.О. пациента вносится Ф.И.О. лица, госпитализированного с ребенком.

7. При госпитализации новорожденного (родившегося больным или заболевшего в стационаре) заносятся фамилия, имя, отчество матери.

8. Информация о домашнем адресе (п. 4) вносится на основании паспортных сведений о регистрации по месту жительства или месту пребывания. Адрес проживания на момент госпитализации при отличии его от паспортных данных дополнительно указывается в п. 5.

9. Данные о страховом полисе и страховщике (п. 6) вносятся при госпитализации лиц по программам страхования.

10. При наличии в организации здравоохранения электронно-вычислительной техники и соответствующего программного продукта медицинская карта заполняется автоматизированно. При формировании печатной версии электронной медицинской карты допускается:

- в пунктах, предполагающих выбор, печатать конкретный вариант, относящийся к данному больному;

- для заполненных полей опускать комментарий;

- менять порядок вывода на печать отдельных разделов протоколов при



наличии технических или программных сложностей соблюдения предложенной последовательности.

Приложение 2  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
01.10.2007 N 792

(в ред. приказа Минздрава от 18.11.2008 N 1050)



Список пациентов на начало текущего дня

Оборотная сторона

Профиль коек	Фамилии, инициалы поступивших	Фамилии, инициалы переведенных из других отделений	Фамилии, инициалы выписанных	Фамилии, инициалы переведенных		Фамилии, инициалы умерших
				в другие отделения данной больничной организации	в другие больничные организации	

Старшая медсестра отделения

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
инициалы, фамил

**ИНСТРУКЦИЯ  
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 007/У-07  
"ЛИСТОК УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И КОЕЧНОГО  
ФОНДА СТАЦИОНАРА"**

Учет работы стационарных учреждений как городских, так и сельских, независимо от их специализации, ведется по "Листку учета движения пациентов и коечного фонда стационара" (учетная форма N 007/у-07).

Учетная форма N 007/у-07 является первичным учетным документом, на основании которого ведется ежедневный учет движения пациентов и использования коечного фонда в отделении, стационаре. Эта учетная форма позволяет следить за изменением коечного фонда и движением пациентов. Кроме того, она обеспечивает возможность регулировать прием пациентов в стационаре, так как в графе 17 указывается наличие свободных мест.

Листок учета движения пациентов и коечного фонда заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа управления здравоохранением.

По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по стационару койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделения), в листки записываются первой строкой сведения о числе коек и движения пациентов в целом по отделению (включая и сведения по койкам узких специальностей), в последующие строки выделяются сведения о койках и движении пациентов по узким специальностям.

При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение пациентов с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических пациентов, фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических пациентов, - движение этих пациентов показывается по урологическим койкам. В то же время пациенты с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих пациентах показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических пациентах, лежащих в отделении, имевшем урологические койки.

В случаях, когда приказом по стационару было произведено временное или постоянное перепрофилирование коек, сведения в форме (графа 2) о фактически развернутых койках показываются по новому профилю коек. Например, если койки терапевтического отделения перепрофилируются в койки для инфекционных пациентов, то в графе 2 показываются инфекционные койки.

В число коек не включаются койки для матерей в детских отделениях, койки для новорожденных в родильных отделениях.

В графе 2 показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая свободные койки, не занятые пациентами, и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантинном и другими причинами в соответствии с приказом по стационару. В это число не включаются приставные койки, развернутые в палатах, коридорах и т.д. в связи с переполнением отделения.

Из числа коек, показанных в графе 2, выделяются в графу 3 койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами.

При заполнении сведений о движении пациентов в графе 4 (состояло пациентов) показывается общее число пациентов, находящихся в отделении на 8 часов утра истекшего дня, включая и пациентов, занимающих приставные койки.

В графах 4 - 13 показываются сведения о движении пациентов за истекшие сутки с 8 часов утра предыдущего до 8 часов утра текущего дня (о числе состоявших и поступивших пациентов, переведенных из отделения в отделение, выписанных, умерших).

В графах 14 - 15 показываются сведения о числе пациентов, состоящих в отделении на 8 часов утра текущего дня. В графе 15 из числа пациентов, состоящих в отделении на начало текущего дня, выделяются сельские жители.

В графе 5 указывается общее число поступивших в отделение пациентов за истекшие сутки. Сведения в графах 6 - 8 выделяются из графы 5; в графу 6 включаются только жители сельской местности, в графах 7 и 8 указываются поступившие пациенты в соответствии с указанным возрастом (меньше 18 лет и 1 года соответственно).

Графы 9 и 10 отражают движение пациентов внутри стационара, т.е. пациентов, переведенных из

одного отделения в другое.

В графе 11 показывается общее число выписанных из отделения пациентов, включая пациентов, переведенных в другие стационары (графа 12).

В графе 14 указывается число состоявших в отделении на начало текущего дня, т.е. на день заполнения формы. Число пациентов, показанное в графе 14 предыдущего дня, должно быть переписано в графу 4 текущего дня.

Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы количество пациентов балансировалось, т.е. число пациентов, показанное на начало текущего дня (гр. 14), было равно количеству пациентов, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 4), поступивших (гр. 5) и переведенных (гр. 9) за минусом количества пациентов, переведенных в другие отделения (гр. 10), выписанных (гр. 11) и умерших (гр. 13), т.е. числа в графах  $(4 + 5 + 9 - 10 - 11 - 13) =$  гр. 14.

Отдельно в графе 16 показываются сведения о состоящих матерях по уходу за больными детьми. В общем движении пациентов сведения о состоящих матерях при больных детях не учитываются.

В графе 17 показывается количество свободных мест как результат вычисления: число гр. 2 - число гр. 3 = число гр. 17.

На обороте учетной формы N 007/у-07 указываются фамилии и инициалы поступивших (гр. 5), переведенных внутри стационара (гр. 9, 10), выписанных (гр. 11), переведенных в другие круглосуточные стационары (гр. 12), умерших (гр. 13). Данные оборотной стороны служат для контроля поступивших и выбывших пациентов и учета поступления медицинской карты стационарного пациента (учетная форма N 003/у-07) и карты выбывшего из стационара (учетная форма N 066/у-07) в кабинете медицинской статистики.

Таким образом, достигается полнота контроля поступления медицинских карт стационарного пациента и карт выбывшего из стационара в кабинет медицинской статистики.

Сведения о движении пациентов в учетной форме N 007/у-07 (графы 5, 9, 11, 10, 12, 13) должны соответствовать списку этих пациентов на обороте учетной формы.

Заполненные листки учетной формы N 007/у-07 передаются каждый день в кабинет медицинской статистики или другому сотруднику, отвечающему за ведение учета пациентов, который ежедневно составляет данные в целом по стационару и записывает их в сводную учетную форму N 007/у-07.

Примечание.

Для организаций здравоохранения, применяющих программное средство автоматизированного формирования данной формы, допускается введение графы с номером истории болезни по всем позициям "Списка пациентов на начало текущего дня".

Приложение 3  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
01.10.2007 N 792

(в ред. приказа Минздрава от 18.11.2008 N 1050)

Форма N 066/у-07

\_\_\_\_\_  
(наименование организации здравоохранения)

Статистическая карта выбывшего из стационара N

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_ не идентифицирован

2. Личный номер \_ \_ \_ \_ \_ без паспорта

мужской  города

3. Дата рождения \_\_/\_\_/\_\_\_\_ 4. Пол:  женский  5. Житель:  села

6. Адрес регистрации \_\_\_\_\_  
7. Обслуживающая амбулаторно-поликлиническая ОЗ \_\_\_\_\_

8. Инвалид или ветеран войн ; инвалид ВС ; воин-интернационалист ;

пострадавший(ая) от катастрофы на ЧАЭС ; ребенок-инвалид до 18 лет ,

другое  (указать) \_\_\_\_\_

9. Кем направлен \_\_\_\_\_

10. Диагноз направившей ОЗ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Доставлен по экстренным показаниям

после начала заболевания (получения травмы): в первые 6 ч .

через 7 - 24 ч ; позднее 24-х ч .

12. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания:

первично , повторно .

13. Движение больного в стационаре (включая приемное отделение):

Отделение	Профиль коек	Дата, время поступления	Дата, время перевода	Дата, время выписки	Дата, время смерти
1	2	3	4	5	6

14. Проведено койко-дней по стационару:

15. Исход госпитализации: выписан

переведен  \_\_\_\_\_ умер

16. Обследование на RW "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., результат \_\_\_\_\_  
 17. Обследование на ВИЧ-инфекцию "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., результат \_\_\_\_\_

Оборотная сторона

18. Диагноз стационара  
 18.1. клинический заключительный

основной \_\_\_\_\_  
 осложнения \_\_\_\_\_  
 сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

Код по МКБ-10
_____
_____
_____

18.2. патологоанатомический

основной \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 осложнения \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Код по МКБ-10
_____
_____
_____

19. Хирургические операции

Дата, время начала и окончания	Отделение	Операция		Ф.И.О. оперирующего хирурга	Осложнения	Вид анестезии
		название	основная			
1	2	3	4	5	6	7

20. Диагностические высокотехнологические исследования

Дата, время	Отделение	Название исследования	Ф.И.О. врача	Осложнения
1	2	3	4	5

Лечащий врач

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Заведующий отделением

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_

**ИНСТРУКЦИЯ  
ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 066/У-07  
"СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА"**

"Статистическая карта выбывшего из стационара" (далее - Карта выбывшего) является статистическим учетным документом, содержащим сведения о пациенте, выбывшем из стационара. Заполняется на всех выбывших из стационара, в том числе родильниц. Она заполняется также на выбывших новорожденных, родившихся больными или заболевших в стационаре.

Номер Карты выбывшего, пункты 1 - 12 и первая строка п. 13 (ст. 1, 3, 4) заполняются при поступлении пациента (роженицы) в приемный покой стационара, родильного дома. Врач приемного отделения стационара (родильного дома) осуществляет контроль за правильным и своевременным заполнением вышеуказанных пунктов Карты выбывшего. Строки, начиная со 2-й п. 13, заполняются в каждом отделении при оформлении движения больного внутри стационара и его убытия.

Пункты 14 - 18.1 заполняются лечащим врачом при выписке пациента.

Строки пунктов 19 и 20 заполняются врачами соответствующих отделений.

Разделы пункта 18.2 "Диагноз стационара патологоанатомический" заполняются в патологоанатомическом отделении.

На заведующих отделением возлагается контроль за правильностью заполнения пунктов Карты выбывшего.

Врач кабинета медицинской статистики (или лицо, на которое возложена функция контроля кодирования диагнозов) контролирует правильность кодирования диагнозов (при необходимости кодирует диагнозы).

Кодирование диагнозов стационара (дневного стационара) проводится по "Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем" десятого пересмотра (МКБ-10).

Порядок заполнения Карты выбывшего.

В заголовке Карты выбывшего фиксируется номер медицинской карты стационарного больного (ф. N 003/у).

Пункт 1. Ф.И.О. Фамилия, имя, отчество записываются без сокращений на основании документа, удостоверяющего личность. При отсутствии документа - по устному заявлению пациента, а при отсутствии контакта с пациентом вносится "не идентифицирован". При заполнении Карты выбывшего на новорожденного (родившегося больным или заболевшего в стационаре) заносятся фамилия, имя, отчество матери.

Пункт 2. Личный номер. Фиксируется на основании данных паспорта личный номер, при отсутствии документа проставляется отметка рядом с фразой "без паспорта".

Пункт 3. Дата рождения. Указывается дата рождения пациента в формате: число, месяц, год (год рождения - полностью). Например, запись даты рождения "5 января 2003 года" должна иметь вид 05.01.2003.

Пункт 4. Пол. Пол пациента отмечается галочкой в соответствующей позиции: мужской, женский.

Пункт 5. Житель. Признак "житель города", "житель села" проставляется в соответствующей позиции (в соответствии с административным делением). Житель поселка городского типа классифицируется как житель города.

Пункт 6. Адрес регистрации. Указывается адрес места жительства / места пребывания по данным паспорта: государство, административный округ, населенный пункт (город, деревня, село и т.д.), улица, дом, корпус, квартира.

Пункт 7. Обслуживающая амбулаторно-поликлиническая ОЗ. Указываются наименование, номер организации здравоохранения, обслуживающей пациента по месту регистрации.

Пункт 8. Отмечается соответствующая позиция для пациентов, имеющих категорию льготности. Если пациент имеет категорию льготности, не указанную в Карте выбывшего, то отмечается позиция "другое" с последующим описанием.

Пункт 9. Кем направлен. Заносится наименование организации здравоохранения, направившей пациента, или канал госпитализации (например, "скорая помощь", "самостоятельное обращение" и т.д.).

Пункт 10. Диагноз направившей ОЗ. Заносится наименование диагноза направившей организации здравоохранения.

Пункт 11. Доставлен по экстренным показаниям. На основании решения врача приемного отделения проставляется признак рядом с соответствующей фразой и отмечается время, прошедшее от начала заболевания (травмы) со слов больного. При отсутствии проставленного признака госпитализация оценивается как плановая.



Пункт 12. Госпитализирован по поводу данного заболевания. Отмечается соответствующая позиция: "первично", "повторно" на основании устного заявления пациента о первичном либо повторном поступлении в данное лечебное учреждение по данному заболеванию в текущем году.

Пункт 13. Движение больного в стационаре. В столбцах 1 - 4 фиксируется движение пациента по отделениям (включая приемное отделение) с указанием наименования отделения, профиля коек (кроме приемного отделения), дат и времени поступления, убытия для каждого отделения. В столбце 5 записываются дата и время окончания госпитализации в строке, соответствующей отделению выписки пациента. Дата и время смерти регистрируются в столбце 6 в строке с наименованием отделения, где наступил летальный исход.

Пример заполнения п. 13.

Отделение	Профиль коек	Дата и время поступления	Дата и время перевода	Дата выписки	Дата смерти
Приемное отделение		12.09.2007 14.30	12.09.2007 14.40		
Отделение N 1	реанимационный	12.09.2007 14.45	14.09.2007 10.00		
Отделение N 2	терапевтический	14.09.2007 10.15		21.09.2007 12.00	

Пункт 14. Проведено койко-дней по стационару. Записывается количество койко-дней, проведенных в стационаре (в круглосуточном стационаре день поступления и день выписки считать за один койко-день для всех отделений). При совпадении дат поступления и выписки количество койко-дней считать равным 1.

Пункт 15. Исход госпитализации. Исход госпитализации отмечается в соответствующей позиции. Выбор "переведен" следует делать при переводе больного на долечивание в другую организацию здравоохранения, наименование которой необходимо указать.

Пункты 16, 17. Обследование на сифилис, ВИЧ-инфекцию. Заполняются при наличии обследования на сифилис, ВИЧ-инфекцию: отмечаются в соответствующих позициях дата проведения и результат обследования.

Пункт 18. Диагноз стационара. Записывается клинический заключительный диагноз заболевания в последовательности: "Основное, осложнение основного, сопутствующие заболевания" и соответствующие им коды МКБ-10. При наличии бикаузального или мультикаузального диагноза в рубрике "основной" кодируется одна нозологическая единица - основное заболевание, которое идет в статистическую разработку. Осложнения основного заболевания и сопутствующие заболевания кодируются при использовании их в статистическом анализе. В случае смерти пациента и проведения аутопсийного исследования, записывается патологоанатомический диагноз в последовательности: "основное, осложнение, сопутствующие".

Пункт 19. Хирургические операции. Заполняется при проведении оперативного вмешательства. Записываются: ст. 1 - дата, время начала и окончания операции; ст. 2 - наименование отделения, к которому относится операция; ст. 3 - наименование операции; ст. 4 - в случае летального исхода оперированного пациента при наличии нескольких операций одна из операций обязательно отмечается знаком "основная операция". Выделенная в качестве "основной" данная операция будет использована для статистической разработки при оценке умерших, оперированных в стационаре. Далее в столбцы 5 - 7 вносятся соответственно сведения об оперирующем хирурге (фамилия и инициалы), осложнениях, связанных с оперативным лечением, и виде обезболивания в процессе операции.

Пункт 20. Диагностические высокотехнологические исследования. Заполняется при проведении исследований, отнесенных к высокотехнологическим. Записываются: ст. 1 - дата и время начала исследования; ст. 2 - наименование отделения, где было выполнено исследование; ст. 3 - наименование исследования; ст. 4 - фамилия и инициалы врача-диагноста; ст. 5 - осложнения, возникшие в процессе исследования.

Заполненная Карта выбывшего подписывается лечащим врачом и заведующим отделением, из которого выписывается больной. Заносится дата оформления Карты выбывшего.

При наличии в стационаре электронно-вычислительной техники и соответствующего программного продукта Карта выбывшего может заполняться автоматизированно. При формировании печатной версии электронной Карты выбывшего в пунктах, предполагающих выбор, представляется конкретный вариант, относящийся к данному больному.



Окончание

Месяц года	Число коек в пределах сметы фактически развернутых + свернутых на ремонт на конец отчетного периода	Средне-месячных (годовых) коек	Состояло пациентов на начало отчетного периода	За отчетный период								Состояло пациентов на конец отчетного периода	Проведено всеми пациентами койко-дней	в том числе сельскими жителями	Число койко-дней закрытия	Кроме того, проведено койко-днями при больных детях	
				поступило пациентов			переведено пациентов внутри больницы		выписано пациентов		умерло						
				все-го	из них		из других отделений	в другие отделения	всего	в том числе переведено в другие организации здравоохране-							
					сельских жителей	детей от 0 до 17 лет включительно					в том числе детей до 1 года						
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Июль																	
Август																	
Сентябрь																	
Октябрь																	
Ноябрь																	
Декабрь																	
За год																	

Медицинский статистик \_\_\_\_\_

подпись

инициалы, фамилия \_\_\_\_\_

Дата " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Оборотная сторона

**ИНСТРУКЦИЯ**  
**ПО ЗАПОЛНЕНИЮ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ N 016/У-07**  
**"СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ БОЛЬНЫХ И КОЕЧНОГО ФОНДА**  
**ПО СТАЦИОНАРУ, ОТДЕЛЕНИЮ ИЛИ ПРОФИЛЮ КОЕК"**

Учетная форма N 016/у-07 "Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек" (далее - Сводная ведомость) составляется ежемесячно по каждому отделению и в целом по стационару. В конце месяца сведения по отделениям или по профилю коек, а также в целом по больнице, показанные в форме N 007/у-07, суммируются и переносятся в форму N 016/у-07. В таблице N 1 (приложение) приведен порядок переноса сведений из ф. N 007/у-07 в Сводную ведомость. Сводная ведомость дает возможность следить за правильным использованием коечного фонда, за развертыванием коек в отделениях и по стационару в целом (по месяцам, кварталам, полугодиям). Данные сводной ведомости характеризуют мощность больницы, ее структуру и позволяют рассчитать такие показатели, как: использование коечного фонда, средняя длительность пребывания больного в стационаре, средняя занятость койки, оборот койки, летальность (как по отделениям, так и в целом по больнице).

В графе 2 Сводной ведомости по месяцам показывается среднемесячное число коек, а "за год" - среднегодовое число коек. Для определения среднемесячного числа коек подсчитываются за месяц данные графы 2 учетной формы N 007/у-07, полученная сумма отражается в графе 1 Сводной ведомости и делится на число календарных дней месяца. Для определения числа среднегодовых коек складываются записи в графе 2 учетной формы N 016/у-02 и полученная сумма делится на 12.

Число койко-дней, проведенных больными (графа 14 Сводной ведомости), получается путем суммирования чисел больных, состоящих в 8 часов утра ежедневно за все дни месяца (графа 14 учетной формы N 007/у-07). В число больных включаются больные, находящиеся на сметных и временных койках (приставных).

Число койко-дней закрытия на ремонт и по другим причинам (графа 16 учетной формы N 16/у-07) получается путем суммирования чисел графы 3 в учетной форме N 007/у-07.

Число койко-дней по уходу (графа 17 учетной формы N 016/у-07) получается путем суммирования чисел графы 16 в учетной форме N 007/у-07.

После заполнения Сводной ведомости за месяц (за год) необходимо проверить движение больных по отделению и в целом по стационару. Для этого берется число состоявших больных на начало отчетного периода (месяца, года) - графа 3 - прибавляются числа поступивших больных (графа 4) и переводных больных внутри стационара (графа 8), за минусом числа переведенных в другие отделения (графа 9), выписанных (графа 10), умерших (графа 12), т.е. графы  $3 + 4 + 8 - 9 - 10 - 12 =$  графа 13.

Данные Сводной ведомости (учетной формы N 016/у-07) служат для заполнения таблицы N 1 "Коечный фонд и его использование" раздела III "Деятельность стационара" формы N 30 "Сведения о лечебно- профилактическом учреждении".

Приложение  
к Инструкции по заполнению  
учетной формы N 016/у-07  
"Сводная ведомость движения  
больных и коечного фонда  
по стационару, отделению или  
профилю коек"

Таблица 1

**ПОРЯДОК ПЕРЕНОСА СВЕДЕНИЙ ИЗ ЕЖЕДНЕВНОГО ЛИСТКА  
(Ф. N 007/У-07) В СВОДНУЮ ВЕДОМОСТЬ (Ф. N 016/У-07)**

Графы формы N 016/у-02		Графы формы N 007/у-02	
N	Наименование	N	Наименование
1	Число коек в пределах сметы фактически развернутых + свернутых на ремонт на конец отчетного периода	2	Фактически развернуто коек, включая койки, свернутые на ремонт
3	Состояло больных на начало отчетного периода	4	Состояло больных на начало истекших суток (суммарно за период)
4	Поступило больных всего	5	Поступило больных (без переведенных внутри стационара)
5	Поступило сельских жителей	6	Поступило сельских жителей (суммарно за период)
6	Поступило детей в возрасте 0 - 17 лет	7	Поступило детей в возрасте 0 - 17 лет
7	В том числе детей до 1 года	8	В том числе детей до 1 года
8	Переведено больных из других отделений	9	Переведено больных из других отделений
9	Переведено больных в другие отделения	10	Переведено больных в другие отделения
10	Выписано больных всего	11	Выписано больных всего
11	Выписано больных, в том числе переведено в другие БО	12	Выписано больных, в том числе переведено в другие БО
12	Умерло	13	Умерло
13	Состояло больных на конец отчетного периода	14	Состоит больных на начало текущего дня - всего
14	Проведено всеми больными койко-дней	14	Состоит больных на начало текущего дня - всего (суммарно за период)
15	В том числе сельскими жителями	15	В том числе сельскими жителями (суммарно за период)
16	Число койко-дней закрытия	3	В том числе коек, свернутых на ремонт (суммарно за период)
17	Кроме того, проведено койко-дней матерями при больных детях	16	Состоит матерей при больных детях на начало текущего дня (суммарно за период)

(в ред. приказа Минздрава от 18.11.2008 N 1050)

Форма N 008/у-07

\_\_\_\_\_  
(наименование организации здравоохранения)

Журнал  
записи оперативных вмешательств в стационаре

Начат "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
Окончен "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Операция N \_\_\_\_\_

Медицинская карта N \_\_\_\_\_ Отделение \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_  
Дата рождения "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.  
Дата операции \_\_\_/\_\_\_/ 200\_\_ г. Время операции: начало -\_\_ :\_\_ окончание -\_\_ :\_\_  
Диагноз до операции \_\_\_\_\_

Диагноз после операции \_\_\_\_\_

Операция \_\_\_\_\_

Обезболивание \_\_\_\_\_ Шкала риска \_\_\_\_\_

Операционная бригада:

Хирург \_\_\_\_\_

Ассистенты \_\_\_\_\_

Анестезиолог \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Протокол операции

\_\_\_\_\_  
Описание препарата (удаленного органа, части органа) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Биопсия \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Оператор \_\_\_\_\_

(подпись)

В журнале регистрируются все оперативные вмешательства, произведенные в стационаре. На каждую операцию отводится отдельный лист, который заполняется следующим образом:

1. Операция N - порядковый номер операции в течение текущего года. Допускается комбинированный номер, состоящий из порядкового номера по отделению, за которым будет числиться операция, и сквозного номера по операционной, например N 3/15.

2. Медицинская карта N - номер медицинской карты стационарного пациента.

3. Отделение – номер отделения, за которым будет числиться операция.

4 – 5. Ф.И.О. пациента Дата рождения – полностью фамилия, имя, отчество пациента и дата его рождения.

6 – 7. Дата, время операции – дата операции в формате: число, месяц, год и время начала и окончания операции в формате: час, минуты.

8 – 9. Диагноз до / после операции – формулировка диагноза пациента до и после оперативного лечения.

10. Операция – название операции согласно перечню операций, утвержденному в организации здравоохранения

11. Обезболивание – вид примененной анестезии.

12. Шкала риска – степень риска возможных осложнений и неблагоприятного исхода с указанием названия шкалы.

13. Операционная бригада – состав операционной бригады с указанием ролей (хирург, ассистенты, операционная м/с и т.д.) и их фамилий, инициалов.

14. Протокол операции – подробное описание хода операции.

15. Описание препарата – описание удаленного макропрепарата.

16. Биопсия – результаты исследований.

18. Оператор – подпись оперирующего хирурга.

Журнал хранится в операционной, заполняется оперирующим хирургом, если в больнице несколько операционных, то в каждой из них ведется свой отдельный журнал.

В случае формирования Журнала записи оперативных вмешательств в стационаре с помощью компьютерной технологии ведения медицинской карты стационарного пациента поля 1 – 8 заполняются автоматически с возможностью редактирования. При создании печатной копии электронного документа названия полей не выводятся на печать, если в данное поле не была внесена информация.





Журнал служит для регистрации пациентов, поступающих в стационар. Записи в журнале позволяют разрабатывать данные о поступивших пациентах, о частоте и причинах отказов в госпитализации. Журнал ведется в приемном отделении организации здравоохранения, один на всю организацию здравоохранения.

В родильных отделениях и роддомах ведется журнал по форме N 001/у только на поступающих туда гинекологических больных и женщин, госпитализируемых для прерывания беременности. Поступающие беременные, роженицы и родильницы регистрируются в журнале по ф. N 002/у.

В журнал записывается каждый пациент, обратившийся по поводу госпитализации, независимо от того, помещается ли он в стационар или ему отказано в госпитализации.

Графы 2 - 10 заполняются в приемном отделении на пациентов, поступающих в стационар.

Графы 11 - 14 заполняются в приемном отделении на пациентов, имевших направление на госпитализацию, по тем или иным причинам не госпитализированных. Для пациентов, которым отказано в госпитализации, необходимо точно указать причину отказа в госпитализации и принятые меры: данные врачебного осмотра, оказанная амбулаторная помощь, рекомендации, место перенаправления, а также факт и вариант сопровождения.

Несостоявшейся госпитализацией считаются все случаи отказа в госпитализации в течение текущего года по поводу заболевания, указанного в направлении.

При наличии в стационаре электронно-вычислительной техники и соответствующего программного продукта Журнал учета приема пациентов и отказов в госпитализации может заполняться автоматизированно. Печатная версия электронного журнала формируется один раз в сутки по окончании рабочей смены медицинской сестры приемного отделения.

---