**Об утверждении**

**формы «Сведения о пациентах с угрожающими жизни   
состояниями, находящихся в медицинской организации»   
и формы «Сведения о медицинской деятельности дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии**

В соответствии с подпунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона   
от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48,   
ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; № 43, ст. 5798; № 49, ст. 6927, 6928; 2015, № 1, ст. 72, 85; № 10, ст. 1403, 1425; № 14, ст. 2018; 2017, № 31, ст. 4791) приказываю:

Утвердить:

форму № 011-5/у «Сведения о пациентах с угрожающими жизни состояниями, находящихся в медицинской организации» согласно приложению № 1;

форму № 011-6/у «Сведения о медицинской деятельности дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии» согласно приложению   
№ 2.

Министр В.И. Скворцова

|  |
| --- |
|  |
| Приложение № 1  к приказу Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. № \_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (полное наименование медицинской организации) |  | Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес медицинской организации) |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Медицинская документация  Форма № **011-5/у** |
|  |  | Утверждена приказом Минздрава России  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. № \_\_\_\_ |

**Сведения**

**о пациентах с угрожающими жизни состояниями, находящихся в медицинской организации**

**за «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | ФИО пациента | Возраст пациента | Наименование медицинской организации (отделения медицинской организации) | Номер  медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условииях\* | Основной диагноз | Сутки лечения | Методы поддержки и (или) замещения жизненно важных функций | Динамика состояния/  исход |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Приложение № 2  к приказу Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2018 г. № \_\_\_\_ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (полное наименование медицинской организации) |  | Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (адрес медицинской организации) |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Медицинская документация  Форма № **011-6/у** |
|  |  | Утверждена приказом Минздрава России  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. № \_\_\_\_ |

**Сведения**

**о медицинской деятельности дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии**

**Начало «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. окончание «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | ФИО пациента | Возраст пациента | Наименование медицинской организации (отделения медицинской организации),  из которой поступил вызов | ФИО  дежурного врача-анастезиолога-реаниматолога дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии | Основной диагноз | Дата консультации | Тип консультации:  дистанционная/  выездная | Данные рекомендации по лечению | Контроль исполнения рекомендаций |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |