



Вр-2116460

**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)**

**ПЕРВЫЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
МИНИСТРА**

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,  
Москва, ГСП-4, 127994,  
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

Аналитический центр при  
Правительстве Российской  
Федерации

07.10.2021 № 13-6/И/1-8029

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Министерство здравоохранения Российской Федерации во исполнение пункта 3 раздела II протокола заседания подкомиссии по совершенствованию контрольных (надзорных) и разрешительных функций федеральных органов исполнительной власти при Правительственной комиссии по проведению административных реформ от 8 октября 2019 г. № 1, повторно направляет на рассмотрение проект приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков по их заполнению», с учетом замечаний и предложений согласно протоколу заочного заседания рабочей группы в полном составе в сфере здравоохранения при подкомиссии по совершенствованию контрольных (надзорных) и разрешительных функций федеральных органов исполнительной власти при Правительственной комиссии по проведению административной реформы от 28 июля 2021 г. № 71.

Приложение: на 64 л. в 1 экз.

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,  
хранится в системе электронного документооборота  
Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации.

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 01D70446AFAD7000000000C900060002  
Кому выдан: Фисенко Виктор Сергеевич  
Действителен: с 16.02.2021 до 16.02.2022

В.С. Фисенко



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

В соответствии с подпунктом 5.2.199 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 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;

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

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

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

учетную форму № 007/у «Листок ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 5;

порядок заполнения учетной формы № 007/у «Листок ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации,

оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 6;

учетную форму № 008/у «Журнал записи оперативных вмешательств в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 7;

порядок заполнения учетной формы № 008/у «Журнал записи оперативных вмешательств в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 8;

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;

порядок заполнения 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;

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

порядок заполнения учетной формы № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 12;

2. Рекомендовать руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, Федерального медико-биологического агентства, федеральных государственных бюджетных и казенных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, обеспечить введение унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков по их заполнению.

3. Признать утратившими силу:

приложения № 2, № 3 и № 5 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».

Министр

М.А. Мурашко

Приложение № 1  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Наименование медицинской организации

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес

Медицинская документация  
Учетная форма № 001/у  
Утверждена приказом Минздрава России  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_

**ЖУРНАЛ**

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

Начат « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Окончен « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



<p>Диагноз установленный направившей медицинской организацией, выездной бригады скорой медицинской помощи и код по МКБ<sup>1</sup></p>	<p>При травмах (в том числе дорожно-транспортных происшествиях) и отравлениях – формулировка внешней причины и ее код по МКБ, обстоятельства травмы, отравления</p>	<p>Нахождение пациента в состоянии опьянения: алкогольного, наркотического (указать дату взятия пробы и результат)</p>	<p>Отделение медицинской организации, в которое направлен пациент</p>	<p>Выписан, умер (указать дату и название медицинской организации)</p>	<p>Дата и время сообщения о госпитализации пациента законному представителю, родственникам или медицинской организации, направившей пациента</p>	<p>В случае, если пациенту не была оказана медицинская помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара:</p>		<p>Личная подпись пациента или его законного представителя</p>
						<p>указать причину (отказался сам, нет показаний, помощь оказана в амбулаторных условиях, направлен в другую медицинскую организацию, недостаточный объем клинико-диагностических обследований)</p>	<p>отказ в приеме (первичный, повторный)</p>	
15	16	17	18	19	20	21	22	23

<sup>1</sup> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_

**Порядок  
заполнения 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) предназначен для регистрации всех пациентов, поступающих в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, независимо от того, был ли пациент госпитализирован в медицинскую организацию или ему не была оказана медицинская помощь. Журнал ведется медицинским работником в каждом приемном или поликлиническом отделении медицинской организации.

2. Журнал может быть оформлен в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью медицинского работника, которым был сформирован (далее – электронный журнал) в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов<sup>1</sup>, и (или) оформляться на бумажном носителе.

Медицинские записи о состоянии здоровья пациентов в электронном журнале оформляются с использованием любого вида электронной подписи<sup>2</sup>.

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

4. Графы 4 - 9 Журнала заполняются на основании документов, удостоверяющих личность пациента.

При отсутствии документов, удостоверяющих личность пациента, данные графы заполняются со слов пациента, его законного представителя или родственников.

5. В графе 10 Журнала со слов пациента, его законного представителя или родственников указывается место фактического пребывания пациента, а также номер телефона законного представителя или родственников.

---

<sup>1</sup> пункт 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724);

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 07.09.2020 г. № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 12.01.2021 регистрационный № 62054)

6. В графах 11 - 12 Журнала указываются страховой номер индивидуального лицевого счета (далее – СНИЛС) пациента, серия и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

7. В графе 13 Журнала указывается, кем пациент был доставлен (направлен) на госпитализацию в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара или обратился самостоятельно.

8. В графе 14 Журнала указывается номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (учетная форма № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», предусмотренная приложением № 3 к настоящему приказу, далее – Карта).

9. В графах 15 - 16 Журнала указывается диагноз, установленный направившей медицинской организацией или выездной бригадой скорой медицинской помощи с кодом основного заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), а в случае травмы (в том числе дорожно-транспортного происшествия (далее – ДТП) или отравления – с формулировкой внешней причины, ее кодом по МКБ и обстоятельствами травмы или отравления.

Графы 15 - 16 заполняются только на основании данных учетной формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию»<sup>3</sup>, если пациент направлен медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или учетной формы № 114/у «Сопроводительный лист станции (отделения) скорой медицинской помощи и талон к нему»<sup>4</sup>, если пациент доставлен бригадой скорой медицинской помощи.

10. Графа 17 Журнала заполняется в случае, если пациент находился в состоянии алкогольного или наркотического опьянения с взятием пробы на наличие наркотического опьянения и исследования выдыхаемого воздуха. Необходимо указать результат - установлено состояние опьянения, состояние опьянения не установлено, от медицинского освидетельствования освидетельствуемый (законный представитель освидетельствуемого) отказался<sup>5</sup>.

11. В графе 18 Журнала указывается наименование отделения медицинской организации, в которое врачом приемного отделения направлен

<sup>3</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188) с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 15.12.2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160);

<sup>4</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 02.12.2009 № 942 «Об утверждении статистического инструментария станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи»;

<sup>5</sup> Приказ Минздрава России от 18.12.2015 N 933н (ред. от 25.03.2019) "О порядке проведения медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического)" (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 11 марта 2016 г., регистрационный № 41390)



пациент для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.

12. В графе 19 Журнала указывается дата и название медицинской организации на основании Карты при выписке из медицинской организации или смерти пациента.

13. В графе 20 Журнала указывается дата и время сообщения законному представителю, родственникам или медицинской организации, направившей пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара о госпитализации пациента в медицинскую организацию, об отказе в оказании медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.

14. Если пациенту не была оказана медицинская помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара в графе 21 Журнала указывается причина отказа (отказался сам, нет показаний к медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, медицинская помощь оказана в амбулаторных условиях, направлен в другую медицинскую организацию).

15. В графе 22 Журнала отмечается первичный или повторный отказ в медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в данной медицинской организации. Каждый отказ в оказании медицинской помощи в Журнале регистрируется отдельно.

16. В графе 23 Журнала при отсутствии документов, удостоверяющих личность пациента, должна быть сделана запись «со слов пациента (законного представителя, родственников)». В графе 23 ставится подпись пациента или его законного представителя.

Журнал, оформленный на бумажном носителе, должен быть пронумерован, прошнурован, подписан руководителем медицинской организации и скреплен печатью.

Сведения из Журнала, как оформленного в электронном виде, так и на бумажном носителе, используются в учетных формах первичной медицинской документации и в отчетных формах федерального и отраслевого статистического наблюдения.

Приложение № 3  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Учетная форма № 003/у  
Утверждена приказом Минздрава России  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА,  
ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ  
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА № \_\_\_\_\_**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Пол: муж. – 1, жен. – 2      3. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
4. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_ 5. Гражданство \_\_\_\_\_
6. Местность: городская – 1, сельская – 2
- 6.1. Место фактического проживания \_\_\_\_\_
7. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в зарегистрированном браке – 2, неизвестно – 3.
8. Образование: *профессиональное*: высшее – 1, среднее – 2; *общее*: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.
9. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2, пенсионер(ка) – 3,  
студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6;  
*Для детей: дошкольник* - организован - 7, не организован - 8, школьник - 9; *социальное положение ребенка*: ребенок-сирота - 10;  
оставшийся без попечения родителей - 11; проживающий в организации для детей-сирот - 12.
10. Инвалидность (группа, дата установления) \_\_\_\_\_
11. Лицо, подвергшееся радиационному облучению - 1; в том числе на Чернобыльской АЭС - 2
12. Место работы, учебы, ДОУ \_\_\_\_\_ 12.1. Должность \_\_\_\_\_
13. Полис ОМС: № \_\_\_\_\_ 14. СНИЛС \_\_\_\_\_
15. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_
16. Код категории льготы \_\_\_\_\_ 16.1. Документ, подтверждающий льготу: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_
17. Осмотр на заразные кожные болезни: педикулез, чесотка, микроспория - выявлены: да – 1, нет – 2
18. В анамнезе (год установления диагноза): \_\_\_\_\_ 18.1. Туберкулез \_\_\_\_\_; 18.2. Болезнь, вызванная ВИЧ \_\_\_\_\_
- 18.3. Вирусные гепатиты \_\_\_\_\_; 18.4. ИППП \_\_\_\_\_; 18.5. Ковид-19 \_\_\_\_\_
19. Группа крови \_\_\_\_\_ 20. Резус-принадлежность \_\_\_\_\_
21. Наличие гемотрансфузий в анамнезе (год, осложнения, реакции) \_\_\_\_\_
22. Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевую аллергию или иные виды непереносимости в анамнезе (при отсутствии аллергии указать «нет») \_\_\_\_\_
23. Направлен(а): медицинской организацией – 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи – 2, полицией – 3,  
обратился самостоятельно – 4.
24. Поступил(а) для оказания медицинской помощи в стационарных условиях в текущем году: \_\_\_\_\_
- 24.1. По поводу данного заболевания: впервые – 1, повторно – 2; 24.2. \_\_\_\_\_ раз.
- 24.3. По экстренным показаниям: да – 1, нет – 2,
- 24.4. Через \_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы (отравления);
- 24.5. В плановом порядке: да – 1, нет – 2
25. Дата и время поступления в медицинскую организацию: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_
26. Поступил: в стационар - 1, в дневной стационар - 2
27. Отделение \_\_\_\_\_ 27.1. палата № \_\_\_\_\_
28. Наименование направившей медицинской организации \_\_\_\_\_
29. Диагноз направившей медицинской организации:  
29.1. Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
29.2. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
29.3. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
29.4. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
29.5. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
29.6. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
29.7. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
30. Опыянение (на момент поступления): алкогольное – 1, наркотическое – 2, токсическое – 3
31. Диагноз клинический: \_\_\_\_\_ Дата установления: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_  
31.1. Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
31.2. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
31.3. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
31.4. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

- 31.5. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
- 31.6. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
- 31.7. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
32. Диагноз заключительный клинический:
- 32.1. Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
- 32.2. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
- 32.3. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
- 32.4. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
- 32.5. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
- 32.6. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
- 32.7. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_
33. Хирургические операции (манипуляции), методы обезболивания и послеоперационные осложнения:

Наименование операции	Код	Дата, время	Метод обезболивания	Осложнения	ФИО, проводивших операцию (манипуляцию) операционной бригады

34. Другие виды медицинской помощи, в том числе высокотехнологичная, паллиативная (указать) \_\_\_\_\_

35. Исход заболевания: выписан - с выздоровлением - 1, с улучшением - 2, без перемен - 3, с ухудшением - 4

36. Умер(ла) в \_\_\_\_\_ отделении: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_ час. - \_\_\_\_\_ мин.

37. Умерла беременная: до 22 недель беременности, после 22 недель беременности, роженица, родильница (подчеркнуть);  
число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_

38. Выписан(а): число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

39. Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

40. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности: № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

40.1. Продолжение первичного листка нетрудоспособности:

№ \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

40.2. Дата проведения ВК « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

40.3. Листок нетрудоспособности закрыт « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

40.4. Явка на прием « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

41. Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком – 1

42. Трудоспособность: восстановлена полностью – 1, снижена – 2, временно утрачена – 3, стойко утрачена в связи с данным заболеванием – 4, с другими причинами – 5

43. Дано направление на медико-социальную экспертизу (МСЭК): число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

44. Для поступивших на экспертизу – заключение \_\_\_\_\_

45. Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя) на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства получено: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_

46. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации - 1; недостаточный объем клиничко-диагностического обследования - 2; неправильная тактика лечения - 3; несовпадение диагноза - 4; отсутствуют - 5.

47. Особые отметки \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) заведующего отделением \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ (ДЕЖУРНЫМ ВРАЧОМ)**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

1. Жалобы: \_\_\_\_\_

2. Анамнез заболевания \_\_\_\_\_

3. Анамнез жизни \_\_\_\_\_

3.1. Наличие факторов риска (подчеркнуть): курение, ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем, иные \_\_\_\_\_

4. Настоящее состояние пациента \_\_\_\_\_

5. Эпидемиологический анамнез \_\_\_\_\_

6. Аллергический анамнез \_\_\_\_\_

7. Обоснование необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) \_\_\_\_\_

8. Обоснование предварительного диагноза \_\_\_\_\_

9. Предварительный диагноз \_\_\_\_\_

10.1. Основное заболевание \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

10.2. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

10.3. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

10.4. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

10.5. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_

10.6. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

10.7. Внешняя причина при травмах (отравлениях): \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

11. Назначения:

11.1. План обследования \_\_\_\_\_

11.2. План лечения \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество врача приемного отделения, дежурного врача \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ОСМОТР ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ**

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г. \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

1. Жалобы \_\_\_\_\_

2. Анамнез заболевания \_\_\_\_\_

3. Анамнез жизни \_\_\_\_\_

3.1. Наличие факторов риска (подчеркнуть): курение, ожирение, низкая физическая активность, нерациональное питание, злоупотребление алкоголем, иные \_\_\_\_\_

4. Аллергический анамнез \_\_\_\_\_

5. Настоящее состояние пациента \_\_\_\_\_

6. Обоснование необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) \_\_\_\_\_

7. Обоснование предварительного диагноза \_\_\_\_\_

8. Предварительный диагноз \_\_\_\_\_

8.1. Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.2. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.3. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.4. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.5. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.6. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.7. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

9. План обследования \_\_\_\_\_

10. Назначения \_\_\_\_\_

11. План лечения \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

## СОВМЕСТНЫЙ ОСМОТР ЗАВЕДУЮЩИМ ОТДЕЛЕНИЕМ И ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

1. Жалобы: \_\_\_\_\_

2. Анамнез заболевания \_\_\_\_\_

3. Анамнез жизни \_\_\_\_\_

4. Аллергический анамнез \_\_\_\_\_

5. Настоящее состояние пациента \_\_\_\_\_

6. Обоснование необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) \_\_\_\_\_

7. Обоснование предварительного диагноза \_\_\_\_\_

8. Предварительный диагноз \_\_\_\_\_

8.1. Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.2. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.3. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.4. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.5. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.6. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

8.7. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

9. Обоснование назначений \_\_\_\_\_

10. План обследования \_\_\_\_\_

11. Назначения: \_\_\_\_\_

12. План лечения \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) заведующего отделением \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_







**ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**  
(заполняется в назначаемой последовательности)

Лекарственное средство, дозировка, кратность введения, путь введения		дата	время начала введения	время окончания введения	скорость введения	наличие реакции
	медицинская сестра					
	медицинская сестра					
	медицинская сестра					
	медицинская сестра					
	медицинская сестра					
	медицинская сестра					
	медицинская сестра					
	медицинская сестра					
	медицинская сестра					

Фамилия, имя, отчество (при наличии) лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинской сестры \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

## ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА

Рост пациента, см \_\_\_\_\_

Дата																														
День начала заболевания																														
Сутки пребывания в мед. организации			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
П	АД	Т	*у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
140	200	41																												
120	175	40																												
100	150	39																												
90	125	38																												
80	100	37																												
70	75	36																												
60	50	35																												
Частота дыхания																														
SpO2																														
Масса тела																														
Выпито жидкости (мл)																														
Введено (в мл) жидкостей парэнтерально																														
Сут. кол-во мочи																														
Стул																														

\*у - утро, в - вечер

Фамилия, имя, отчество медицинской сестры \_\_\_\_\_ ПОДПИСЬ \_\_\_\_\_

## ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СОСТОЯНИЕМ ПАЦИЕНТА

(заполняется лечащим врачом, врачом-консультантом)

Дата \_\_\_\_\_, время \_\_\_\_\_

1. Жалобы:

---

---

2. Анамнез заболевания (дополнение):

---

---

---

3. Анамнез жизни (дополнение):

---

4. Объективные данные в динамике: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

5. Назначения:

5.1. Обследования \_\_\_\_\_

---

---

---

---

5.2. Консультации \_\_\_\_\_

---

---

5.3. Иное \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Фамилия, имя, отчество врача (должность) \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_



**ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ**

1. Дата: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_ время \_\_\_\_\_
2. Жалобы \_\_\_\_\_
3. Анамнез \_\_\_\_\_
- 3.1. Аллергологический анамнез \_\_\_\_\_
- 3.2. Прием медикаментов \_\_\_\_\_
- 3.3. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_
- 3.4. Фоновые (конкурирующие) заболевания \_\_\_\_\_
4. Общее состояние, сознание \_\_\_\_\_
5. Неврологический статус \_\_\_\_\_
6. Кожа, слизистые \_\_\_\_\_
7. Отеки, состояние вен конечностей \_\_\_\_\_
8. Органы кровообращения \_\_\_\_\_
- АД \_\_\_\_\_ ЧСС \_\_\_\_\_ Тоны \_\_\_\_\_
- ЭКГ \_\_\_\_\_
9. Органы дыхания \_\_\_\_\_ ЧДД \_\_\_\_\_
- 9.1. Наличие или отсутствие обструктивного сонного апноэ \_\_\_\_\_
- 9.2. Рентгенография \_\_\_\_\_
10. Съёмные зубные протезы: да; нет.
11. Органы пищеварения \_\_\_\_\_
- 11.1. Голодный период \_\_\_\_\_
12. Мочеполовая система \_\_\_\_\_
13. Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_
14. Группа крови \_\_\_\_\_ 14.1. Резус-фактор \_\_\_\_\_ 14.2. Kell \_\_\_\_\_
15. Планируемый вид анестезии (анестезиологического пособия): проводниковая анестезия; ирригационная анестезия; эпидуральная анестезия; эпидуральная аналгезия, контролируемая пациенткой; спинальная анестезия; спинально-эпидуральная анестезия; тотальная внутривенная анестезия; внутривенная аналгезия; внутривенная аналгезия, контролируемая пациенткой; комбинированный эндотрахеальный наркоз; сочетанная анестезия; комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона), иные виды анестезиологического пособия (анестезии) \_\_\_\_\_
16. Премедикация \_\_\_\_\_
17. Мониторинг параметров \_\_\_\_\_
18. Заключение \_\_\_\_\_
19. Оценка операционно-анестезиологического риска по МНОАР (баллы) \_\_\_\_ или невозможна (подчеркнуть).
20. Оценка по шкале Малампати (баллы) \_\_\_\_\_ или невозможна (подчеркнуть).
21. Рекомендации (дополнительное обследование, консультации врачей-специалистов)
22. Назначения \_\_\_\_\_
- Фамилия, имя, отчество врача-анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

## ЛИСТ ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА

1. Предоперационный эпикриз

---

---

---

2. Обоснование необходимости планового или экстренного оперативного вмешательства

---

---

3. Информированное добровольное согласие пациента на медицинское вмешательство (операцию) получено: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_ час. \_\_\_ мин. \_\_\_

4. Дата операции: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

5. Время начала операции \_\_\_\_\_ время окончания операции \_\_\_\_\_

6. Продолжительность операции: \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

7. Наименование операции \_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_

8. Диагноз до операции (основное заболевание) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

9. Премедикация \_\_\_\_\_

10. Группа крови, Rh-фактор, Kell \_\_\_\_\_

11. Степень риска оперативного вмешательства \_\_\_\_\_

12. План операции \_\_\_\_\_

13. Протокол операции \_\_\_\_\_

---

---

14. Вид анестезии (анестезиологического пособия) \_\_\_\_\_

15. Диагноз после операции (основное заболевание) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

---

---

16. Имплантированные медицинские изделия \_\_\_\_\_

17. Назначения \_\_\_\_\_

---

---

18. Операционный материал, взятый на патоморфологическое диагностическое исследование

---

---

19. Операция проведена:

Фамилия, имя, отчество оперирующего (их) врача(й)-хирурга (ов) \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество ассистирующего (их) врач(й)-хирурга (ов) \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество операционной медицинской сестры \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество врача-анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество медицинской сестры - анестезиста \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество врача-хирурга (должность) \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ПРОТОКОЛ ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ**

1. Масса тела \_\_\_\_\_ кг.    2. Рост \_\_\_\_\_ см.
  3. Группа крови \_\_\_\_\_    4. Резус-фактор \_\_\_\_\_    5. Kell \_\_\_\_\_
  6. Название операции: \_\_\_\_\_ Код: \_\_\_\_\_
  7. Длительность: 7.1. операции: час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_; 7.2. анестезии: час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_
  8. Операция: плановая – 1; экстренная – 2
  9. Положение на операционном столе \_\_\_\_\_
  10. Премедикация \_\_\_\_\_
  11. Операционно-анестезиологический риск: I/II; II/III; III/IV; IV/V; V/VI.
  12. Мониторинг жизненно-важных функций организма (подчеркнуть) – ЭКГ, АД, ЧСС, ЧДД, термометрия, SatO<sub>2</sub>, иные (указать при необходимости) \_\_\_\_\_
  13. Способ проведения анестезии (анестезиологического пособия): проводниковая анестезия; ирригационная анестезия; эпидуральная анестезия; эпидуральная аналгезия, контролируемая пациенткой; спинальная анестезия; спинально-эпидуральная анестезия; тотальная внутривенная анестезия; внутривенная аналгезия; внутривенная аналгезия, контролируемая пациенткой; комбинированный эндотрахеальный наркоз; сочетанная анестезия; комбинированный ингаляционный наркоз (в том числе с применением ксенона), иные виды анестезиологического пособия (анестезии) \_\_\_\_\_
  14. Интубация (в том числе с использованием эндоскопического оборудования): назотрахеальная; оротрахеальная; трахеостомическая; иные виды \_\_\_\_\_
  15. Интубационная трубка № \_\_\_\_\_
  16. Газовый состав дыхательной смеси: O<sub>2</sub>, л/мин \_\_\_\_\_; N<sub>2</sub>O, л/мин \_\_\_\_\_; испаряемый анестетик (название), об.% \_\_\_\_\_.
  17. Наркозный аппарат (указать производителя, марку): \_\_\_\_\_
  18. Параметры искусственной вентиляции легких (ИВЛ):
  - 19.1. Дыхательный объем (ДО), мл. \_\_\_\_\_;
  - 19.2. Минутный объем дыхания (МОД), л/мин. \_\_\_\_\_;
  - 19.3. Пиковое давление, см. водного столба \_\_\_\_\_;
  20. Особенности ИВЛ (указать параметры) \_\_\_\_\_
  21. Вводный наркоз (препараты, режим дозирования) \_\_\_\_\_
  22. Путь введения анестетика (особенности проведения анестезии (анестезиологического пособия)) \_\_\_\_\_
  23. Базовый период наркоза (особенности, препараты, режим дозирования, пути введения) \_\_\_\_\_
  24. Пробуждение (указать особенности; на столе, в палате пробуждения, в отделении реанимации, иное) \_\_\_\_\_
  25. Сознание, самостоятельное дыхание восстановлены в полном объеме: да; нет.
  26. Оценка по шкале пробуждения (Aldrete или иная) \_\_\_\_\_
  27. Декураризация: не требовалась; выполнена.
  28. Переведен (а) (маршрут): в отделение (палату) реанимации, интенсивной терапии; отделение; в палату пробуждения; иное \_\_\_\_\_.
  29. Дата, время перевода: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ время \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин. \_\_\_\_\_
  30. Нуждается в продленной респираторной поддержке: да, нет.
  31. Гидробаланс:
  - 30.1. кровопотеря \_\_\_\_\_ мл.;
  - 30.2. гемотрансфузия \_\_\_\_\_ мл.;
  - 31.3. коллоиды \_\_\_\_\_ мл.;
  - 30.4. кристаллоиды \_\_\_\_\_ мл.;
  - 30.5. диурез \_\_\_\_\_ мл.
- Фамилия, имя, отчество врача-анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_
- Фамилия, имя, отчество медицинской сестры-анестезиста \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_
- Фамилия, имя, отчество (должность) врача, принявшего пациента после анестезии (анестезиологического пособия) \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_





**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ, УЛЬТРАЗВУКОВЫХ,  
КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИХ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНЫХ  
МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Суммарная лучевая нагрузка \_\_\_\_\_

**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**



**КАРТА ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ (АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ)**

1. Фамилия, имя, отчество пациента(ки) \_\_\_\_\_
2. Масса тела \_\_\_\_\_ кг. 3. Рост \_\_\_\_\_ см.
4. Группа крови \_\_\_\_\_ 5. Резус-фактор \_\_\_\_\_ 6. Kell \_\_\_\_\_
7. Название операции: \_\_\_\_\_ Код: \_\_\_\_\_
8. Длительность: 8.1. операции: час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_; 8.2. анестезии: час \_\_\_\_\_ мин \_\_\_\_\_
9. Наркозный аппарат \_\_\_\_\_
10. Дыхательный контур \_\_\_\_\_

Дата, время													
Газы: O <sub>2</sub>													
N <sub>2</sub> O													
Ингаляционный анестетик													
В/в болюсно:													
В/в капельно													
объем													
В/в капельно													
объем													
<b>ВРЕМЯ</b>													
	O <sub>2</sub> sat												
	CO <sub>2</sub>												
	ЦВД												
	t°												
35	250												
30	200												
ЧДД 25	АД 150												
20	ЧСС 100												
15	50												
10	0												
Этап анестезии													
Этап операции													
Характеристика дыхания													
Параметры ИВЛ (P)													
Диурез													
Этапы операции													
I							IV						
II							V						
III							VI						

Сокращения:

Этапы анестезии: А – премедикация; Вв – вводный наркоз; Т – интубация; Пв – поворот; Э – экстубация; Д – декурарезация; Б – блокада.

Характеристика дыхания: С – спонтанное; В – вспомогательное; П – принудительное.

Фамилия, имя, отчество врача-анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество медицинской сестры-анестезиста \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

## КАРТА ТЕЧЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

1. Фамилия, имя, отчество пациента(ки) \_\_\_\_\_
2. Дата рождения: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_
3. Масса тела \_\_\_\_\_ кг. 2. Рост \_\_\_\_\_ см.
4. Группа крови \_\_\_\_\_ 5. Резус-фактор \_\_\_\_\_ 6. Kell \_\_\_\_\_
7. Диагноз: \_\_\_\_\_
8. Аллергия (непереносимость) \_\_\_\_\_

Дата															
День пребывания															
Время															
		t°													
35		250													
30		200													
ЧДД	25	АД	150												
	20	ЧСС	100												
	15		50												
	10		0												
Диурез															
Дренажи															
Характеристика дыхания															
Оценка сознания (по шкале комы Глазго)															
Оценка тяжести (по шкале SOFA)															
В/в капельно:															
В/в болюсно:															
Внутри:															

Дополнительная информация \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество врача-анестезиолога-реаниматолога \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество медицинской сестры-анестезиста \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ПОСМЕРТНЫЙ ЭПИКРИЗ**

Дата: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Номер медицинской карты \_\_\_\_\_

Медицинская организация:

Наименование: \_\_\_\_\_

Адрес и реквизиты: \_\_\_\_\_

1. Сведения о пациенте:

1.1. Общие сведения:

1.1.1. **Фамилия, имя, отчество (при наличии):** \_\_\_\_\_

1.1.2. Дата рождения \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_ гражданство \_\_\_\_\_ 1.1.3. СНИЛС \_\_\_\_\_

1.1.4. Место жительства и регистрации \_\_\_\_\_

1.1.5. Инвалидность: \_\_\_\_\_ 1.1.6. Полис ОМС \_\_\_\_\_

1.1.7. Иные сведения: \_\_\_\_\_

(телефоны, законные представители, дееспособность, сведения об образовательной организации в отношении детей-сирот и др.)

**2. Сведения об оказанной медицинской помощи** (при лечении пациента в разных отделениях, по разным классам МКБ раздел 2 заполняется по каждому отделению и заболеванию отдельно):

2.1. Сведения о госпитализации:

2.1.1. Форма оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_

2.1.2. Наименование и код отделения \_\_\_\_\_

2.1.3. Фамилия, имя, отчество и должность лечащего врача \_\_\_\_\_

2.1.4. Условия оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_

2.1.5. Дата и время поступления « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

2.1.6. Дата и время наступления смерти « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_ час. \_\_\_\_\_ мин.

2.1.7. Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.8. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.9. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.10. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.11. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.12. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.13. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.14. Диагноз по классификации TNM (в случае злокачественного новообразования):

Т \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_. Дополнения \_\_\_\_\_

2.1.15. Стадия онкологического заболевания (в случае злокачественного новообразования): \_\_\_\_\_

2.2. Сведения о состоянии пациента при поступлении

2.2.1. Поступил(а) с жалобами на \_\_\_\_\_

2.2.2. Анамнез заболевания и состояние при поступлении \_\_\_\_\_

2.2.3. Анамнез жизни \_\_\_\_\_

2.2.4. Эпидемиологический анамнез \_\_\_\_\_

2.2.5. Объективный статус \_\_\_\_\_

### 3. Осмотры (консилиумы), консультации врачей-специалистов, результаты обследования, проведенное лечение (при лечении пациента в разных отделениях, по разным классам МКБ раздел 3 заполняется по каждому отделению и заболеванию отдельно)

#### 3.1. Проведенные осмотры (консилиумы), консультации врачей-специалистов

##### 3.1.1. Проведенные осмотры, консультации врачей-специалистов

Дата проведения осмотра	Код услуги	Наименование	Специалист, проводивший осмотр		Заключение
			Фамилия, имя, отчество	Должность	

##### 3.1.2. Проведенные консилиумы

Дата проведения консилиума	Цель консилиума	Председатель консилиума		Участники консилиума		Заключение
		Фамилия, имя, отчество	Должность	Фамилия, имя, отчество	Должность	

#### 3.2. Диагностические исследования

##### 3.2.1. Проведенные инструментальные исследования

Дата проведения исследования	Код услуги	Вид исследования	Специалист, проводивший исследование		Сведения о протоколе инструментального исследования	Информация об использованном оборудовании
			Фамилия, имя, отчество	Должность		

##### 3.2.2. Проведенные лабораторные исследования

Дата проведения исследования	Код услуги	Наименование лабораторного исследования / лабораторного теста	Специалист, проводивший исследование	
			Фамилия, имя, отчество	Должность

#### 3.3. Проведенное лечение / манипуляции

##### 3.3.1. Медикаментозное лечение

Дата начала лечения	Код услуги	Действующее вещество	Разовая доза	Путь введения медикамента	Кратность приема	Продолжительность приема

##### 3.3.2. Немедикаментозное лечение

Дата начала лечения	Код услуги	Вид лечения		
		Наименование	Продолжительность	Кратность проведения

##### 3.3.3. Хирургическое лечение

Дата начала операции	Дата окончания операции	Код услуги	Наименование операции	Ответственный специалист, проводивший хирургическую операцию		Вид анестезии	Особенности операции (в том числе указание латеральности и иное)
				Фамилия, имя, отчество	Должность		

Номер протокола операции	Лекарственные препараты при хирургической операции		
	Действующее вещество	Разовая доза	Путь введения

##### ИМН при хирургической операции (кроме расходных материалов)

Код	Наименование	Серийный номер	Количество



## 3.3.4. Противоопухолевая лекарственная терапия

Дата	Код схемы	Действующее вещество		Доза	Путь введения
		МНН	Код препарата		

Линия лекарственной терапии \_\_\_\_\_

Цикл лекарственной терапии \_\_\_\_\_

Проведение профилактики тошноты и рвотного рефлекса \_\_\_\_\_

## 3.3.5. Лучевая терапия

Дата	Код услуги	Метод лучевой терапии	Очаговая доза

Описание локализации \_\_\_\_\_

Вид лучевой терапии \_\_\_\_\_

Количество фракций \_\_\_\_\_

Суммарная очаговая доза \_\_\_\_\_

## 3.3.6. Сведения о манипуляциях

Дата	Код процедуры	Специалист, проводивший услугу	
		Фамилия, имя и отчество	Должность

## 3.3.7. Искусственная вентиляция легких

Дата и время начала ИВЛ	Дата и время окончания ИВЛ	Тип искусственной вентиляции легких

## 3.3.8. Сведения о результатах расчета прогностических шкал

Дата и время расчета шкалы	Название шкалы	Результат расчета	Специалист, проводивший расчет		Интерпретация расчета
			ФИО	Должность	

## 3.4. Сведения о противопоказаниях или отказах от определенных типов лечения

## Сведения об отказах

Дата и время создания документа об отказе	Тип отказа	Комментарий к отказу

4.1. Патологоанатомический диагноз (предварительный): \_\_\_\_\_

4.1.1. Основное заболевание: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

4.1.2. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

4.1.3. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

4.1.4. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

4.1.5. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

4.1.6. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

4.1.7. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

## 5. Выдано предварительное (окончательное) медицинское свидетельство о смерти:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью	Код МКБ				
<b>I а)</b> _____ болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти						
<b>б)</b> _____ патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины						
<b>в)</b> _____ первоначальная причина смерти указывается последней						
<b>г)</b> _____ внешняя причина при травмах и отравлениях						
<b>II.</b> Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)						

Фамилия, имя, отчество врача-патологоанатома \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество заведующего отделением \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (должность) лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Дата: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Номер медицинской карты \_\_\_\_\_

Медицинская организация:

Наименование: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Реквизиты: \_\_\_\_\_

1.1. Сведения о пациенте:

1.1. Общие сведения:

1.1.1. **Фамилия, имя, отчество (ФИО):** \_\_\_\_\_

1.1.2. Дата рождения \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_ гражданство \_\_\_\_\_ 1.1.3. СНИЛС \_\_\_\_\_

1.1.4. Место жительства и регистрации \_\_\_\_\_

1.1.5. Инвалидность: \_\_\_\_\_ 1.1.6. Полис ОМС \_\_\_\_\_

1.1.7. Иные сведения: \_\_\_\_\_

(телефоны, законные представители, дееспособность, сведения об образовательной организации в отношении детей-сирот и др.)

**2. Сведения об оказанной медицинской помощи (при лечении пациента в разных отделениях, по разным классам МКБ раздел 2 заполняется по каждому отделению и заболеванию отдельно)****2.1. Сведения о направлении на госпитализацию**

2.1.1. Наименование направившей медицинской организации и код (обособленного структурного подразделения медицинской организации) \_\_\_\_\_

2.1.2. Дата направления (талона на ВМП) \_\_\_\_\_

2.1.3. Номер направления (талона на ВМП) \_\_\_\_\_

2.1.4. Основное заболевание: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.5. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.6. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.7. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.8. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.9. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.10. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.1.11. Классификация TNM (в случае злокачественного новообразования):

сTNM \_\_\_\_\_ рTNM \_\_\_\_\_ аTNM \_\_\_\_\_. Дополнения \_\_\_\_\_

2.1.12. Стадия онкологического заболевания (в случае злокачественного новообразования): \_\_\_\_\_

**2.2. Сведения о госпитализации:**

2.2.1. Форма оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_

2.2.2. Наименование и код отделения \_\_\_\_\_

2.2.3. Фамилия, имя, отчество и должность лечащего врача \_\_\_\_\_

2.2.4. Условия оказания медицинской помощи \_\_\_\_\_

2.2.5. Дата начала госпитализации \_\_\_\_\_ 2.2.6. Дата окончания госпитализации \_\_\_\_\_

2.2.7. Основное заболевание: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.2.8. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.2.9. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.2.10. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.2.11. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.2.12. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.2.13. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

2.2.14. Профиль медицинской помощи \_\_\_\_\_ 2.2.15. Профиль койки \_\_\_\_\_

2.2.16. \_\_\_\_\_

(особенности поступления, сведения о повторном лечении, о развертывании индивидуального поста, госпитализации совместно с представителями)

2.3. Сведения о состоянии пациента при поступлении

2.3.1. Поступил(а) с жалобами на \_\_\_\_\_

2.3.2. Анамнез заболевания и состояние при поступлении \_\_\_\_\_

2.3.3. Анамнез жизни \_\_\_\_\_

2.3.4. Эпидемиологический анамнез \_\_\_\_\_

2.3.5. Объективный статус \_\_\_\_\_

### 3. Осмотры (консилиумы), консультации врачей-специалистов, результаты обследования, проведенное лечение (при лечении пациента в разных отделениях, по разным классам МКБ раздел 3 заполняется по каждому отделению и заболеванию отдельно)

3.1. Проведенные осмотры (консилиумы), консультации врачей-специалистов

#### 3.1.1. Проведенные осмотры, консультации врачей-специалистов

Дата проведения осмотра	Код услуги	Наименование	Специалист, проводивший осмотр		Заключение
			Фамилия, имя, отчество	Должность	

#### 3.1.2. Проведенные консилиумы

Дата проведения консилиума	Цель консилиума	Председатель консилиума		Участники консилиума		Заключение
		Фамилия, имя, отчество	Должность	Фамилия, имя, отчество	Должность	

### 3.2. Диагностические исследования

#### 3.2.1. Проведенные инструментальные исследования

Дата проведения исследования	Код услуги	Вид исследования	Специалист, проводивший исследование		Сведения о протоколе инструментального исследования	Информация об использованном оборудовании
			Фамилия, имя, отчество	Должность		

#### 3.2.2. Проведенные лабораторные исследования

Дата проведения исследования	Код услуги	Наименование лабораторного исследования / лабораторного теста	Специалист, проводивший исследование	
			Фамилия, имя, отчество	Должность

**3.3. Проведенное лечение / манипуляции****3.3.1. Медикаментозное лечение**

Дата начала лечения	Код услуги	Действующее вещество	Разовая доза	Путь введения медикамента	Кратность приема	Продолжительность приема

**3.3.2. Немедикаментозное лечение**

Дата начала лечения	Код услуги	Вид лечения		
		Наименование	Продолжительность	Кратность проведения

**3.3.3. Хирургическое лечение**

Дата начала операции	Дата окончания операции	Код услуги	Наименование операции	Ответственный специалист, проводивший хирургическую операцию		Вид анестезии	Особенности операции (в том числе указание латеральности и иное)
				Фамилия, имя, отчество	Должность		

Номер протокола операции	Лекарственные препараты при хирургической операции		
	Действующее вещество	Разовая доза	Путь введения

ИМН при хирургической операции (кроме расходных материалов)			
Код	Наименование	Серийный номер	Количество

**3.3.4. Противоопухолевая лекарственная терапия**

Дата	Код схемы	Действующее вещество		Доза	Путь введения
		МНН	Код препарата		

Линия лекарственной терапии \_\_\_\_\_

Цикл лекарственной терапии \_\_\_\_\_

Проведение профилактики тошноты и рвотного рефлекса \_\_\_\_\_

**3.3.5. Лучевая терапия**

Дата	Код услуги	Метод лучевой терапии	Очаговая доза

Описание локализации \_\_\_\_\_

Вид лучевой терапии \_\_\_\_\_

Количество фракций \_\_\_\_\_

Суммарная очаговая доза \_\_\_\_\_

**3.3.6. Сведения о манипуляциях**

Дата	Код процедуры	Специалист, проводивший услугу	
		Фамилия, имя и отчество	Должность

**3.3.7. Искусственная вентиляция легких**

Дата и время начала ИВЛ	Дата и время окончания ИВЛ	Тип искусственной вентиляции легких

**3.3.8. Сведения о результатах расчета прогностических шкал**

Дата и время расчета шкалы	Название шкалы	Результат расчета	Специалист, проводивший услугу		Интерпретация расчета
			ФИО	Должность	

**3.4. Сведения о противопоказаниях или отказах от определенных типов лечения****Сведения об отказах**

Дата и время создания документа об отказе	Тип отказа	Комментарий к отказу

**3.5. Дополнительные сведения**

3.5.1. Характер основного заболевания \_\_\_\_\_

3.5.2. Исход госпитализации \_\_\_\_\_

3.5.3. Результат лечения \_\_\_\_\_

3.5.4. Признак подозрения на злокачественное новообразование \_\_\_\_\_

3.5.5. Листок нетрудоспособности: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

3.5.6. Даты листка нетрудоспособности с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

3.5.7. Дата и решение врачебной комиссии (ВК) \_\_\_\_\_ дата явки на прием \_\_\_\_\_

3.5.8. Оценка трудоспособности \_\_\_\_\_

3.5.9. Дано направление на МСЭ \_\_\_\_\_

3.5.10. Состояние пациента при выписке \_\_\_\_\_

3.5.11. Выписан(а) (указать состояние при выписке) \_\_\_\_\_ состоянии.

3.5.12. Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.5.13. Особые отметки \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество (должность) лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество заведующего отделением \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**Порядок заполнения 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 медицинским документом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Поля Карты, не используемые в дневном стационаре при оказании медицинской помощи пациенту – не заполняются.

2. Карта может формироваться в форме электронного документа в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов<sup>1</sup> и (или) на бумажном носителе.

3. Карта оформляется на каждого пациента, поступившего в медицинскую организацию (на новорожденных заполняется учетная форма № 097/у).

4. В Карте отражается характер течения заболевания (состояния), а также все диагностические и лечебные мероприятия, записанные в их последовательности. Карта ведется путем заполнения соответствующих строк и граф.

5. Карта заполняется без сокращений, на русском языке, допускается запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке. Все необходимые в Карте исправления вносятся и подтверждаются подписью лечащего врача, отвечающего за ведение Карты, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

6. Пункты 1 - 7 Карты заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента. При отсутствии документа, удостоверяющего личность - со слов пациента или его родственников, законного представителя, при невозможности получить соответствующую информацию ставится отметка «неизвестно».

7. В пункте 8 Карты отмечаются подчеркиванием сведения об образовании пациента с его слов или со слов родственников, законного представителя:

в позиции «профессиональное» - «высшее», «среднее»;

в позиции «общее» - «среднее», «основное», «начальное».

---

<sup>1</sup> пункт 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

8. В пункте 9 Карты – подчеркиваются сведения о занятости пациента с его слов или со слов его родственников, законного представителя:

в позиции «проходит военную службу или приравненную к ней службу» подчеркиваются лица, проходящие военную службу<sup>2</sup> или приравненную к ней службу;

в позиции «пенсионер(ка)» подчеркивается информация о неработающих лицах, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

в позиции «студент(ка)» подчеркиваются обучающиеся в образовательных организациях;

в позиции «не работает» подчеркивается информация о трудоспособных гражданах, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней<sup>3</sup>;

в позиции «прочие» подчеркиваются лица, которые заняты домашним хозяйством и лица без определенного места жительства;

в позиции «для детей» дошкольник «организован», «не организован», «школьник».

9. При наличии у пациента инвалидности, в пункте 10 Карты указывают группу инвалидности и дату ее установления.

10. В пункте 12 Карты со слов пациента или его родственников, законного представителя указываются сведения о месте его работы и должности.

11. В пунктах 13 - 15 Карты указывают номер страхового полиса обязательного медицинского страхования (далее – ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (далее – СНИЛС), наименование страховой медицинской организации.

12. В пункте 16 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг<sup>4</sup>.

13. Заполнение пунктов 17 - 45 Карты производится путем вписывания соответствующих сведений или подчеркивания одного из предложенных в пункте вариантов.

В качестве основного заболевания в заключительном клиническом диагнозе должна быть указана только одна нозологическая единица, выбранная в соответствии с правилами МКБ и ее код. Если основным заболеванием является травма или отравление, то должна быть записана и формулировка внешней причины и ее код в соответствии с МКБ.

---

<sup>2</sup> Статья 2 Федерального закона от 28.03.1998 № 53-ФЗ «О воинской обязанности и военной службе» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 13, ст. 1475);

<sup>3</sup> Статья 3 Закона Российской Федерации от 19.04.1991 № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, № 17, ст. 1915).

<sup>4</sup> Статья 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 24, ст. 3699, 2004, № 35, ст. 3607)



14. В пункте 46 Карты указываются «Дефекты догоспитального этапа». Информация о дефектах догоспитального этапа отсылается руководителю медицинской организации, направившей пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, для проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности<sup>5</sup>.

15. В пункте 47 Карты могут вноситься данные о лице, осуществляющем уход за пациентом (фамилия, имя, отчество; дата рождения, место работы, СНИЛС). Указывается дата проведения рентгенографии (флюорографии) и иные данные по пациенту на усмотрение лечащего врача.

16. На странице 3 Карты запись данных о первичном осмотре пациента, предварительном диагнозе, состоянии пациента и назначениях производится врачом приемного отделения (дежурным врачом), на странице 4 – лечащим врачом, на странице 5 отражаются данные совместного осмотра заведующим отделением и лечащим врачом. Заведующий отделением осматривает всех поступивших в течение последних суток в стационар, в последующем он осматривает этих пациентов по необходимости, но не реже одного раза в неделю и перед выпиской.

17. На странице 6 - 7 Карты отмечаются все назначения врачей и их выполнение.

В отделениях реанимации и интенсивной терапии Лист врачебных назначений и их выполнение заполняется отдельно и вкладывается в форму 003/у.

18. На странице 8 указывается в назначаемой последовательности парентеральное введение лекарственных средств с указанием даты, время начала введения, время окончания введения, скорость введения и наличие реакции у пациента на введение лекарственных средств.

19. На странице 9 Карты отмечаются данные о температуре, пульсе, артериальном давлении, частоте дыхания и другие показатели жизненно важных функций организма.

20. На страницах 10 Карты отражается информация о динамическом наблюдении за состоянием пациента. Требования по периодичности заполнения за пациентом зависят от нозологии, степени тяжести состояния пациента. Минимальное число записей наблюдения лечащего врача (дневниковых записей) в сутки:

Состояние пациента	удовлетворительное	средней степени тяжести	тяжелое	крайне тяжелое	критическое
Число дневниковых записей лечащего врача в сутки*	Не реже 3 раз в неделю, после выходных и праздничных дней обязательно	1	2	4	6

<sup>5</sup> Статья 90 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». (Пациенты, находящиеся на паллиативных койках (койках сестринского ухода) осматриваются лечащим врачом по потребности, но не менее 1 раза в сутки.)

\* при ведении пациента врачом-анестезиологом-реаниматологом в палатах интенсивной терапии и операционных наблюдение осуществляется в режиме непрерывного мониторингирования жизненно-важных функций организма пациента с фиксацией ключевых параметров наблюдения в медицинской карте.

Дневник наблюдения за состоянием пациента заполняется лечащим врачом, врачом-консультантом. Дата и время проведения указывается обязательно.

21. На странице 11 формы необходимо дать обоснование клинического диагноза. Клинический диагноз ставится на основании тщательного анализа и обобщения всех клинических данных, полученных при обследовании пациента. Кратко и последовательно излагаются характерные для основного заболевания патологические симптомы (синдромы), выявленные при сборе жалоб, анамнеза и объективного статуса больного, а также отдельные результаты лабораторно-инструментальных исследований, типичные для данной патологии. Необходимо аргументировать вариант течения, период и степень тяжести основного заболевания, в соответствии с классификацией нозологической формы.

На странице 11 указывается Этапный эпикриз, который проводится лечащим врачом 1 раз в 10 дней. В этапном эпикризе описываются изменения характера жалоб, динамики объективных показателей: состояния органов и систем, лабораторных данных, результатов инструментальных исследований, в том числе на фоне проведенного лечения, а также должна быть описана дальнейшая тактика ведения пациента и/или лечения.

В дневном стационаре Этапный эпикриз не заполняется.

В Этапном эпикризе для пациентов хирургического профиля (при проведенной операции) указываются количество суток послеоперационного периода. Уточняется характер течения послеоперационного периода (гладкое или осложненное течение).

22. На странице 12 Карты производится первичная (повторная) запись врача анестезиолога-реаниматолога о предоперационном осмотре пациента и заключении о возможности проведения того или иного вида анестезии. Если пациенту были проведены оперативные вмешательства, то сведения о них отражаются в листе записи оперативного лечения (страница 13 Карты). В протоколе операции (страница 13 Карты) указать наименование и код операции согласно Номенклатуре медицинских услуг. Необходимо дать подробное описание хода выполнения операции: доступ (в какой области сделан разрез, его размер, направление, слои рассекаемых тканей; для эндоскопической операции – где и сколько установлено троакаров, установленное давление пневмоперитонеума), какой вид энергии использован в ходе проведения операции, объем выполненного вмешательства, описание патологических изменений, обнаруженных при операции, операционный диагноз, указание о заборе материала на гистологическое, бактериологическое исследование, гемостаз в зоне операции и в ране, число тампонов и дренажей, оставленных в ране, контрольный счет операционного материала и инструментов, завершение операции (вид швов, повязка). Указать куда и для чего направлен операционный материал.

23. На странице 14 Карты заполняется протокол течения анестезии по соответствующим полям.

24. На странице 15 Карты регистрируется переливание лекарственных препаратов, изготовленных из плазмы крови человека. Если пациенту проводилось переливание трансфузионных сред, протокол трансфузии вклеивается в Карту<sup>6</sup>.

25. На страницах 16 - 18 Карты отмечаются данные о результатах дополнительных методов исследования (ультразвуковых, рентгенологических, функциональных, лабораторных). Протоколы исследований с прилагаемыми к ним изображениями приобщаются к Карте.

26. На странице 19 Карты отражаются данные лабораторного мониторинга течения анестезии (анестезиологического пособия), интенсивной терапии. На странице 20 Карты отмечаются данные течения анестезии (анестезиологического пособия). На странице 21 Карты отражается течение реанимации и интенсивной терапии.

27. В случае смерти пациента лечащим врачом оформляется посмертный эпикриз (страницы 22, 23, 24, 25 Карты), в котором отражаются все сведения о пребывании в медицинской организации, рекомендации врачей-специалистов, перенесенные заболевания, травмы, операции, информация о проведенном обследовании, проведенном лечении, описывается динамика состояния пациента, фиксируется время смерти, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный (разбитый на разделы) диагноз. Патологоанатомический диагноз заполняется врачом патологоанатомом.

Сведения о причинах смерти указываются врачом патологоанатомом (если вскрытие было проведено) или лечащим врачом (если вскрытие не проводилось). При этом указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы Медицинское свидетельство о смерти<sup>7</sup>, а также указываются все записанные в нем причины смерти (страница 25 Карты).

28. При выписке пациента из медицинской организации лечащим врачом заполняется выписной эпикриз, содержащий сведения о пребывании в медицинской организации (страницы 26, 27, 28, 29 Карты).

В выписном эпикризе необходимо указать сведения о медицинской организации (наименование, адрес, контакты), а также сведения о пациенте, включающие адрес места жительства, адрес регистрации, наличие инвалидности, данные полиса обязательного медицинского страхования.

Указываются сведения о состоянии пациента при поступлении в стационар, в том числе диагноз при поступлении, необходимо указать код в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ), жалобы пациента, анамнез жизни, эпидемиологический анамнез, объективный статус.

---

<sup>6</sup> Приложение № 11 к приказу Минздрава России от 28.10.2020 № 1170н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «трансфузиология» (Зарегистрирован Минюстом России 27.11.2020, регистрационный № 61123)

<sup>7</sup> Приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31.05.2021, регистрационный № 63697)

Сведения о выписке пациента должны также содержать информацию об основном заболевании, сопутствующих заболеваниях, осложнениях основного заболевания, состоянии пациента при выписке, проведенное лечение, операции на день выписки из медицинской организации. Должен быть отмечен исход заболевания.

Для пациентов онкологического профиля указывается лучевая нагрузка при диагностике, суммарная очаговая доза лучевой терапии.

В выписном эпикризе указываются все проведенные осмотры врачей-консультантов, рекомендации, результаты инструментальных исследований, в том числе рентгенологических, ультразвуковых и других исследований с указанием даты проведения, также указываются сведения о результатах расчета прогностических шкал.

При проведении операции в обязательном порядке указываются результаты обследований, проведенных до операции, после ее проведения и перед выпиской пациента (при наличии). Указывается дата и вид проведенной операции, вид обезболивания, осложнения операции.

У пациентов онкологического профиля указываются специальные методы лечения: противоопухолевая лекарственная терапия, лучевая терапия и иные.

В случае проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) указывается сведения о проведении ИВЛ.

При формировании выписного эпикриза (страницы 26, 27, 28, 29 Карты) в виде документа в электронной форме с использованием Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также посредством медицинских информационных систем, номер выписного эпикриза и сведения, содержащиеся в п. 2.1. выписного эпикриза (сведения о направлении на госпитализацию), п.п. 2.2.2. (наименование и код отделения), п.п. 2.2.14., 2.2.16., а также в п.п. 3.2., 3.3. в графах «код услуги», «информация об использованном оборудовании», «интерпретация расчета», «комментарий к отказу», заполняются из указанных информационных систем. При оформлении выписного эпикриза на бумажном носителе, без использования медицинских информационных систем, вышеуказанные поля могут быть не заполнены.

29. Копии выписного эпикриза выдаются пациенту на руки и направляются в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по месту регистрации пациента.

30. Заполненная на бумажном носителе Карта подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и передается на хранение в архив медицинской организации после проверки специалистом службы медицинской статистики.

31. При изъятии Карты, сформированной на бумажном носителе, правоохранительными органами в обязательном порядке делается копия Карты, которая хранится в архиве медицинской организации.

Приложение № 5  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Форма № 007/у  
Утверждена приказом Минздрава России  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_

**Л И С Т О К**  
**ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА ДВИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И КОЕЧНОГО ФОНДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,**  
**ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Дата \_\_\_\_\_ Наименование отделения \_\_\_\_\_ Профиль коек \_\_\_\_\_

1	Фактически развернуто коек, включая койки, свернутые на ремонт	в том числе коек, свернутых на ремонт и по другим причинам (из гр.2)	Движение пациентов за истекшие сутки											На начало текущего дня				
			4	поступило пациентов * (без переведенных внутри стационара)			переведено пациентов внутри стационара		выписано пациентов *		15	16	17	свободных мест				
				5	6	из них (из гр. 6)			10	11				12	13	14	18	19
						7	8	9										
Всего																		
в том числе по профилю коек																		

Фамилия, имя, отчество медицинской сестры \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_

\* При поступлении пациента из стационара в дневной наоборот считать пациента как выписанного и вновь поступившего.



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

1. Учетная форма № 007/у «Листок ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее – Листок) является унифицированным учетным документом, на основании которого средним медицинским работником каждого отделения ведется ежедневный учет движения пациентов и использования коечного фонда в отделениях медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

2. Листок может формироваться в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи старшей медицинской сестры отделения, в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов<sup>1</sup>, и (или) на бумажном носителе, подписываемым старшей медицинской сестрой отделения.

3. Листок отражает изменение коечного фонда и движением пациентов, а также обеспечивает возможность регулировать прием пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Листок заполняется в каждом отделении, развернутом в составе медицинской организации.

Сведения о движении пациентов и коечного фонда по отделениям, имеющим в своем составе койки различных профилей, показываются по каждому профилю медицинской помощи<sup>2</sup>.

4. В случаях, когда было произведено временное или постоянное перепрофилирование коек, сведения о фактически развернутых койках

---

<sup>1</sup> пункт 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

<sup>2</sup> Приказ Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 04.06.2012, регистрационный № 24440)

показываются по новому профилю коек. В число коек не включаются койки для матерей в детских отделениях, койки для новорожденных.

5. В графе 2 Листка записывается число фактически развернутых коек, включая койки, свернутые на ремонт.

6. Из числа коек, указанных в графе 2 Листка, в графу 3 выделяется число коек, свернутых на ремонт.

7. В графах 4 - 15 Листка записываются сведения о движении пациентов за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня: о числе находившихся в отделении и поступивших пациентов, в том числе из дневных стационаров; выписанных, в том числе в дневные стационары; умерших.

При заполнении сведений о движении пациентов в графе 4 Листка записывается общее число пациентов, находящихся в отделении на 9 часов утра предыдущего дня.

В графе 5 Листка указывается общее число поступивших в отделение пациентов за истекшие сутки.

Сведения в графах 6 - 9 Листка выделяются из графы 5:

в графе 6 Листка записывается число пациентов, поступивших в отделение из дневных стационаров;

в графе 7 Листка записывается число поступивших в отделение пациентов, проживающих в сельской местности;

в графе 8 Листка записывается число поступивших в отделение детей в возрасте 0 - 17 лет включительно;

в графе 9 Листка записывается число поступивших в отделение пациентов старше трудоспособного возраста.

8. В графах 12 - 14 Листка записывается число выписанных из отделения пациентов, включая выписанных в дневные стационары.

9. В графе 15 Листка отражается число умерших пациентов.

10. В графе 16 Листка показываются сведения о числе пациентов, находившихся в отделении на 9 часов утра текущего дня (число находившихся в отделении за прошедшие сутки пациентов по состоянию на начало текущего дня, то есть на день заполнения Листка; число пациентов, показанное в графе 16 предыдущего дня, должно быть переписано в графу 4 текущего дня).

11. В графе 17 Листка показываются сведения о родителях или иных членах семьи (законных представителях), находящихся при больных детях (в общем движении пациентов сведения о родителях или иных членах семьи (законных представителях), находящихся при больных детях, не учитываются).

12. В графах 18 - 19 Листка показываются сведения о числе мужских и женских свободных мест в отделении.



13. На оборотной стороне Листка показываются фамилии, имена, отчества поступивших пациентов, в том числе из дневного стационара, выписанных, в том числе в дневной стационар<sup>3</sup> и умерших.

Сведения о движении пациентов на лицевой стороне Листка должны соответствовать списку этих пациентов на оборотной стороне Листка.

14. Заполненные Листки передаются каждый день в кабинет медицинской статистики, где ежедневно составляется учетная форма № 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) в целом по медицинской организации.

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 1 койко-день.

При подсчете числа койко-дней, для пациентов, получающих медицинскую помощь в дневных стационарах, день поступления и день выписки считается за 2 койко-дня.

---

<sup>3</sup> При переводе пациента из дневного стационара в круглосуточный и наоборот, считать его как выписанного и вновь поступившего.

Приложение № 7  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Учетная форма № 008/у  
Утверждена приказом Минздрава России  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**ЖУРНАЛ**

**ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В МЕДИЦИНСКОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ  
ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ  
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

Начат «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Окончен «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



13. Исход операции (подчеркнуть): благоприятный, летальный: время \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

14. Направлены материалы на морфологическое исследование \_\_\_\_\_

15. Осложнения, возникшие в ходе операции:

16. Диагноз послеоперационный:

16.1. Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

16.2. Осложнения основного заболевания: \_\_\_\_\_

16.3. Конкурирующее заболевание \_\_\_\_\_

16.4. Фоновое заболевание \_\_\_\_\_

16.5. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

16.6. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

17. Пациент транспортирован в \_\_\_\_\_ отделение

число \_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ час. \_\_ мин. \_\_\_\_\_

18. Операцию провели:

Состав операционной бригады	Специальность (подчеркнуть, вписать)	Фамилия, имя, отчество	Подпись
врач оперирующий			
врач ассистирующий			
врач ассистирующий			
врач-анестезиолог-реаниматолог			
операционная медицинская сестра			

Приложение № 8  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. № \_\_\_\_

**Порядок  
заполнения учетной формы № 008/у  
«Журнал записи оперативных вмешательств в медицинской  
организации, оказывающей медицинскую помощь  
в стационарных условиях, в условиях дневного стационара»**

1. В унифицированной учетной форме № 008/у «Журнал записи оперативных вмешательств в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее – Журнал) регистрируются все оперативные вмешательства (далее – операции), произведенные во всех отделениях медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Журнал хранится в операционной медицинской организации. Если в медицинской организации несколько операционных (для чистых, гнойных операций), то в каждой из них ведется отдельный Журнал.

2. Журнал может быть оформлен в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача, в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов<sup>1</sup> и (или) на бумажном носителе, подписываемым врачом.

3. На каждую операцию отводится два листа, в которых подробно описывается наименование операции, ее ход, указывается вид обезболивания, отмечаются продолжительность операции, осложнения, исход операции, фамилии оперирующих специалистов.

4. Заполнение данных в Журнале производится врачом путем вписывания соответствующих сведений или подчеркиванием выбранного одного из предложенных в пункте вариантов.

5. В пункте 1 Журнала указывается номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – Карта).

6. В пункте 2 Журнала указывается фамилия, имя, отчество пациента.

7. В пунктах 3 - 4 Журнала указывается пол пациента и дата рождения (число, месяц, год) на основании сведений, содержащихся в Карте.

---

<sup>1</sup> пункт 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

8. В пунктах 5 - 7 Журнала указываются дата операции (число, месяц, год), время начала операции, время окончания операции и продолжительность операции (час, минуты).

9. В пункте 8 Журнала указывается диагноз до операции: основное заболевание с указанием кода по МКБ<sup>2</sup>, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания и внешняя причина при травмах (отравлениях) с указанием кода по МКБ.

10. В пункте 9 Журнала указывается наименование операции и ее код.

11. В пункте 10 Журнала указывается с применением или использованием чего произведена операция:

высокотехнологичная медицинская помощь;  
с использованием аппаратуры: лазерной, эндоскопической, рентгеновской;

первичная, повторная или микрохирургическая операция.

12. В пункте 11 Журнала указываются наименование лекарственных средств, используемых при премедикации и вид обезболивания.

13. В пунктах 12 - 13 Журнала указывается описание операции и ее исход, в случае летального исхода указывается время (час, минуты).

14. В пункте 14 Журнала указываются материалы, направленные на морфологическое исследование.

15. В пункте 15 Журнала указываются осложнения, возникшие в ходе операции.

16. В пункте 16 Журнала указывается послеоперационный диагноз с указанием кода по МКБ, осложнения основного заболевания, конкурирующее заболевание, фоновое заболевание, сопутствующие заболевания, внешняя причина при травмах (отравлениях) с указанием кода по МКБ.

17. В пункте 17 Журнала указывается наименование отделения, в которое транспортирован пациент после операции.

18. В пункте 18 Журнала указывается состав операционных бригады, с указанием специальности врачей, их фамилии, имена, отчества и подписи членов операционной бригады.

19. Журнал, сформированный на бумажном носителе, должен быть пронумерован, прошнурован, подписан руководителем медицинской организации и скреплен печатью.

20. Журнал используется для составления учетных и отчетных форм федерального и отраслевого статистического наблюдения, включающих сведения о проведенных пациентам операциях в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

---

<sup>2</sup> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

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

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация

Учетная форма № 016/у

Утверждена приказом Минздрава России

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_

Наименование отделения \_\_\_\_\_

Профиль коек \_\_\_\_\_ за 20\_\_ год

	Число коек		Средн емя чных (средн егодов ых) коек	Состоял о пациент ов на начало отчетно го периода	За отчетный период										Состояло пациентов на начало дня после окончания отчетного периода	Проведено пациентами койко-дней в стационаре (дней лечения в дневном стационаре)	Кроме того:			
	всего факт. разверн утых	в т.ч. свернут ых на ремон т и по други м причи нам			поступило пациентов			переведено пациентов внутри стационара		выписано пациентов		умерло	всего	в т.ч.			число койко- дней закрыт ия на ремон т и по другим причин ам	проведе но койко- дней по уходу		
					всег о	в т.ч. из дневных стациона ров	из них (из гр. 6)			из других отделе ний	в другие отделе ния			всего					в т.ч.	
							сельс ких жите лей	0 - 17 лет	Лиц стар ше трудо способ ного возра ста										в дневной стационар	в стационар
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Январь																				
Февраль																				
Март																				
Апрель																				
Май																				
Июнь																				
<b>За полугодие</b>																				
Июль																				
Август																				
Сентябрь																				
Октябрь																				
Ноябрь																				
Декабрь																				
<b>За год</b>																				

Фамилия, имя, отчество и подпись старшей (главной) медицинской сестры \_\_\_\_\_

Приложение № 10  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_

**Порядок  
заполнения 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) составляется врачом-статистиком или медицинским статистиком (при его отсутствии) ежемесячно по каждому отделению и в целом по отделениям медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

2. Сводная ведомость может формироваться в форме электронного документа в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов<sup>1</sup>, и (или) на бумажном носителе, подписываемым врачом-статистиком или медицинским статистиком (при его отсутствии).

3. В конце месяца сведения по отделениям или по профилю коек, а также в целом по медицинской организации, показанные в «Листке ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (учетная форма № 007/у, предусмотренная приложением № 5 к настоящему приказу) (далее – Листок), суммируются и по графам 2 - 17 соответственно переносятся в Сводную ведомость.

4. В графе 2 Сводной ведомости показывается число фактически развернутых коек, включая койки, свернутые на ремонт.

5. Из числа коек, показанных в графе 2 Сводной ведомости, в графу 3 выделяется число коек, свернутых на ремонт.

6. В графах 5 - 16 Сводной ведомости показываются сведения о движении пациентов за истекшие период.

При заполнении сведений о движении пациентов в графе 5 (состояло пациентов) показывается общее число пациентов, находящихся в отделении на начало отчетного периода.

---

<sup>1</sup> пункт 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»



В графе 6 Сводной ведомости указывается общее число поступивших в отделение пациентов за истекший период.

Сведения в графах 6 - 9 Сводной ведомости выделяются из графы 5:

в графе 7 Сводной ведомости показывается число пациентов, поступивших из дневных стационаров;

в графе 8 Сводной ведомости показывается число поступивших пациентов, проживающих в сельской местности;

в графе 9 Сводной ведомости показывается число поступивших детей в возрасте 0 - 17 лет включительно;

в графе 10 Сводной ведомости показывается число поступивших пациентов старше трудоспособного возраста.

В графе 11 - 12 сводной ведомости показывается число переведенных пациентов внутри стационара. Это самостоятельные графы, в которых учитываются внутренние переводы.

В графах 13 - 15 Сводной ведомости показывается число выписанных из отделения пациентов, из них переведенных в дневные стационары.

В графе 16 Сводной ведомости показывается число умерших пациентов.

7. В графе 17 Сводной ведомости показываются сведения о числе пациентов, состоящих в отделении на начало дня после окончания отчетного периода. Число пациентов, показанное в графе 17 отчетного периода, должно быть переписано в графу 5 следующего отчетного периода.

8. В графах 19 - 20 Сводной ведомости показываются сведения о числе проведенных койко-дней по уходу и койко-дней закрытия на ремонт и по другим причинам.

Число койко-дней по уходу (графа 20) получается путем суммирования чисел графы 17 Листка.

Число койко-дней закрытия на ремонт и по другим причинам (графа 19 Сводной ведомости) получается путем суммирования чисел графы 3 Листка.

9. В графе 4 Сводной ведомости по месяцам показывается число среднемесячных, а за год – число среднегодовых коек.

Для определения среднемесячного числа коек подсчитываются за месяц данные графы 2 Листка и полученная сумма делится на число календарных дней месяца. Для определения числа среднегодовых коек складываются записи в графе 4 Сводной ведомости и полученная сумма делится на 12.

10. В графе 18 Сводной ведомости показывается число койко-дней, проведенных пациентами за отчетный период.

Число койко-дней, проведенных пациентами (графа 18) получается путем суммирования чисел пациентов, состоящих на 9 часов утра ежедневно за все дни месяца (графа 16 Листка).

11. Сводная ведомость отражает изменения коечного фонда и движение пациентов.

Кроме того, Сводная ведомость обеспечивает возможность регулировать использование коечного фонда, развертывание коек в отделениях и по отделениям в целом (по месяцам, кварталам, полугодиям).

12. Данные Сводной ведомости характеризуют мощность медицинской организации, ее структуру и позволяют рассчитать следующие показатели: использование коечного фонда, средняя длительность пребывания пациента в стационарных условиях, средняя занятость койки, оборот койки, летальность (как по отделениям, так и в целом по медицинской организации).

13. В графе 18 Сводной ведомости показывается общее число койко-дней, проведенных пациентами в стационаре, которое используется при расчете таких показателей, как средняя занятость койки (работа койки), средняя длительность пребывания пациента на койке, оборот койки.

14. После заполнения Сводной ведомости за отчетный период (месяц, год) необходимо проверить движение пациентов по отделению и в целом по всем отделениям, в которых оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Для этого берется число состоявших пациентов на начало отчетного периода (месяца, года) - графа 5 – прибавляется число поступивших пациентов (графа 6) за минусом выписанных пациентов (графа 13), числа умерших (графа 16) то есть графы  $5 + 6 - 13 - 16 =$  графе 17.

15. Данные Сводной ведомости служат для заполнения таблицы 3100 «Коечный фонд и его использование» раздела III «Деятельность стационара» отчетной формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации».



26. Хирургические операции (указать: основную операцию, использование специальной аппаратуры):

Дата, время	ФИО врача-хирурга	Код отделения	Операция		Осложнение		Анестезия (общая, местная)	Использование специальной аппаратуры		
			наименование	код	наименование	код		эндоскопическая	лазерная	криогенная
1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12

27. Группа крови \_\_\_\_\_ 28. Резус-принадлежность \_\_\_\_\_  
 29. Обследование: на ВИЧ: да – 1; нет – 2; на сифилис: да – 3; нет – 4; на гепатиты В, С: да – 5; нет – 6;  
 30. Дата выписки из медицинской организации: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_ время \_\_\_\_\_  
 31. Продолжительность госпитализации (койко-дней, пациенто-дней) \_\_\_\_\_  
 32. Беременная наблюдалась в женской консультации: да – 1, нет – 2. 33. Роды произошли: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_ время \_\_\_\_; в медицинской организации: да – 1, нет – 2.  
 34. Исход заболевания: выздоровление - 1; улучшение - 2; без перемен - 3; ухудшение - 4; здоров - 5; умер - 6. В случае смерти - дата: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_, время \_\_\_\_\_ 35. Умерла беременная: до 22 недель беременности, после 22 недель беременности, роженица, родильница (подчеркнуть)  
 36. Листок нетрудоспособности: № \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
 37. Листок нетрудоспособности по уходу за больным: ребенком – 1;  
 38. Дано направление на медико-социальную экспертизу (МСЭК): число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

39. Диагноз заключительный клинический:

- 39.1. Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 39.2. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 39.3. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 39.4. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 39.5. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 39.6. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 39.7. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

40. Диагноз патологоанатомический:

- 40.1. Основное заболевание: \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 40.2. Конкурирующее заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 40.3. Сочетанное заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 40.4. Фоновое заболевание (при наличии) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 40.5. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 40.6. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_  
 40.7. Внешняя причина при травмах (отравлениях) \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

41. Медицинское свидетельство о смерти: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 42. Дата: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

	Промежуток времени	Коды по МКБ
I а) _____	_____	_____
б) _____	_____	_____
в) _____	_____	_____
г) _____	_____	_____
II _____	_____	_____
_____	_____	_____

43. Дефекты догоспитального этапа: несвоевременность госпитализации - 1; недостаточный объем клинико-диагностического обследования - 2; неправильная тактика лечения - 3; несовпадение диагноза - 4, отсутствуют - 5.

Фамилия, имя, отчество лечащего врача \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество заведующего отделением \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

Приложение № 12  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_

**Порядок заполнения 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) является статистическим унифицированным медицинским учетным документом, содержащим сведения о выбывшем пациенте, получившем медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Карта заполняется на всех пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара во время пребывания в медицинской организации.

Карта представляет собой краткую выдержку из учетной формы № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (предусмотренной приложением № 3 к настоящему приказу) (далее – Медицинская карта) и в полной мере отражает результаты лечения пациента.

2. Карта может формироваться в форме электронного документа в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов<sup>1</sup> и (или) на бумажном носителе.

3. Номер Карты должен соответствовать номеру Медицинской карты.

4. Сведения для заполнения пунктов с 1 по 25 Карты берутся из Медицинской карты и заполняются в приемном отделении медицинской организации.

5. В пунктах 26 - 39 Карты, заполняемых лечащим врачом при выписке пациента, указываются дата выписки из медицинской организации (число, месяц, год, время), продолжительность госпитализации (число койко-дней), исход заболевания, в случае смерти пациента – дата смерти (число, месяц, год, время), сведения о выдаче листка нетрудоспособности, об обследовании пациента на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С, о движении пациента по отделениям медицинской организации, о хирургических операциях

---

<sup>1</sup> пункт 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

с указанием операции и использовании специальной аппаратуры, заключительный клинический диагноз (дата установления диагноза, основное заболевание с указанием кода по МКБ<sup>2</sup>, осложнения основного заболевания, конкурирующее заболевание, сочетанное заболевание, фоновое заболевание, сопутствующие заболевания, внешняя причина при травмах (отравлениях) с указанием кода по МКБ).

6. В пункте 40 Карты, заполняемом в патологоанатомическом отделении, указывается патологоанатомический диагноз (основное заболевание с указанием кода по МКБ, осложнения основного заболевания, конкурирующее заболевание, сочетанное заболевание, фоновое заболевание, сопутствующие заболевания, внешняя причина при травмах (отравлениях) с указанием кода по МКБ).

7. В пунктах 41 - 42 Карты, заполняемых лечащим врачом в случае смерти пациента, независимо от того, было ли произведено патологоанатомическое вскрытие или нет, указываются причины смерти с указанием промежутков времени и кодов по МКБ для медицинского свидетельства о смерти.

8. В пункте 43 Карты указываются дефекты догоспитального этапа.

9. Контроль за правильностью заполнения пунктов Карты осуществляет заведующий отделением.

10. Врач кабинета медицинской статистики (или лицо, на которое возложена функция контроля кодирования диагнозов и выбора основного состояния) проверяет правильность заполнения Карты (при необходимости исправляет коды МКБ или возвращает Карту врачу в случаях неправильного оформления).

11. Карта хранится в отделении (кабинете) медицинской статистики медицинской организации в течение одного года после окончания отчетного периода.

12. Информация, содержащаяся в Карте, должна соответствовать информации Медицинской карты.

13. На основании сведений, входящих в Карту, формируются основные отчетные формы федерального статистического наблюдения: № 30 «Сведения о медицинской организации»; № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и иные.

---

<sup>2</sup> Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем.



10.09.2021 № 18-2/1615-сз

На № \_\_\_\_\_

№

от \_\_\_\_\_

Директору  
Департамента мониторинга, анализа и  
стратегического здравоохранения

Е.Г. Котовой

Уважаемая Евгения Григорьевна!

Департамент цифрового развития и информационных технологий в соответствии с Вашей служебной запиской от 12 августа 2021 г. № 13-2/1009-сз рассмотрел проект приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков по их заполнению» (далее – проект приказа), доработанный с учетом замечаний заседаний рабочей группы в сфере здравоохранения при подкомиссии по совершенствованию контрольных (надзорных) и разрешительных функций федеральных органов исполнительной власти при Правительственной комиссии по проведению административной реформы от 28.07.2021 г. № 71 и Правового департамента, и в рамках своей компетенции сообщает о согласовании проекта приказа в представленной редакции.

Директор Департамента  
цифрового развития и  
информационных  
технологий

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,  
хранится в системе электронного документооборота  
Министерства Здравоохранения  
Российской Федерации.

**СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП**

Сертификат: 01D70FF2C9639D50000000C900060002  
Кому выдан: Ваньков Вадим Валерьевич  
Действителен: с 03.03.2021 до 03.03.2022

В.В. Ваньков

13.09.2021 № М-2144-ВСС

Директору Департамента  
мониторинга, анализа и стратегического  
развития здравоохранения  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

Котовой Е.Г.

Рахмановский пер., д. 3, г. Москва, ГСП-4,  
127994

Уважаемая Евгения Григорьевна!

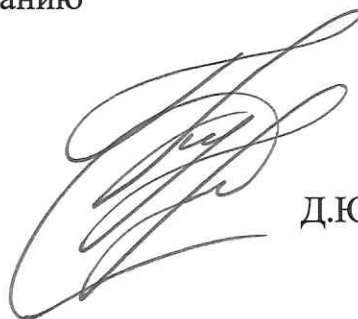
Всероссийский союз страховщиков (далее – ВСС) рассмотрел проект приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков по их заполнению», доработанный с учетом замечаний заседания рабочей группы при подкомиссии по совершенствованию контрольных (надзорных) и разрешительных функций федеральных органов исполнительной власти при Правительственной комиссии по проведению административной реформы в сфере здравоохранения (письмо Минздрава России от 12.08.2021 исх. №13-2/895) и сообщает следующее.

Проект нормативного правового акта согласован в представленной редакции.

Замечания технического и редакционного характера устранены в рабочем порядке.

*С уважением,*

Вице-Президент ВСС,  
член рабочей группы от экспертного и делового  
сообщества при подкомиссии по совершенствованию  
контрольных (надзорных) и разрешительных  
функций федеральных органов исполнительной  
власти при Правительственной комиссии по  
проведению административной реформы  
в сфере здравоохранения



Д.Ю. Кузнецов





**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Новослободская ул. 37, корп. 4А, Москва, ГСП-4, 127994  
тел.: (495) 870-9680, доб. 1513, факс: (499) 973-4455  
e-mail: general@ffoms.gov.ru, http://www.ffoms.ru

06.10.2021 № 00-10-80-3-06/5565

на № 13-2/894 от 12.08.2021

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд), рассмотрев проект приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков по их заполнению» (далее – проект приказа), направленный письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.08.2021 № 13-2/894, сообщает о согласовании проекта приказа в редакции согласно приложению.

Приложение: на 64 л. в 1 экз.

Председатель



Е.Е. Чернякова