



# Приказ Минздрава России от 5 августа 2022 года № 530н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УНИФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ  
МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ  
В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ  
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,  
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА И ПОРЯДКОВ ИХ ВЕДЕНИЯ**



## **Учетную форму №001**

"Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 1 к настоящему приказу;



## **Учетную форму №003**

Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 3



## **Учетную форму №007**

Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 5 к настоящему приказу;



## **Учетную форму №008**

" Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 7 к настоящему приказу;



## **Учетную форму №016**

"Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 9 к настоящему приказу;



## **Учетную форму №066**

"Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" согласно приложению N 11 к настоящему приказу;



N п/ п	Дата поступления	Время поступления (час. мин.)	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Дата рождения (число, месяц, год)	Пол (мужской, женский)	Серия и номер паспорта или иного документа, удостоверя ющего личность (при наличии)	Гражданст во	Регистраци я по месту жительства	Регистраци я по месту пребывани я пациента, номер телефона законного представит еля, лица, которому может быть передана информаци я о состоянии здоровья пациента	СНИЛС (при наличии)	Полис обязательн ого медицинск ого страховани я (при наличии)	Пациент доставлен (направлен ) полицией, выездной бригадой скорой медицинск ой помощи, другой медицинск ой организац ией, обратился самостояте льно	Номер медицинск ой карты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14



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



Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Пол: мужской - 1, женский - 2

**Поступил в стационар** - 1, в дневной стационар - 2 (указать): \_\_\_\_\_

Дата и время поступления: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_ час. \_\_ мин.

Поступил через \_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы, отравления.

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

**Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии))**

**Номер и дата направления:** \_\_\_\_\_ от " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

Наименование отделения: \_\_\_\_\_ профиль коек \_\_\_\_\_ палата N \_\_\_\_

**Переведен в отделение:** \_\_\_\_\_ **профиль коек** \_\_\_\_\_ **палата N** \_\_\_\_

**Дата и время перевода:** " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_ час. \_\_ мин.

Выписан: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_ час. \_\_ мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации:



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

Наименование медицинской организации куда переведен пациент

**Умер** в \_\_\_\_\_ отделении: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Оформлен листок нетрудоспособности: N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дубликат листка нетрудоспособности N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

освобождение от работы с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

продление листка нетрудоспособности:

N \_\_\_\_\_ освобождение от работы с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

приступить к работе с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

явка в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации) "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Оформлен листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи

(фамилия, имя, отчество (при наличии):

Выдано направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ): "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

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

и должность лечащего врача,

специальность \_\_\_\_\_ подпись (при наличии) заведующего

отделением подпись



## СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента:

Дата рождения: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**Гражданство:** \_\_\_\_\_ документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

номер телефона: \_\_\_\_\_ **адрес электронной почты:** \_\_\_\_\_

Регистрация по **месту жительства:** субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_

Регистрация по месту **пребывания:** субъект Российской Федерации район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_

Местность: городская - 1, сельская - 2.

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

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

**Занятость:** работает - 1, проходит военную и приравненную к ней службу - 2,  
пенсионер - 3, обучающийся - 4, не работает - 5, прочее - 6 \_\_\_\_\_.

**Для детей:** дошкольник, организован - 7, дошкольник, не организован - 8,  
школьник - 9; социальное положение: ребенок-сирота - 10, без попечения  
родителей - 11, проживающий в организации для детей-сирот - 12.

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

**Должность (для работающего):** \_\_\_\_\_

**Группа инвалидности:** \_\_\_\_\_



## СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

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

Полис обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования:  
"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

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

СНИЛС: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Сведения об ознакомлении с медицинской документацией: \_\_\_\_\_

В [строке](#) "Сведения об ознакомлении с медицинской документацией" указываются дата ознакомления и фамилия, имя, отчество (при наличии) лица, ознакомившегося с [Картой](#) в соответствии с [частью 4 статьи 22](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" <12>.

-----

<12> Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2021, N 27, ст. 5143.



### ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР

врачом приемного отделения (дежурным врачом или лечащим врачом)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

Жалобы: \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания: \_\_\_\_\_

Анамнез жизни: \_\_\_\_\_

**Физикальное исследование, локальный статус** \_\_\_\_\_

План обследования: \_\_\_\_\_

План лечения: \_\_\_\_\_

Назначения: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_

**ОСМОТР** **лечащим врачом, врачом-специалистом**, заведующим отделением,

лечащим врачом совместно с врачом-специалистом,

лечащим врачом совместно с заведующим отделением

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_\_\_ час. \_\_\_\_ мин.

Жалобы: \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания (дополнения к анамнезу): \_\_\_\_\_

Анамнез жизни (дополнения к анамнезу): \_\_\_\_\_

**Физикальное исследование, локальный статус (его изменение):** : \_\_\_\_\_



**Обоснование** предварительного диагноза (диагноза при поступлении)

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

**Обоснование** диагноза (при наличии дополнительных сведений):

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

**Порядок ведения:** В [строке](#) "Обоснование оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" указываются основания для выбора условий оказания медицинской помощи, в том числе тяжесть состояния, особенности анамнеза заболевания и иные обосновывающие причины.

## Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи

П 2.2. **Критерии качества в стационарных  
условиях и в условиях дневного стационара:**

**оформление обоснования клинического  
диагноза соответствующей записью в  
стационарной карте, подписанного лечащим  
врачом и заведующим профильным  
отделением (дневным стационаром);**



- **ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ**
- **ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ**
- **ПРОТОКОЛ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОПЕРАЦИИ)**
- **ПРОТОКОЛ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ**
- **КАРТА ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ**
- **КАРТА ПРОВЕДЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**
- **ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЙ И ИХ ВЫПОЛНЕНИЕ**
- **ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ТРАНСФУЗИИ (ПЕРЕЛИВАНИЯ) ДОНОРСКОЙ КРОВИ И (ИЛИ) ЕЕ КОМПОНЕНТОВ**
- **ЛИСТ УЧЕТА ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ**
- **ВЫПИСНОЙ (ПЕРЕВОДНОЙ) ЭПИКРИЗ**
- **ПОСМЕРТНЫЙ ЭПИКРИЗ**



## ПОСМЕРТНЫЙ ЭПИКРИЗ

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

Наименование отделения (структурного подразделения): \_\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_\_\_\_\_

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол \_\_\_\_\_

Регистрация по месту жительства:

субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_

строение/корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Регистрация по месту пребывания:

субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_

населенный пункт \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_

строение/корпус \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

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

Период нахождения в стационаре, дневном стационаре: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин. по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации \_\_\_\_\_

Дата и время наступления смерти: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_\_ час. \_\_\_ мин.

Форма оказания медицинской помощи: плановая - 1, экстренная - 2

(указать) \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о пациенте и госпитализации: \_\_\_\_\_



## ПОСМЕРТНЫЙ ЭПИКРИЗ

Заключительный клинический диагноз (посмертный):

Основное заболевание \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

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

Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_

Состояние при поступлении:

Проведенные обследования, лечение, медицинская реабилитация:

Осмотры врачей-специалистов, консилиумы врачей, врачебные комиссии:

Результаты медицинского обследования:

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

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

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

Медицинские вмешательства:

Дополнительные сведения:

Обстоятельства смерти:

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

лечащий врач \_\_\_\_\_

заведующий отделением \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_ час. \_\_ мин.



Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара"

Наименование профиля коек	Число коек	в том числе койки... (в период ремонта и по иным причинам) (из графы 2)	Движение пациентов за истекшие сутки															На начало текущего дня				
			находило пациенто в на начало истекших суток	поступило пациентов (без учета переведенных внутри стационара)						переведено пациентов внутри стационара		выписано пациентов				умерло		состоит пациентов		находиться родители лей...	свободных мест	
				всего	в том числе из дневного стационара (из графы 5)	поступило пациентов (из графы 5)			из других отделений	в другие отделения	всего	в том числе (из графы 12) старше трудоспособного возраста	в том числе из графы 12		Всего	0 - 17 лет	старше трудоспособного возраста	Всего	в том числе (из графы 16) старше трудоспособного возраста		мужских	женских
						сельских жителей	0 - 17 лет	старше трудоспособного возраста					в дневной стационар (в том числе из графы 12)	в стационар (в том числе из графы 12)								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23



**Учетная форма №008** Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара



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

Код отделения \_\_\_\_\_

Оперативное вмешательство (операция) N \_\_\_\_

1. Номер карты пациента \_\_\_\_\_
  2. Фамилия, имя, отчество пациента (при наличии) \_\_\_\_\_
  3. Пол: мужской - 1, женский - 2
  4. Дата рождения: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
  5. Дата оперативного вмешательства (операции): " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
  6. Время начала оперативного вмешательства (операции) \_\_ час. \_\_ мин.  
время окончания оперативного вмешательства (операции) \_\_ час. \_\_ мин.
  7. Продолжительность оперативного вмешательства (операции): \_\_ час. \_\_ мин.
  8. Диагноз до оперативного вмешательства (операции):
    - 8.1. Основное заболевание \_\_\_\_\_
    - 8.2. Осложнения основного заболевания \_\_\_\_\_
    - 8.3. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_
    - 8.4. Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_
    - 8.5. Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_
  9. Наименование оперативного вмешательства (операции): \_\_\_\_\_
- Код оперативного вмешательства (операции) согласно номенклатуре медицинских услуг:
10. Оперативное вмешательство (операция):
    - 10.1. **Высокотехнологичная медицинская помощь**: да, нет.
    - 10.2. С использованием аппаратуры (подчеркнуть): **лазерной, криогенной, эндоскопической, рентгеновской**
    - 10.3. Кратность оперативного вмешательства (операции): первичная, повторная.
    - 10.4. **Микрохирургическое** оперативное вмешательство (операция): да, нет.
  11. Премедикация (наименование лекарственных препаратов, дозы) \_\_\_\_\_
    - 11.1. **Вид анестезиологического пособия**: \_\_\_\_\_
  14. Операционный материал, взятый на **патоморфологическое диагностическое** исследование:
  15. **Осложнения**, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции): \_\_\_\_



16. Диагноз после проведения оперативного вмешательства (операции):

16.1. Основное заболевание \_\_\_\_\_

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

16.3. Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_

16.4. Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_

16.5. Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_

17. Оперативное вмешательство (операцию) провели:

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

состав оперирующей бригады:

оперирующий врач \_\_\_\_\_

ассистирующий врач \_\_\_\_\_

операционная медицинская сестра \_\_\_\_\_

состава бригады анестезиологии-реанимации:

врач-анестезиолог-реаниматолог \_\_\_\_\_

медицинская сестра-анестезист \_\_\_\_\_



Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Пол: мужской - 1, женский - 2

Гражданство: \_\_\_\_\_

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_

Местность: городская - 1, сельская - 2

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

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

Занятость: работает - 1, проходит военную и приравненную к ней службу - 2, пенсионер - 3, обучающийся - 4, не работает - 5, прочее - 6 \_\_\_\_\_.

Для детей: дошкольник, организован - 7, дошкольник, не организован - 8, школьник - 9; социальное положение: ребенок-сирота - 10, без попечения родителей - 11, проживающий в организации для детей-сирот - 12.

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

Должность (для работающего): \_\_\_\_\_



**СНИЛС:** \_\_\_\_\_

Дата и время поступления: " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_ час. \_\_ мин.

**Поступил через \_\_\_\_\_ часов** после начала заболевания, получения травмы, отравления.

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

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

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

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

\_\_\_ Диагноз при направлении: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по **МКБ** \_\_\_\_\_

Предварительный диагноз (диагноз при поступлении): \_\_\_\_\_

Основное заболевание \_\_\_\_\_ код по **МКБ** \_\_\_\_\_

**Осложнения основного заболевания** \_\_\_\_\_ код по **МКБ** \_\_\_\_\_

**Внешняя причина при травмах, отравлениях** \_\_\_\_\_ код по **МКБ** \_\_\_\_\_

**Сопутствующие заболевания** \_\_\_\_\_ код по **МКБ** \_\_\_\_\_

**Дополнительные сведения о заболевании** \_\_\_\_\_



Движение пациента по отделениям:

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



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



Группа крови \_\_\_\_\_ резус-принадлежность \_\_\_\_\_ антиген К1 системы Kell \_\_\_\_\_  
иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) \_\_\_\_\_

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

Наименование медицинской организации, куда переведен пациент \_\_\_\_\_

Выписан дата: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_ час. \_\_ мин.

Умер в \_\_\_\_\_ отделении: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. время: \_\_ час. \_\_ мин.

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

Количество дней нахождения в медицинской организации \_\_\_\_\_

Оформлен листок нетрудоспособности: N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дубликат листка нетрудоспособности N \_\_\_\_\_ от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.)

приступить к работе с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

явка в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации) "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Диагноз клинический, установленный в стационаре, дневном стационаре:

Основное заболевание \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

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

Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_

**Патологоанатомический диагноз:**

Основное заболевание \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

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

Внешняя причина при травмах, отравлениях \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ \_\_\_\_\_

Дополнительные сведения о заболевании \_\_\_\_\_



**ФРОЛОВА ЛЮБОВЬ СЕРГЕЕВНА**

начальник отдела медицинской статистики

**Тел 8(412) 64-32-30**