Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 21 декабря 2010 года № 6697.

В соответствии с подпунктами 5) и 9) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", в целях совершенствования и обеспечения сбора административных данных, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

Сноска. Преамбула в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Утвердить:

1) Медицинскую учетную документацию, используемую в стационарах, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) Медицинскую учетную документацию, используемую в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) Медицинскую учетную документацию, используемую в амбулаторно-поликлинических организациях, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) Медицинскую учетную документацию других типов медицинских организаций согласно приложению 4 к настоящему приказу;

5) Медицинскую учетную документацию лабораторий в составе медицинских организаций согласно приложению 5 к настоящему приказу;

6) Медицинскую учетную документацию организации службы крови согласно приложению 6 к настоящему приказу;

7) Перечень форм первичной (учетной) медицинской документации организаций здравоохранения и сроки их хранения согласно приложению 7 к настоящему приказу;

8) Карту учета дефектов оказания медицинских услуг согласно приложению 8 к настоящему приказу;

Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Руководителям управлений здравоохранения областей, городов Астана и Алматы (по согласованию), руководителям республиканских организаций здравоохранения ввести (по согласованию) в организациях здравоохранения формы первичной медицинской документации, утвержденные настоящим приказом.

Сноска. Пункт 2 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

3. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Тулегалиева А.Г.) обеспечить в установленном законодательством порядке государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Департаменту административно-правовой работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Бисмильдин Ф.Б.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа в средствах массовой информации после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

5. Отменить некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 8 к настоящему приказу.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э.А.

7. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования.

И.о. Министра	Б. Садыков

	Приложение 1 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 1 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы

Формат А4

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Науқастарды қабылдау және емдеуге жатқызудан бас тартуларды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета приема больных и отказов в госпитализации

20 __ жылғы (года) "____" _____ 20__ жылғы (года) "____" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

	Түскен Поступление		Тек, ат, әкесінің аты - болған жағдайда (бұдан әрі-ТАӘ) Фамилия, имя, отчество – при		Жеке сәйкестендірме нөмір болған жағдайда (бұдан әрі-ЖСН) Индивидуальный идентификационный	Тұрғылықты мекенжайы немесе туған-туысқанының мекенжайы, телефон № Постоянное место жительства или адрес родственников, близких и № телефона		14 жасқа дейінгі балалар үшін Для детей до 14 лет		
	күні дата	сағат, минут час, минута					Науқастың	Ата-аналарының, қамқоршы және тәрбиешінің жұмыс орындары Место работы родителей,	Ұйымдастырылған (бүлдіршіндер бақшасы, бала бақша, мектеп) Организован (ясли, детский	Соңғы рет келуі Последнее

Р/с № № п/п			наличии (далее – ФИО)	Туған күні Дата рож-дения	номер-при наличии (далее - ИИН)		жұмыс орны Место работы больного	опеку-нов и попечи-телей	сад, школа)	посе-щение
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Сырқаттану күні Дата заболевания	Артерия қысым болған жағдайда (бұдан әрі – АҚ) Артериальное давление при наличии (далее – АД)	T^{o}	Қандай ұйым жіберді немесе кім жеткізді Какой организацией направлен или кем доставлен	Емдеуге жатқызу коды Код госпитализации
12	13	14	15	16

Инфекциялық ауру туралы шұғыл хабарлама берілген күні және № Дата подачи и № экстренного извещения об	Стационарлық науқастың картасының № (босану тарихы) № карты стационарного	Науқас жатқызылған бөлімше Отделение, в которое помещен больной	Жіберген ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	Шығарылды, басқа стационарға ауыстырылды, қайтыс болды (ауыстырылған стационардың атауы мен қай күні ауыстырылғанын тізімге енгізіңіз және көрсетіңіз) Выписан, переведен в другой	Қабылдаудан (бірінші рет, қайталап) бас тарту себептері, қолданылған шаралар Причины отказа в приеме

инфекционном заболевании	больного (истории родов)			стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара куда переведен)	(первичный, повторный), принятые меры
17	18	19	20	21	22

Медициналық сақтандыру жөнінде деректер Данные по медицинскому страхованию		Ескерту: (туыстарына, ұйымына, тағы басқалар хабарланғаны туралы белгі) Примечание (отметка о сообщении родственникам или организации и другие)	Дәрігердің ТАӘ ФИО врача
Сақтандыру полисінің № № страхового полиса	Сақтандыру ұйымының атауы, коды Наименование, код страховой организации		
23	24	25	26

Форма

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № туберкулезбен ауыратын науқас 01/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № туберкулезного больного 01/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 01/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық қартасы
Медицинская карта больного туберкулезом

ТМН/РМН _____ __ Науқастың тіркеу №/Регистрационный № больного _____ Тіркелген күні/Дата регистрации _____/_____ ___/_____ кк/аа/жжжж дд/мм/гггг Жеке куәлігінің (туу туралы куәлігі) номері/__ _____ Номер удостоверения личности, свидетельство о рождении 1.Науқас туралы ақпарат Информация о больном Тегі/Фамилия _____ _____ Аты/Имя _____Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при наличии)_____ _____ ЖС/ИИН_____Код (КАТО)_____ _____ Туған күні/Дата рождения: _____/_____/_____ кк/аа/жжжж дд/мм/гггг Жынысы/Пол: ☐ ер/мужской; ☐	3.Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі Социально-профессиональный статус ☐ жұмысшы/рабочий ☐ қызметкер/служащий ☐ жұмыссыз/безработный ☐ зейнеткер/пенсионер ☐ мектеп жасына дейінгі бала/ дошкольник ☐ оқушы/учащийся ☐ студент/студент ☐ өз бетінше жұмыспен шұғылданушы/ самозанятость ☐ сотталған/осужденный ☐ тергеуде жүрген адам/ следственно-арестованный ☐ жалпы емдеу жүйесінің - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖЕЖ) қызметкері/медицинский работник общей лечебной сети – при наличии (далее – ОЛС) ☐ ТҚҰ қызметкері/медработник ПТО ☐ пенитенциарлық жүйе қызметкері/ персонал пенитенциарной системы ☐ мигрант (сыртқы, ішкі, еңбек/ внешний, внутренний, трудовой) ☐

әйел/женский
Нақты мекен-жайы:
□
Белгісіз тұрғылықты орны жоқ - болған жағдайда (бұдан әрі – БТОЖ) / без определенного места жительства – при наличии (далее – БОМЖ)
ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____
(Адрес фактического проживания) _____
_____облысы/область _____ қаласы/ауданы _____ елді мекені (город/район) (населенный пункт) _____ көшесі/улица _____ үй/дом _____ пәтер/квартира
телефон _____
Науқасқа жақын адамның ТАӘ _____
_____
(ФИО близкого лица (при наличии))
Науқасқа жақын адамның мекен-жайы _____
_____
(Адрес близкого лица) _____
_____
□
Қазақстан Республикасы азаматы/гражданин Республики Казахстан
□
шетелдік (елі) / (иностранец (страна)_____
_____
Ұлты/Национальность _____
_____
Тұрғыны/Житель:
□
қала/город
□
ауыл/село
2.Анықтау / Выявление
қаралу/обращение:
□
қауіпті топ/группа риска;
□
міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;
□
басқалар/прочие
алдын ала тексеру/профосмотр:
□
қауіпті топ/группа риска;
□
міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;
□
басқалар/прочие
өлгеннен кейін/посмертное:
□
басқалар/прочие
4. Қауіп-қатер факторлары
Факторы риска
қатынаста болған/контактный:
□
туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБ);
□
Көп дәріге төзімділік туберкулезі - болған жағдайда (бұдан әрі – КДТ ТБ)/ туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – МЛУ ТБ)
□
Кең-ауқымды дәріге төзімді туберкулезі - болған жағдайда (бұдан әрі – КАДТ ТБ)/ туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью – при наличии (далее –ШЛУ ТБ);
□
қант диабеті/сахарный диабет;
□
нашақорлық/наркомания
□
ішімдікке салыну/злоупотребление алкоголем;
□
соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу/
нахождение в местах лишения свободы за последние 2 года;
□
АҚТҚ/ВИЧ;
□
белгісіз/неизвестен
Басқалар/другие:
□
босанғанннан кейін 1жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер/ /женщины в послеродовом периоде до 1года;
□
жүктілік/беременность
□
БЦЖ егілмеген / не вакцинирован БЦЖ
5. Науқасты жіктеу Тип больного
□
жаңа жағдай/новый случай
□
қайталануы/рецидив
□
сәтсіз ем/неудача лечения

□ қауіпті топ/группа риска; □ міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент; □ басқалар/прочие Алғашқы белгілері пайда болған күні/: _____/_____/_____ Дата появления первого симптома БМСК қаралған күні/ _____/_____/_____ Дата обращения в ПМСП Туберкулезге қарсы ұйымға - болған жағдайда (бұдан әрі – ТҚҰ) қаралған күні/ Дата обращения в противотуберкулезную организацию– при наличии (далее –ПТО) _____/_____/_____	□ үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва □ ауыстырылған/переведен Басқалар/Другие: □ Туберкулездің микобактериясы - болған жағдайда (бұдан әрі – ТМБ(-) қайталанған ауру/рецидив микобактерии туберкулеза – при наличии (далее – МБТ(-) □ ТМБ (-) үзілістен кейінгі ем/ лечение после перерыва МБТ(-) □ ТМБ(-) сәтсіз ем/неудача лечения МБТ(-) 6. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі Локализация и форма туберкулеза □ Өкпе ТБ □ соның ішінде біріккен өкпеден тыс ТБ □ Өкпеден тыс ТБ Легочный в том числе. сочетанный с ВЛ Внелегочный Диагноз _____ _____ _____ __ МКБ б/ша шифрі/_____ шифр по МКБ

7. Зерттеу қорытындылары/Результаты исследования

Исследования/Зерттеулер			ем бастаған дейін 0 ай до начала лечения 0 месяца			2 ай 2 месяца		3 ай 3 месяца		4 ай 4 месяца		5 а 5 м
			1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	3 сынама 3 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сын 1 про
Қақырық жағынд-ң микроскоскопиясы (микроскопия мазка мокроты)		Күні (дата)										
		қорытынды (результат)										
		Зерттеу № (лаб.№)										
Қақырықтың дақылы (посев мокроты)	Дақыл (посев)	Әдіс (метод)	Л-Й	В	Л-Й		Л-Й		Л-Й			
		Күні (дата)										
		қорытынды (результатт)										
		Зерттеу № (лаб №)										
	Сезімталдық (ТЛЧ)	Әдіс (метод)	Л-Й	В	МГ							
		Күні (дата)										
		Зертттеу № (лаб №)										
		H										
		R										
		E										
		Z										
		S										
Рентген		Күні (дата)										
		Ыдырау (распад)										
113 код		Күні (дата)										
		қорытынды (результат)										

Примечание: 1. Қақырық жағындының, дақылдың, сезімталдықтың қорытындысын, қақырық жағындысын жина
Все результаты микроскопии, посевов, ТЛЧ считать с даты сбора мокроты 2. Молекулярлы-генетикалық
G-Xpert (экспресс тест)- қажеттісін тандаңыз/Молекулярно-генетический: Хайн-тест, G-Xpert - выбра
ТДК/ДТК:

ия/да

жоқ/нет Жүргізілген жағдайда, күні/Если проведено, дата:___ /____/____
ТКК/ПТК:

ия/да

жоқ/нет Жүргізілген жағдайда, күні/ Если проведено, дата: ___/____/_____

10. Туберкулезге қарсы препараттар/Противотуберкулезные препараты

Ем баст. дейнгі салмағы / Вес до начала _____ кг:	қарқынды кезеңі/интенсивная фаза							жалғастыру кез	
	H 100мг H 300мг H инъекц 500мг мг	R 150мг R 150инъец	Z 500мг	E 100мг E 400мг	S 1000мг	Белгіленген мөлшердегі түйдектелген препараттар микобактериясы - болған жағдайда (бұдан әрі – БМБП) / Комбинированные препараты с фиксированными дозами – при наличии (далее – КПФД)		H100 H300	R150
Күні/ Дата	Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка/ ампула	Өлшем бірлігі / Единица измерения капсула/ ампула	Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі / Единица измерения флакон	H75R150Z400E275 Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка	H30R60Z150 Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка	Өлшем бірлігі / Единица измерения таблетка	Өлше бірл / Един изме капс

11. Қарқынды кезеңіндегі науқасқа тікелей бақыланатын емдеу (бұдан әрі – ТБЕ) өткізу қағазы/Лист проведения непосредственно контролируемого лечения (далее – НКЛ) больного на интенсивной фазе

Науқастың ТАӘ(болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) больного:	Туған күні/ Дата рождения кк/аа/ жжжж дд/мм/ гггг	Емнің бастау күні/ Дата начала лечения кк /аа/жжжж дд/мм/гггг	Басқа да қаражат көзі (грант, жергілікті бюджет)/ Из других источников (грант , местный бюджет) : ☐
ЖСН/ИИН			Республикалық бюджет/ Республиканский бюджет: ☐
Мекен-жайы/көшесі, бөлім: Адрес/улица, населенный пункт:			
Тікелей бақыланатын емге - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБЕ) жауапты/Ответственный за – при наличии (далее –НКЛ):			
Науқастың салмағы (кг)/Вес больного (кг):			

Емдеу мекемесі/ Лечебная организация:													**Күнтізбелік ай/ Календарный месяц:**																			**Емд Мес**
Препарат	Өлшем бірлігі/ Единица измерения	Саны / Количество	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	28	
H	ампула																														
R	ампула																														
S	флакон																														
Z	таблетка																														
H	таблетка																														

R	капсула																														
E	таблетка																														
4 КПФД (H75R150 Z400E275)	таблетка																														
3КПФД (H30R60 Z150)	таблетка																														

Ескерту: әрбір тор сызықта, бақылау кезінде дәріні бір рет қабылдаған жағдайда "

√

",бақылау кезінде препараттарды екі рет қабылдағанда "

√

√

" бақылау кезінде препараттарды үш рет қабылдағанда "

√

√

√

" белгіленеді; "О" – препараттың тәуліктік мөлшері қабылданбады; "Р" – жанама әсерлер пайда болғанда, препаратты дәрігер тоқтатса.; "Х" – препарат науқастың қолына бақылаусыз берілсе.

Примечание: в каждой клетке отмечается "

√

"- при однократном приеме препаратов под контролем; "

√

√

" - при двукратном приеме препаратов под контролем;

"

√

√

√

"- при трехкратном приеме препаратов под контролем; "О" – пропустил прием суточной дозы препарата; "Р" – при побочной реакции, если препараты отменены врачом

"Х" - препарат отдан на руки больному без контроля; "–" день, когда больной не должен принимать противотуберкулезные препараты (выходной день).

11. Жалғастыру кезеңіндегі науқасқа ТБЕ өткізу қағазы/Лист проведения НКЛ больного на поддерживающей фазе			
Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии) больного:	Туған күні/ Дата рождения кк/аа/ жжжж дд/мм/ гггг	Емнің бастау күні/ Дата начала лечения кк/аа/ жжжж дд/мм/гггг	Басқа да қаражат көзі (грант, жергілікті бюджет)/ Из других источников (грант, местный бюджет) : ☐
Мекен-жайы/көшесі, бөлім: Адрес/улица, населенный пункт:			Республикалық бюджет/ Республиканский бюджет : ☐
ТБЕ жауапты/Ответственный за НКЛ			
Науқастың салмағы (кг)/Вес больного (кг):			

Емдеу мекемесі/ Лечебная организация:												**Күнтізбелік ай/ Календарный месяц:**																**Емделген а Месяц лече**			
Препарат	Өлшем бірлігі / Ед.изм	Саны / Колво	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	28	29	30	31
Z	табл																																
H	табл																																
R	капс																																
E	табл																																
4 КПФД (H75R150 Z400E275)	табл																																
3КПФД (H30R60 Z150)	табл																																

Ескерту: әрбір тор сызықта, бақылау кезінде дәріні бір рет қабылдаған жағдайда "

√

",бақылау кезінде препараттарды екі рет қабылдағанда "

√

√

" бақылау кезінде препараттарды үш рет қабылдағанда "

√

√

√

" белгіленеді; "О" – препараттың тәуліктік мөлшері қабылданбады; "Р" – жанама әсерлер пайда болғанда, препаратты дәрігер тоқтатса.; "Х" – препарат науқастың қолына бақылаусыз берілсе.

Примечание: в каждой клетке отмечается "

√

"- при однократном приеме препаратов под контролем; "

√

√

" - при двукратном приеме препаратов под контролем;

"

√

√

√

" - при трехкратном приеме препаратов под контролем; "О" – пропустил прием суточной дозы препарата; "Р" – при побочной реакции, если препараты отменены врачом

"Х" - препарат отдан на руки больному без контроля; "–" день, когда больной не должен принимать противотуберкулезные препараты (выходной день)

12. Емнің аяқталған күні/Дата окончания лечения _____/_____/_____

13. Ем нәтижелері/Исходы лечения:

□

Сауықты/Вылечен

□

Ем аяқталды/Лечение завершено

□

Сәтсіз ем/Неудача лечения

□

Ем тәртібі бұзылды/Нарушение режима лечения

□

Ауыстырылды/Переведен

□

IV категорияға ауыстырылды/Переведен в категорию IV

□

Қайтыс болды/Умер: өлген күні/дата смерти _____/_____/_____;

Қайтыс болу себебі/Причина смерти:

□

Туберкулезден

□

өзге себептерден/другие причины

Қайтыс болған орны/Место смерти:

□

стационарда/в стационаре

□

стационардан тыс/не в стационаре

14.

□

Сараптамасы алынды/Диагноз снят

Ескертулер/Примечания:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____

Учаскелік фтизиатр/Участковый фтизиатр: Тегі/Фамилия_____аты/имя _____әкесінің аты/отчество (при его наличии) _____

қолы/подпись _____

Ем жүргізуші дәрігер/Лечащий врач: Тегі/Фамилия_____аты/имя_____ әкесінің аты/отчество (при его наличии) _____

қолы/подпись _____

	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте больного туберкулезом

Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыру жолдамасы
Направление на перевод больного туберкулезом

Науқасты ауыстыратын ұйымның атауы, мекенжайы/Название, адрес переводящей организации

_____

Науқас ауысып баратын ұйымның атауы, мекенжайы/Название, адрес организации, в которую

больной переводится_____

_____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) больного

_____

Туған күні/Дата рождения _____ _____ _____ЖСН/ИИН_____

кк.аа.жжжж/дд.мм.гггг

Жынысы/Пол: Е/М

□

Ә/Ж

□

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Мекен-жайы (көшкен жағдайда жаңа мекен-жайы)/Адрес (при переезде будущий адрес):_____
_

Науқасқа жақын адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) близкого лица _____
___

Науқасқа жақын адамның мекен-жайы/Адрес близкого лица_____ _____

Диагнозы/Диагноз _____

Тіркеу нөмірі/Регистрационный номер _____Ем бастаған күні/Дата нач. леч. ___ ____ ____
_____

Ем санаты/Категория лечения:

□

I санат жаңа жағдайлар/Категория I новые случаи

□

II санат қайталанған жағдайлар/Категория II повторные случаи

□

IV санат КДТ ТБ/Категория IV МЛУ ТБ

Науқас қабылдайтын препараттар/Препараты, получаемые больным _____

_____

Ескертулер (жанама әсерлер)/Примечание (побочные эффекты) _____

_____

Науқасты ауыстыратын тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) переводящего_

__

Лауазымы/Должность_____ Қолы/Подпись _____

Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____ _____ _____

кк.аа.жжжж/дд.мм.гггг

Науқас ауыстырылған ұйымдар үшін

Для использования организацией, в которую больной был переведен:

(Науқас тіркеуге алынғаннан кейін нысанның бұл бөлігін ауыстырған ұйымға жіберу қажет)

(Эту часть формы отправить в организацию, направившую больного после его регистрации)

Ұйымның атауы/Название организации _____

Мекенжайы/Адрес _____

Науқастың ТАӘ(болған жағдайда)/ФИО (при наличии) больного

_____

Науқас осы ұйымда тіркелді / Больной зарегистрирован в данной организации

Тіркеу нөмірі (жаңа)/Регистрационный номер (новый) _____

Тіркелген күні/Дата регистрации_____

Науқасты қабылдап алған тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) принявшего

_____

Лауазымы/Должность _____ Қолы/Подпись _____

Ұйымның атауы (Наименование организации) _____

	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте больного туберкулезом

Емдеуге алынатын туберкулезге шалдыққан науқастың ақпараттық келісімі

Мен, _____

науқастың Т.А.Ә., (болған жағдайда) туылған жылы (егер бала болса, ата-анасын немесе қамқоршысынын көрсету)

Тұратын мекенжайы _____

1. Науқастың құқығы

1) Туберкулез деп сараптама қойылған күннен бастап, емдеуді толық аяқтағанға дейін кез келген уақытта тегін медициналық көмекке;

2) Туберкулездің көп дәріге төзімділігімен (КДТ ТБ) және адам инммунды тапшылық вирусымен ілеспелі туберкулез жағдайын қосқанда медициналық ем мен кеңес алу Халықаралық стандартқа сәйкес болады;

3) Туберкулез науқасымен қатынаста болған балалар мен басқада тұлғаларды туберкулезден тексеру мен алдын ала емдеуді тегін жүргізуге;

4) Емделушінің абройына, мәдени құндылықтары мен діни нанымдарына барлық медицина қызметкерлері мен денсаулық сақтау әкімшілігі жағынан орынды және әділетті қатынаста болуға;

5) Өзінің денсаулық жағдайы туралы (сараптамасын, ем әдісін, емделу уақытын, емге байланысты нәтижелері мен қауіп-қатерін) дер кезінде толық және маңызды ақпаратты алуға;

6) Туберкулезге қарсы препараттардың атауы және мөлшері туралы және олардың әсері мен жанама әсерін сонымен қатар қосымша диагностикалық және қандайда бір емнің араласуы туралы мәлімет алуға құқылы.

2. Науқастың міндеті:

1) Тағайындалған ем тәртібін сақтау. Өзінің денсаулығы мен айналасындағылардың денсаулығы үшін туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектерді қабылдауда үзіліс жасамау;

2) Медицина қызметкерлерінің тікелей бақылауымен барлық тағайындалған туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау;

3) Айналасына кері әсер етпеуі үшін "туберкулез науқасының мінез-құлқы ережесін" сақтау;

4) Емдеу әдісін дұрыс таңдау үшін, өзінің денсаулық жағдайын, алдыңғы ем тәсілдерін, ілеспелі ауруын, ота жасалғандығын, жарақат алғандығын, аллергиялық әсері мен басқада мағлұматтар туралы барлық ақпаратты медицина қызметкерлеріне ұсыну;

5) Барлық отбасы мүшелері мен басқада қатынаста болған тұлғалар туралы туберкулезге қарсы қызметтің мамандарына хабарлау;

6) Өз денсаулық жағдайының күрт өзгеруін, шағымын медицина қызметкерлеріне дер кезінде хабарлау;

7) Медицина қызметкерлері мен басқа емделушілердің құқығын құрметтеуге міндетті.

Таныстым:

- Туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау кезінде, дәрі қабылдағанда үзіліс болған жағдайда және есірткі мен алкоголь сияқты заттарды тұтыну нәтижесінде "емнің сәтсіз болуы, кейде дәрінің жанама әсері болуы мүмкін;

- Үнемі емдеу тәртібін бұзған кезде, ауру асқынып кетуі мүмкін, (туберкулездің көп дәріге тұрақтылық түрі қалыптасады) соның салдарынан қажетті дәрі-дәрмек шетелде сонымен қатар Қазақстанда жоқ болғандықтан өлім қаупін тудыруы мүмкін.

- Емдеу тәртібін бұзған немесе емді үзген және емнен ауытқыған жағдайда Қазақстан Республикасының халықтың денсаулығы және денсаулық сақтау кодексі бойынша мәжбүрлеп оқшаулау шараларын қолдануға тағайындалуы мүмкін.

Осы келісімнің барлық тарауларымен келісемін және оны орындауға борыштымын.

Емделушінің қолы_____ күні_____ _____ _____

Медицина мекемесі қызметкерінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

Қолы_____ күні _____ _____ _____

Участкелік дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

Қолы _____ күні _____ _____ _____

Информированное согласие больного туберкулезом на лечение

Я, _____

Ф.И.О., (при наличии) год рождения больного (если ребенок, указать родственника или опекуна)

проживающий (ая) по адресу: _____
_____

Информирован(а) о правах и обязанностях больного, при лечении туберкулеза

1. Больной имеет право:

1) На бесплатную и общедоступную медицинскую помощь в любое время с момента постановки диагноза туберкулеза до завершения полного курса лечения.

2) На медицинскую консультацию и лечение в соответствие с Международными стандартами, включая случаи заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) и туберкулезом с сопутствующей инфекцией вируса иммунодефицита человека.

3) На бесплатное обследование и профилактическое лечение туберкулеза детей и других лиц, находившихся с ним в контакте.

4) На уважительное и беспристрастное отношение со стороны всех медицинских работников и администраторов здравоохранения, без ущемления достоинства пациента, с учетом его религиозных верований и культурных ценностей.

5) На своевременное получение полной и ясной информации о состоянии своего здоровья (диагнозе, методах и длительности лечения, возможном исходе и рисках, связанных с лечением).

6) На получение сведений о названиях и дозах противотуберкулезных препаратов, об их действии, возможных побочных реакциях, а также о дополнительных диагностических и лечебных вмешательствах.

2. Больной обязан:

1) Соблюдать назначенный режим лечения. Не допускать перерывов приема лекарств, что будет способствовать защите собственного здоровья и здоровья окружающих.

2) Принимать все противотуберкулезные препараты под непосредственным контролем медицинского персонала.

3) Соблюдать "Правила поведения больного туберкулезом", чтобы не заражать окружающих.

4) Представлять медицинским работникам всю информацию о состоянии своего здоровья, предыдущих эпизодах лечения, сопутствующих заболеваниях, перенесенных операциях, травмах, аллергических реакциях и других сведениях, необходимых для выбора правильной тактики лечения.

5) Информировать работников противотуберкулезной службы обо всех членах семьи и других лицах, которые могли быть инфицированными в результате контакта.

6) Своевременно сообщать медицинским работникам об ухудшении своего состояния, появлении новых жалоб.

7) Уважать права других пациентов и медицинских работников

Ознакомлен с тем, что:

- при приеме противотуберкулезных препаратов могут иногда возникнуть побочные реакции, и возможен "неблагоприятный исход лечения", который чаще возникает в результате перерывов приема лекарства и других нарушений режима лечения, употребления алкоголя и наркотических средств;

- при постоянных нарушениях режима лечения заболевание становится неизлечимым (формируется лекарственно устойчивая форма туберкулеза) и порой смертельным, от которого лекарств в мире, в том числе и в Казахстане нет;

- в случае уклонения и/или отрывов (нарушение режима) от лечения ко мне возможно применение мер принудительной изоляции согласно Кодексу Республики Казахстан № 193-IV от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения".

Согласен со всеми пунктами данного соглашения и обязуюсь выполнять его.

Подпись пациента _____ дата _____ _____ _____

Ф.И.О. (при наличии) должностного лица медицинской организации _____

Подпись _____ дата _____ _____ _____

Ф.И.О. (при наличии) участкового лечащего врача_____

Подпись _____ дата _____ _____ _____

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды_____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген IV санатты ТБ 01/е - нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ 01/у-категория IV утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҚҚАН IV КАТЕГОРИЯЛЫҚ НАУҚАСТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАТЕГОРИИ IV

ТМН/РМН
_____
IV категория б/ша тіркеу № (Регистрационный № по категории IV)
_____
Тіркелген күні/_____/_____/_____КК/АА/ЖЖЖЖ
Дата регистрации ДД/ММ/ГГГГ
Науқастың тіркеу №/Регистрационный № больного _____
Тіркелген күні _____/_____/_____КК/АА/ЖЖЖЖ
Дата регистрации ДД/ММ/ГГГГ
Жеке куәлігінің,туу туралы куәлігі номері/_____
Номер удостоверения личности, св-во о рождении
1. Науқас туралы ақпарат/Информация о больном
Тегі/Фамилия_____
Аты/Имя _____Әкесінің аты/Отчество_____
Туған күні/Дата рождения: _____/_____/_____КК/АА/ЖЖЖЖ
ДД/ММ/ГГГГ
Жынысы/Пол: ер/мужской; әйел/женский
Нақты мекен-жайы/: БТОЖ/БОМЖ
Адрес фактического проживания _____облысы/область
_____қаласы/ауданы_____елді мекені
город/район нас.пункт
_____көшесі/улица _____үй/дом _____
пәтер/кв телефоны_____ Ұлты/Национальность_____
Тұрғыны/Житель: қала/город ауыл/село
IV категорияға ауыстырылу себебі: КДТ ТБ расталған/Подтвержден
МЛУ ТБ
Причина перевода в категорию IV КДТ ТБ күдік/Подозрение на
МЛУ ТБ
КАДТ ТБ расталған/Подтвержден
ШЛУ ТБ

КАДТ ТБ деген күдігі
бар/Подозрение на ШЛУ ТБ
2. Алдағы өткен ем жағдайлары/Эпизоды предыдущего лечения
Бұрын бірінші қатар дәрілерін қабылдады/Ранее принимал ППР: ия/да
жоқ/нет
Бұрын екінші қатар дәрілерін қабылдады/Ранее принимал ПВР: ия/да
жоқ/нет
Бұрын үшінші қатар дәрілерін қабылдады/Ранее принимал ПТР: ия/да
жоқ/нет

№	Ем басталған күні Дата нач. лечения	Кат.	Ем үлгісі Схема лечения	Нәтиже Исход	Ем аяқталған күні Дата окон.леч.
1					
2					
3					
4					

3. Әлеуметтік-кәсіби мәртебесі/Социально-профессиональный статус
жұмысшы/рабочий қызметкер/служащий жұмыссыз/безработный зейнеткер/пенсионер
мектеп жасына дейінгі бала/дошкольник оқушы/учащийся студент/студент өз бетінше
жұмыспен шұғылданушы/самозанятость сотталған/осужденный тергеуде жүрген
адам/следственно-арестованый ЖЕЖ қызметкері/медработник ОЛС ТҚҰқызметкері/
медработник ПТО пенитенциарлық жүйе қызметкері/персонал пенитенциарной
системы мигрант/мигрант басқалар/другое
4. Қауіп-қатер факторлары/Факторы риска
қатынаста болған/контактный: ТБ; КДТ ТБ/МЛУ ТБ КАДТ ТБ/ШЛУ ТБ қант
диабеті/сахарный диабет; нашақорлық/наркомания; ішімдікке салыну/злоупотребление
алкоголем; соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу/нахождение
в
местах лишения свободы за последние 2 года АҚТҚ/ВИЧ; белгісіз/неизвестен
Басқалар/Другие: босанғаннан кейін 1 жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер/женщины в
послеродовом периоде до 1года; жүктілік/беременность
5. Науқасты жіктеу/Тип больного
жаңа жағдай/новый случай қайталанған ауру/рецидив сәтсіз ем/неудача лечения
үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва ауыстырылған/переведен
Басқалар/Другие: ТМБ(-) қайталанған ауру/рецидив МБТ(-) ТМБ (-) үзілістен кейінгі
ем/лечение после перерыва МБТ(-) ТМБ(-) сәтсіз ем/неудача лечения МБТ(-)
6. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі/
Локализация и форма туберкулеза
Өкпе ТБ/ с.қ. біріккен өкпеден тыс ТБ/ Өкпеден тыс ТБ/
Легочный в т.ч. сочетанный с ВЛ Внелегочный
Диагноз _____
_____МКБ б/ша шифрі/_____
шифр по МКБ
ТДК/ДТК: ия/да жоқ/нет Жүргізілген жағдайда, күні/: _____/_____/_____
Если проведено, дата

ТКК/ПТК: ия/да жоқ/нет Жүргізілген жағдайда, күні/: _____/_____/_____
Если проведено, дата
Ретровирустарға қарсы терапия басталды/: ия/да жоқ/нет
Антиретровирусная терапия начата Басталған жағдайда, күні/: _____/_____/_____
Если начато, дата начала
Котримоксазолмен алдын ала емі басталды/: ия/да жоқ/нет
Профилакт. терапия котримоксазолом начата Басталған жағдайда, күні/:____/____/_____
Если начато, дата начала

7. Орталық дәрігерлік консультациялық комиссисының қорытындысы
Заключение Центральной врачебной консультативной комиссии

ТБ түрі/ формы ТБ	Күні/ даты	КДТ ТБ және КАДТ ТБ бойынша қабылдаған шешімдері Принятые решения по МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ	
		Шешімі Заключение	Себебі Причина
		ЕҚП/ ПВР	ЕҚП/ ПВР
КДТ ТБ/ МЛУ ТБ			
		ҮҚП/ ПТР	ҮҚП/ ПТР
КАДТ ТБ/ ШЛУ ТБ			

КДТ ТБ бойынша шешім/Заключение по МЛУ ТБ:
1 – ЕҚП ем бастау/назначено лечение ПВР; 2 - ЕҚП ем бастамау/не назначено лечение ПВР;
ЕҚП емді бастамау себебі/Причины не назначение лечения ПВР:
1 – ЕҚП жетіспеуі/недостаток ПВР; 2 – емнен бас тарту/отказ от лечения; 3 – қайтыс болды/ умер;
КАДТ ТБ бойынша шешім/Заключение по ШЛУ:
1 – Ем бастау/Начать лечение ПТР; 2 - Емін күтуде/Ожидают лечение; 3 – ҮҚП ем тағайындалмасын/не назначено лечение ПТР.
Ем тағайындалмау және күтудегі себептері/Причины для не назначения и ожидания лечения:
1 – препараттардың жеткіліксіздігі/недостаток препаратов; 2 – емнен бас тарту/отказ от лечения; 3 – қайтыс болды/умер; 4 –тәртібін бұзушы/нарушитель режима; 5 – ауыр түрдегі ілеспелі ауру/тяжелые сопутствующие заболевания; 6 – ТҚП төзімсіздігі/непереносимость ПТП; 7 – ТБ және/немесе АҚТҚ/ТБ соңғы кезеңі/терминальная стадия ТБ и/или ТБ/ВИЧ
Қысқартулар/Сокращение: ЕҚП – екінші қатардағы препараттар/
ПВР – препараты второго ряда;
ҮҚП – үшінші қатардағы препаратта/ПТР – препараты третьего ряда;

8. Ем туралы ақпарат
Информация о лечении

	Қарқынды кезеңдегі медұйым Медорганизация в интенсивной фазе	Ем бастаған күн Дата начала	Ем. аяқтаған күн Дата окончания	Ем* Лечение*
1				
2				
3				
4				
5				
6				
	Жалғастыру кезеңіндегі медұйым Медорганизация в поддерживающей фазе	Ем бастаған күн Дата начала	Ем. аяқтаған күн Дата окончания	Ем* Лечение*
1				
2				
3				
4				
5				
6				

* 1 – стационарлық/стационарное 2 – амбулаторлық/амбулаторное 3 – шипажайлық/санаторное
Туберкулез процессінің асқынуы/: ия/да жоқ/нет
Осложнения туберкулезного процесса
Хирургиялық емі/Хирургическое лечение: ия/да жоқ/нет
Басталған күні/Дата начала ___/___/_____Аяқталған күні/Дата окончания___/___/_____

9. Зертхана зерттемесінің қорытындылары/Результаты лабораторных исследований

		Әдіс метод	0 ай (месяцев)	1 ай (месяц)	2 ай (месяца)	3 ай (месяца)	4 ай (месяца)	5 ай (месяцев)	6 ай (месяцев)
Қақырық жағындысының микроскопиясы (микр-ия мазка мокроты *)	Күні/дата								
	қорытынды (результат)								
	Зерттеу № (лаб №)								
	Күні/дата								
		Л-Й							

Қақырықтың дақылы* (посев мокроты*)	Қорытынды (результат)	В							
		МГ							
	Зерттеу № (лаб№)								
Рентгено-графия	Күні/дата								
	Ыдырау/ распад								

7 ай (месяцев)	8 ай (месяцев)	9 ай (месяцев)	10 ай (месяцев)	11 ай (месяцев)	12 ай (месяцев)	15 ай (месяцев)	18 ай (месяцев)	21 ай (месяц)	24 ай (месяца)

27 ай (месяцев)	30 ай (месяцев)	33 ай (месяца)	36 ай (месяцев)

Ескерту/Примечание: В-ВАСТЕС по назначению клинициста

Молекулярлы-генетикалық/Молекулярно-генетический (МГ): Хайн-тест, G-Xpert

	сезімталдығы**/чувствительность **

Әдіс метод	H		R		E		Z	
	Күні/ дата	қорытынды (результат)	Күні/ дата	қорытынды (результат)	Күні/ дата	қорытынды (результат)	Күні/ дата	қорытынды (результат)
Л-Й								
В								
Молек-ый Молек-лы								
Л-Й								
В								
Л-Й								
В								
Л-Й								
В								
113код	Күні/дата							
	қорытынды (результат)							

S		Km		Am		Cm	
Күні/ дата	қорытынды (результат)	Күні/ дата	қорытынды (результат)	Күні/ дата	қорытынды (результат)	Күні/ дата	қорытынды (результат)

Lfx		Ofx		Pto/Eto		PAS	
Күні/ дата	қорытынды (результат)	Күні/ дата	қорытынды (результат)	Күні/ дата	қорытынды (результат)	Күні/ дата	қорытынды (результат)

Cs		Mfx	
Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)

Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары/Аббревиатура лекарств: H – Изониазид;

R – Рифампицин; E – Этамбутол; S – Стрептомицин; Z – Пиразинамид; Am – Амикацин;

Km – Канамицин; Cm – Капреомицин; Cfx – Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин;

Lfx – Левофлоксацин; Mfx – Моксифлоксацин; Gfx – Гатифлоксацин; Pto – Протионамид;

Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS – Парааминосалицилді

қышыл/Парааминосалициловая кислота;

*ең көп оң дәрежелі нәтижесі бар сынаманың қорытындысы мен күні көрсетіледі/указать

дату и результат того образца, в котором наибольшие положительные результаты

** әріптерді көрсету қажет: С - сезімтал; Т – төзімді; Ө - өскін (указать буквы:

Ч - чувствительный; Уст - устойчивый; П – пророст)

Қысқартулар /Сокращение: *Л-Й– Левенштейн-Йенсен; В- BACTEC; Молекулярные методы*

(X- Хайн; G-Xpert).

10. IV категория тәртібі, ем басталған күні, мөлшері (мг), мөлшерді өзгерту және дәріні қабылдауды тоқтату

Режим категории IV, дата начала лечения, доза (мг), изменение дозы и отмена приема лекарств

Күні / Дата	H 300 мг	R 150 мг	Z 500 мг	E 400 мг	Km 1000 мг	Am 500 мг	Cm 1000 мг	Ofx 200 мг 400 мг	Lfx 250 мг 500 мг	Pto 250 мг	Eto 250 мг	Cs 250 мг	PAS 4000 мг 3%400 мг 4000 мг 4000 мг банка (ложка)	Mfx 450 мг 400 мг 250 мг

Amx-Clv 500мг/125 мг 500мг/250 мг	Clr 500 мг 500 мл	Түсініктеме-мөлшерді төмендету, уақытша алып тастау, дәрінің түрін өзгерту/ Комментарии-снижение дозы, временная отмена, изменение лекарственных формы

Ескертулер: тиісті тор сызықтарында препараттың тәуліктік мөлшері мен оны еңгізу

тәсілі көрсетіледі. Мысалы: Cm 1000мг; Cs 750мг; PAS 8000мг

Примечание: в соответствующих клетках указывается суточная доза препарата в мг.

Например: Cm 1000мг; Cs 750мг; PAS 8000мг

ТБ 01 IV - категория қосымшасы/Приложение к ТБ 01-категория IV

11. IV санаттағы науқасқа ТБЕ өткізу қағазы/лист проведения НКЛ больного IV категории 1-36 беттер/страницы 1-36			
Науқастың АЖТ/ФИО больного:	Туған күні/ Дата рождения кк/аа/жжжж дд/мм/гггг	Емнің бастау күні/ Дата начала лечения кк/аа/жжжж дд/мм/гггг	Жаһандық қор жобасы/: Проект глобального фонда: __ |__|
Мекен-жайы/көшесі, бөлім: Адрес/улица, населенный пункт:			Республикалық бюджет/ Республиканский бюджет: __ |__|
ТБЕ жауапты/ Ответственный за НКЛ			
Науқастың салмағы (кг)/ Вес больного (кг):			

		Күнтізбелік ай/ Календарный месяц:
Емдеу мекемесі/ Лечебная организация:	қарқынды кезеңі/интенсивная фаза жалғастыру кезеңі/ поддерживающая фаза	
	Өлшем бірлігі/	

Препарат	Единица измерения	**Саны/** Количество	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
H	Таблетка																				
R	Капсула																				
E	Таблетка																				
Z	Таблетка																				
Am	Флакон																				
Cm	Флакон																				
Km	Флакон																				
Mfx	Таблетка																				
Ofx	Таблетка																				
Lfx	Таблетка																				
Eto	Таблетка																				
Pto	Таблетка																				
Cs	Капсула																				
PAS	Флакон																				
PAS	Пакет																				
PAS	Мерная ложка																				
Amx-Clv	Таблетка																				
Clr	Таблетка																				

											Емделген айы/ Месяц лечения:			
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	**Жоспар/** План	**Қабылдау/** Принято	**Босатылуы/** Пропущено

Ескерту: әрбір тор сызықта, бақылау кезінде дәріні бір рет қабылдаған жағдайда "v", бақылау кезінде препараттарды екі рет қабылдағанда "vv" бақылау кезінде препараттарды үш рет қабылдағанда "vvv" белгіленеді; "О" – препараттың тәуліктік мөлшері қабылданбады; "Р" – жанама әсерлер пайда болғанда, препаратты дәрігер тоқтатса.; "Х" – препарат науқастың қолына бақылаусыз берілсе.

Примечание: в каждой клетке отмечается "v”- при однократном приеме препаратов под контролем; "vv" - при двукратном приеме препаратов под контролем; "vvv" - при трехкратном приеме препаратов под контролем; "О" – пропустил прием суточной дозы препарата; "Р" – при побочной реакции, если препараты отменены врачом "Х" - препарат отдан на руки больному без контроля; "-" день, когда больной не должен принимать ПТП (выходной день)

12. Емнің аяқталған күні/Дата окончания лечения_____/_____/_____

Ем нәтижелері/Исходы лечения: Сауықты/Вылечен Ем аяқталды/Лечение завершено

 Сәтсіз ем/Неудача лечения

 Ем тәртібі бұзылды/Нарушение режима лечения

 Ауыстырылды/Переведен IV категорияға ауыстырылды/Переведен в категорию IV

 Қайтыс болды/Умер: өлген күні/дата смерти _____/_____/_____;

Қайтыс болу себебі/Причина смерти: ТБ-ден өзге себептерден/другие причины

Қайтыс болған орны/Место смерти: стационарда/в стационаре стационардан тыс/не в

стационаре

Ескертулер/Примечания_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Учаскелік фтизиатр/Участковый фтизиатр: Тегі/фам._____аты/имя_____

әкесінің аты/отчество_____

Қолы/ Подпись _____

Ем жүргізуші дәрігер/Лечащий врач: Тегі/фам._____аты/имя_____

әкесінің аты/отчество _____

Қолы/Подпись _____

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды_____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 03/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма ТБ 03/у

Ұйымның атауы Наименование организации	утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҚҚАН
НАУҚАСТАРДЫ ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ (ОБЛЫС, ҚАЛА, АУДАН)
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
(ОБЛАСТЬ, ГОРОД, РАЙОН)

сол жағы/левая часть

_____облысы_____ауданындағы туберкулезге шалдыққан область науқастарды тіркеу журналы

районный журнал регистрации больных

туберкулезом

Тіркелген күні Дата регистрации	Тіркеу № Регистрационный №	ТАӘ / ФИО	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Ұйым Организация қарқынды кезең/ в интенсивной фазе жалғастыру кезеңі в поддерживающей фазе	Ем басталған күні/Дата начала лечения Ем категориясы / Категория лечения	Аурудың шоғырлануы/ Локализация заболевания (Ө/ӨТ-Л/ВЛ)
						_____	_____	
						_____	_____	
						_____	_____	
						_____	_____	
						_____	_____	

Науқас түрлері/Типы больных					

Жаңа жағдай Новый случай	Қайт. ауру Рецидив	Сәтсіз ем Неуд.лечение	Үзіліс.кей.ем Леч.пос. пер	Ауыст-лды Переведен	Басқалар Другие
ЖЖ НС	ҚА Р	СЕ НЛ	ҮКЕ ЛПП	А П	Б Д

Пунктир сызықшаларымен берілген бағандарға мәліметтерді енгізу жоғарғы және төменгі бөліктеріне сай болуы тиісті/Ввод данных в графах с пунктирными линиями - заносить соответствующие данные верхней и нижней части.

* Басқалар: ҚА- қайталанған ауру ТМБ(-) ҮКЕ -үзілістен кейінгі емі ТМБ(-)

СЕ- сәтсіз емі ТМБ (-)/ Другие: Р- рецидив МБТ(-) ЛПП - лечение после перерыва МБТ(-) НЛ - неудача лечения МБТ(-)

ортаңғы жағы/средняя часть

20____ жыл (год)

Емдеу мониторингі/Мониторинг лечения нәтижесі/анализ жасалған, зерттелген күні/результат/дата анализа, исследования															
Қарқынды кезең/ Интенсивная фаза															
ем баст дейін 0 ай 0 месяцев до начала лечения				Себінді Посев		ДСТ/ТЛЧ									
Ыдырау распад	Жағынды Мазок					Н	R	Z	E	S	Л-Й	ВАСТЕС	Молекулярлы Молекулярный		
	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	3 сынама 3 проба												

2 ай (месяца)			3 ай (месяца)			4 ай (месяца)		5 ай (месяцев)		Ем аяғында/ В конце лечения			
R Ыдырау Распад	Жағынды Мазок		R Ыдырау Распад	Жағынды Мазок		Жағынды Мазок		Жағынды Мазок		R Ыдырау Распад	Жағынды Мазок		
	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба		1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба		1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	

оң жағы/правая часть

АҚТҚ ВИЧ	Ем нәтижелері/Исходы лечения ем аяқталған күні/дата окончания лечения Диагноз алынды (күні)/ Диагноз снят (дата)							Диагноз алынды (күні) Диагноз снят (дата)	Ескертулер Примечания
	Сауықты Вылечен	Ем аяқталды Леч.завершено	Сәтсіз ем Неуд.лечения	Ем тәртібі бұзылды Нарушения режима лечения	Ауыстырылды Переведен	IV категорияға ауысырылды Переведен на IV категорию	Қайтыс болды Умер		
___									
___									
___									
___									
___									

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды_____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген бұйрығымен бекітілген ТБ 09/е-нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ 09/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 09/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды_____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 11/е- нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ 11/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН IV САНАТТАҒЫ НАУҚАСТАРДЫ ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАТЕГОРИИ IV

сол жағы/левая часть

_____облысы/область_____ауданы/район

Тіркеу № Рег.№	Тіркелген күні Дата регистрации	ТАӘ ФИО	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Нақты тұратын мекен-жайы Адрес фактического проживания	Қарқынды кезеңдегі медұйым Медорганизация в интенсивной фазе	ТБ 03 б-ша тіркеу № (тір. күні) Рег.№ в ТБ 03 (дата рег-ии)	ТБ шоғырлануы (Ө/ӨТ) Локализация (Л/ВЛ)	Түрі * Тип	Екінші қатар ТҚП алған Получал ПВР

КДТ ТБ расталған Подтвержден МЛУ ТБ	КДТ ТБ күдігі Подозрение на МЛУ ТБ	КАДТ ТБ расталған Подтвержден ШЛУ ТБ	КАДТ ТБ күдікті Подозраение на ШЛУ ТБ	Ем тәртібі * Схема лечения
				Ем баст.күні Дата начала лечения
				_____
				_____
				_____
				_____
				_____

Қысқартулар/Сокращение:

ЕҚП - екінші қатардағы препараттар; ҮҚП - үшінші қатардағы препараттар;

ПВР - препараты второго ряда; ПТР - препараты третьего ряда;

		IV кат бо-ша тіркелуге себеп болған ДСТ* қорытындысы. Егер ДСТ қорытындысы күтуде болса, қорытынды кейін енгізілуі тиіс. ДСТ қорытындысын толық білу үшін ем

Диагностикалық әдіс (Метод диагностики)			ДСТ үлгісі алынған күні Дата взятия материала на ТЛЧ	алу кітапшасын қараңыз. **Т–төзімді С – сезімтал Ө–өскін Результат ТЛЧ**, по которому пациент регистрирован в категорию IV. Если ТЛЧ в ожидании, то результат должен быть внесен позже. См. карту лечения для полной истории результатов ТЛЧ. **Уст – устойчив Ч – чувствителен П – пророст (результат/дата)												
Л-Й	Бактек	Молекулярлы Молекулярный		H	R	E	S	Z	Cm	Km	Am	Cs	Pto/ Eto	PAS	Ofx	Lfx

Ем жүргізу барысында қақырық жағындысы (Ж) мен қақырық дақылы (Д) микрос-ның қорытындылары (егер бір айдың ішінде бірден артық зерттеулер жүргізілсе, онда соңғы оң нәтижелі қорытындыны енгізу қажет) Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат)																							
Айлар Месяц																							
1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П		
Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №			

**1- Жаңа жағдай/Новый; 2- Қайталанған ауру/Рецидив; 3- Ем тәртібі бұзылды/Нарушение режима; 4- I кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ после I кат; 5- II кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ*

после II кат; 6- III кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ после III кат; 7- Ауыстырылды/Переведен;

8- Басқалар/Другие: 8.1 – қайталанған ем ТМБ (-)/рецидив МБТ(-); 8.2 - үзілістен кейінгі ем ТМБ (-)/лечение после перерыва МБТ(-); 8.3 – сәтсіз ем ТМБ (-)/неудача лечения МБТ(-); 8.4 – симптоматикалық ем/симптоматическое лечение.

Молекулярлы/Молекулярный: *Хайн-тест, G-Xper*

20_ жыл (год) *ортаңғы жағы/средняя часть*

Ем жүргізу барысында қақырық жағындысы (Ж) мен қақырық дақылы (Д) микрос-ның қорытындылары (егер бір айдың ішінде бірден артық зерттеулер жүргізілсе, онда соңғы оң нәтижелі қорытындыны енгізу қажет) Результаты микроскопии мазка мокроты (М) и посева мокроты (П) в течение лечения (если в течение месяца сделано более одного исследования, внесите последний положительный результат)																							
Айлар Месяц																							
12		13		14		15		18		21		24		27		30		33		36			
Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П		
Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №			

оң жағы/правая часть

Ем нәтижелері (күні)/Исходы лечения (дата)						АҚТҚ ЖҚТБ бойынша іс-шаралар (нәтижесі күні) Мероприятия по ВИЧ	Ескертулер * Примечание
					Қайтыс болды Умер		

Сауықты Вылечен	Ем аяқталды Лечение завершено	Сәтсіз ем Неудача лечения	Ем тәртібі бұзылды Нарушение режима лечения	Ауысты-рылды Переве-ден				СПИД (результат/дата)			
					ТБ-ден От ТБ		Басқа себептерден От других причин	Тестілеу Тест	РҚТ АРТ	КАТ ПТК	
					Стацио-нарда В стацио-наре	Стационар-дан тыс Не в стационаре					
								_____	__ __	__ __	
								_____	__ __	__ __	
								_____	__ __	__ __	
								_____	__ __	__ __	
								_____	__ __	__ __	

Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары (аббревиатура лекарств): Бірінші қатар ТҚП/ПТП первого ряда: H – Изониазид R - Рифампицин E – Этамбутол S-Стрептомицин Z-Пиразинамид

Екінші қатардағы ТҚП/ПТП второго ряда: Am – Амикацин; Km – Канамицин Cm – Капреомицин; Cfx-Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин; Lfx-Левофлоксацин; Mfx-Моксифлоксацин; Gfx-Гатифлоксацин; Pto-Протионамид; Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS –П-аминосалицилдік қышқылы/П-аминосалициловая кислота;

РҚТ-ретровирусқа қарсы терапия /АРТ – антиретровирусная терапия, КАТ – котримоксазолмен алдын-алу терапия/ПТК – профилактическая терапия котримоксазол

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № туберкулезбен ауыратын науқас 12/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № туберкулезного больного 12/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 12/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы (дәріханалық қоймалармен туберкулезге қарсы ұйымдарының бөлімшелеріне)
Журнал учета противотуберкулезных препаратов (для аптечных складов и отделений противотуберкулезных организаций)
за 20__ жыл (год)_____күні

ДДҰ ұсынған препараттың халықаралық патенттелмеген атауы, мөлшері _____ _____ Саудалық атауы /торговое название _____

Международное непатентованное наименование препарата, рекомендованное Всемирной организацией здравоохранения, дозировка

Өндіруші /Производитель _____ Өндіруші ел / Страна-производитель _____

Жеткізіп берушінің қосымша құжаты /Накладная поставщика: №_____ 20__жылғы (года) "____" _ _____

Өнім түрі /Форма выпуска _____ Өлшем бірлігі: таблетка, қаптама, ампула, флакон, қалташа, (керекті астын сызу)

Единица измерения: таблетка, капсула, ампула, флакон, пакетик, контейнер (нужное подчеркнуть)

Сериясы және жарамдылық мерзімі /Серия и срок годности _____

				Қалдықты қоса есептегендегі	

№ рс / № п\п	Күні, айы/ Дата, месяц	Айдың басындағы қалдық/ Остаток на начало месяца	Кіріс /Саны Приход /Количество				барлық кіріс Всего приход с остатком	Шығыс/ Расход	
			Рұқсат қағазы бойынша / По разнарядке	Басқа аумақтардан / Из других регионов	Басқа ведомстволарданд / Из других ведомств	Қайтарым / Возврат	Саны/ Количество	Қайда (аудандық ТҚҰ, АМСК, бөлімше) / Куда (ПТО района, ПМСП, отделение)	Қосымша құжатты №/ № наклад

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 14/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ 14/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 14/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 19/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ 19/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ПРЕПАРАТТАРДЫҢ ҚОЗҒАЛЫСЫ ТУРАЛЫ СТЕЛЛАЖДЫ КАРТА
СТЕЛЛАЖНАЯ КАРТА ДВИЖЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

1. Генеритикалық (халықаралық патенттелмеген атауы)/

Генерическое (международное непатентованное) наименование

_____

_____

2.Саудалық атауы/Торговое название _____

_____

3.ТҚП келіп түскен күні/Дата поступления ПТП _____

4. Құжат бойынша келіп түскені/Поступил по документу:

4.1. ҚР ДСМ бөлу қағазы туралы бұйрық/приказ о разнарядке МЗ РК №

_____ _____ _____

4.2. Өндіруші/Производитель _____

4.3. Өндірген ел/Страна производитель _____

4.4. Өлшем бірлігі: ампула, таблетка, капсула, құты, пакетті (астын

сызу)/

Единица измерения: ампула, таблетка, капсула, флакон, пакетик

(подчеркнуть)

Жіберу күні Дата отпуска	Қайда жіберілгені Куда отпущено	Саны Количество	Қалғаны Остаток	Жауапты тұлғаның қолы Подпись ответственного лица

5. Серия № _____ Саны/Количество_____

6. Жарамдылық мерзімі/Срок годности _____ _____ _____

7. ТҚП жіберілгені туралы мәлімет/Сведения об отпуске ПТП _____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № ТБ 20/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № ТБ 20/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Медициналық ұйымның атауы _____

Наименование медицинской организации

ЖӨНЕЛТПЕ ҚҰЖАТ
НАКЛАДНАЯ

№ _____ 20__ жылғы (года) "____" _____

Алушы (получатель) _____

Сенімхат (доверенность) № _____ 20__ жылғы (года) "___" _____

№	ТҚП атауы, мөлшері (Наименование ПТП, дозировка)	Өлш. бір. (Ед. Изм)	Сертификат № (көшірме) № Сертификата (копии)	Сериясы (Серия)	Жарамдылық мерзімі (Срок годности)	Босатылған ТҚП саны (Количество отпущенного ПТП)	Бағасы (Цена)	Сомасы (Сумма)

Барлық сомасы (итого на сумму): _____

(жазбаша/ прописью)

Бекітемін (утверждаю) _____

(медициналық ұйым басшысының қолы/ подпись руководителя медицинской

организации)

Растаймын (подтверждаю) _____

(мед. ұйымның бас бухгалтерінің қолы/ подпись главного бухгалтера

мед. организации)

Босаттым (отпустил) _____

(ТҚП босатуға жауапты тұлғаның қолы/подпись лица, ответственного за

отпуск ПТП)

Қабылдап алдым (принял) _____

(ТҚП қабылдап алушы тұлғаның қолы /подпись лица, принявшего ПТП)

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № ТБ 002/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № ТБ 002/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 002/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 003/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Стационарлық науқастың медициналық картасы
№_____
Медицинская карта стационарного больного

Түскен күні мен уақыты (Дата и время поступления) _____ /____/_____ _____ :_____

Шыққан күні мен уақыты (Дата и время выписки) _____ /____/_____ _____ :_____

Бөлімше (Отделение)_____палата № _____

Бөлімшеге ауыстырылды (Переведен(а) в отделение) _____

Төсек-күндер өткізілді (Проведено койко-дней) _____
_

Тасымалдау түрлері (Виды транспортировки): арбамен (на каталке), орындықта (на кресле), өздігінен жүре алады (может идти) керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть). АИТВ-ға тексеру (Исследование на ВИЧ) _____

Қан тобы (Группа крови) _____Резус- тиістілігі (Резус-принадлежность) _____
____

Дәрілердің жағымсыз әсерлері (жақпауы) (Побочное действие лекарств (непереносимость)_____
___

_____

дәрінің аты, жағымсыз әсерінің сипаты (название препарата, характер побочного действия)

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество больного (при его

наличии)_____

2. Жынысы (Пол) _____

3. Жасы (Возраст) _____ толық жасы, 1жасқа дейінгі балалар үшін-айы, 1 айға дейінгі балалар
үшін-күні (полных лет, для детей: до 1 года-месяцев, до 1 месяца-дней)

4. Ұлты (Национальность) _____

5. ЖСН (ИИН) ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

6. Медициналық тіркеу нөмірі |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____

(Регистрационный медицинский номер)

7. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

8. Тұрғылықты мекенжайы (Постоянное место жительства): қала (город), ауыл (село) керекті астын

сызыңыз (нужное подчеркнуть) _____

_____

мекенжайы жазыңыз, сырттан келгендер үшін- облысын, ауданын, елді мекенін,туыстарының мекенжайы мен телефон № көрсетіңіз

(вписать адрес, указав для приезжих – область, район, нас. пункт, адрес родственников и № телефона)

9. Жұмыс орны, кәсібі немесе лауазымы (Место работы, профессия или должность) _____
___

_____

10. Оқудағылар үшін- оқу орны, балалар үшін-балалар ұйымының, мектептің аты, мүгедектер үшін- түрі мен тобы

(для учащихся - место учебы, для детей - название детского учреждения, школы, для инвалидов - род и группа)

_____

11. ОСМ, ОСҚ, интернационалшыл-жауынгер (ИОВ, УОВ, воин – интернационалист) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

12. Медициналық сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании):

сақтандыру полисінің № (страхового полиса) _____

13. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1- қызметкер (служащий), 2- жұмыскер (рабочий),
3- ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6- үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға
(лицо, занятое индивид. трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

14. Жеңілдік санаты (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1; ҰОСҚ (УВОВ) – 2; интернационалист-жауынгер
(воин-интернационалист) – 3; бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4; ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5; сәуле, серін алған адамдар (лица, подвергшиеся радиации) – 6; ҰОСҚ
теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7; әскерге шақырылушы (призывник) – 8; еңбек
мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочие) – 11.

15. Науқасты кім жіберді (Кем направлен больной) _____
_

медициналық ұйымының аты
(название медицинской организации)

16. Стационарға шұғыл айғақтары бойынша жеткізілді (Доставлен в стационар по экстренным показаниям):
иә (да), жоқ (нет), ауруы басталған соң, зақым алған соң (через)_____ сағаттан кейін (часов после начала
заболевания, получения травмы), жоспарлы тәртіппен жатқызылды (госпитализирован в плановом порядке)
керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть), өз бетімен бару (самообращение) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

17. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

_____

18. Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) _____
__

_____

19. Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический)

_____

_____

Қойылған күні (Дата установления) _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии) и подпись врача) ____
_____

20. Қорытынды клиникалық диагнозы (Диагноз заключительный клинический):

1) негізгі (основной)

_____

_____

2) негізгі ауруының асқынуы (осложнение основного):

_____

_____

3) қосалқы (сопутствующий)

_____

Дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии) и подпись врача)

_____

21.Осы ауруы салдарынан осы жылда жатқызылуы (Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые), қайталап (повторно) (керекті астын сызыңыз) (нужное
подчеркнуть), барлығы (всего) ___ рет (раз).

22. Хирургиялық операциялар, ауырсынуды басу әдістері және операциядан кейінгі асқынулар

(Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения):

№	**Операцияның аты Название операции**	**Күні, сағаты Дата, час**	**Ауырсынуды басу әдісі Метод обезболивания**	**Асқынулар Осложнения**	**Операция жасаған (Оперировал)**

23. Емдеудің басқа түрлері (Другие виды лечения) _____
__

көрсетіңіз (указать)

24. Еңбекке жарамсыздық парағын беру туралы белгі (Отметка о выдаче листка нетрудоспособности)

№_____(с)_____бастап (по)_____дейін №_____(с)_____бастап (по)___
_____дейін

№_____(с)_____бастап (по)_____дейін №_____(с)_____бастап (по)___
_____дейін

25. Ауру немен аяқталды (Исход заболевания): шығарылды (выписан) – жазылуымен (с выздоровлением), жақсаруымен (с улучшением), өзгеріссіз (без перемен), нашарлаумен (с ухудшением), қайтыс болу (смерть), басқа ұйымға ауыстырылды (переведен в другую организацию)

_____

_____

емдеу ұйымының аты (название медицинской организации)

Қабылдау бөлімшесінде қайтыс болды, жүктілігі 28 аптаға дейінгі жүкті әйел қайтыс болды, жүктілігі
28 аптадан асқан соң, босанатын, жаңа босанған әйел қайтыс болды. (Умер в приемном отделении,

умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница).

26. Еңбекке қабілеттілігі толық орнына келді, төмендеді, уақытша жоғалтты, осы ауруына, басқа себептерге
байланысты біржолата жоғалтты (керекті астын сызыңыз) (Трудоспособность восстановлена полностью
,
снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (нужное подчеркнуть)).

27. Сараптамаға түскендер үшін – қорытынды (Для поступивших на экспертизу – заключение) _
___

_____

28. Ерекше белгілер (Особые отметки) _____

Бөлімше меңгерушісі (Т.А.Ә.(болған жағдайда), қолы) (Зав. отделением (Ф.И.О. (при наличии) подпись))	Емдеуші дәрігер (Т.А.Ә.болған жағдайда), қолы) (Лечащий врач) (Ф.И.О. (при наличии, подпись))

Қабылдау бөлімшесі дәрігерінің жазбасы
Запись врача приемного покоя

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Емдеуші дәрігердің алғашқы тексеріп-қарауы
Первичный осмотр лечащего врача

Түсті/Поступил(а): 201__жыл___/_____/ ____/_____/201__года

Осы тексеріп/қараудың уақыты/Время настоящего осмотра: _____

Шағымы/Жалобы:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ауру анамнезі:

Анамнез болезни:

_____
_____
_____
_____
Өмір анамнезі:

Анамнез жизни:

_____
Аллергиялық сыртартпа/Аллергоанамнез

□

орын алмайды/ не отягощен

□

орын алады/отягощен:
_____

Тектілік/Наследственность:

□

орын алмайды/не отягощена;

□

орын алады/отягощена:
_____

Дәрі-дәрмектерді қабылдауы/Прием медикаментов:

□

қабылдамайды/не принимает

□

қабылдайды/принимает (атауы/наименование, қашан және қабылдау себебі/когда и причины приема)
_____

_____

Жұқпалы аурулармен ауыруы/Перенесенные инфекции:

☐

жоқ /отрицает;

☐

иә/да (қандай ауру
және қашан ауырды): _____

☐

Туберкулез/Туберкулез;

☐

Тері-қан/Кож-Вен.: _____

☐

Гепатит/Гепатит ___;

☐

басқа/др.

_____

Диспансерлік есепке алынған/Состоит на диспансерном учете:

☐

жоқ/нет

☐

иә/да:

_____

Емдеуге жатқызу/Операциялар/Госпитализации/операции:

☐

жоқ/не было

☐

иә/да (соңғыларын
көрсетіңіз: жылы, себебі/указать последние: год, причина): _____

_____

_____

_____

Гемотрансфузия жасалған ба?/Проводилась ли гемотрансфузия?

☐

иә/да

☐

жоқ/нет; жасалған
болса, трансфузиялық реакция болды ма?/если да, была ли трансфузионная реакция:

☐

жоқ/нет;

☐

иә/да

Объективтік статусы_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Түскен кезіндегі зертханалық-аспаптық зерттеулердің деректері/Данные
лабораторно-инструментальных
исследований при поступлении

_____
_____
_____
Алдын ала қойылған диагноз/Предварительный диагноз

_____
_____
_____

Тексеріп-қарау және емдеу жоспары/ План обследования и лечения

_____
_____
_____
_____

Емдеуші дәрігер / Лечащий врач:Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О. (при его

наличии) _____

Қолы / подпись _____

Карта №_____

Науқастың Т.А.Ә. .(болған жағдайда), палата № (Ф.И.О. (при наличии) больного, № палаты)

Күндері **Даты**	**Күнделік** **Дневник**

Клиникалық диагноздың негіздемесі/Обоснование клинического диагноза

Клиникалық диагноз мыналар негізінде қойылған/Клинический диагноз выставлен на основании:

пациенттің шағымдары /жалоб пациента на _____

_____

Ауру сырқатнамасы/анамнеза заболевания: _____

_____

Объективтік мәртебе/объективного статуса:_____

_____
_____
_____
Зертханалық-аспаптық зерттеу деректері/данных лабораторно-инструментальных исследований:

(атау қажет/перечислить) _____
_____
_____

Клиникалық диагноз/Клинический диагноз:

Негізгі ауру/Основное заболевание: _____

_____

Негізгі аурудың асқынуы/Осложнение основного

заболевания: _____

_____

Ілеспе ауру/Сопутствующее заболевание: _____…

_____

Ілеспе аурудың асқынуы/Осложнение сопутствующего заболевания:

_____

_____…

Емдеуші дәрігер/ Лечащий врач:

Т.А.Ә. .(болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)_____

Қолы / подпись _____

Эпикриз

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Емдеуші дәрігер/ Лечащий врач:

Т.А.Ә. .(болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)_____

Қолы / подпись _____

Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да) – 1, жоқ (нет) – 2.

Патологиялық (гистологиялық) қорытынды (Патологическое (гистологическое) заключение):

Патоморфологиялық диагноз (Патоморфологический диагноз) негізгі (основной)_____

_____
_____
_____
Негізгі ауруының асқынуы (осложнения основного) _____
_____
_____
Қосалқы (сопутствующий)_____

_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Температура парағы
Температурный лист

Карта _____Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____палата № _____

Күні (Дата)																														
Нешінші күн ауру (День болезни)																														
Стационарда нешінші күн (День пребывания в стационаре)			1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15	
ТСП	АҚҚАД	T^0	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в	т у	к в
140	200	41^0																												
120	175	40^0																												
100	150	39^0																												
90	125	38^0																												
80	100	37^0																												

70	75	36^0																														
60	50	35^0																														
Тыныс алуы Дыхание																																
Салмағы Вес																																
Сұйықтар ішілді Выпито жидкости																																
Тәуліктік несеп көлемі Суточное количество мочи																																
Нәжіс Стул																																
Ванна																																
Талдау түрі (зерттеу түрі) Вид анализа (вид обследования)																																
Талдау (зерттеу) алған күні Дата забора анализа (исследования)																																

Қосымша парақтың артқы беті айдың 16-31 күндері (Оборот вкладного листа с 16 по 31 число месяца)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Дәрігерлік тағайындаулар парағы
(бюджеттік қаражат есебінен)
Лист врачебных назначений
(за счет бюджетных средств)

Карта ______________Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)

больного) ____

Туған күні (Дата рождения) _____ палата № _____

Тағайындаулар Назначения	**Орындаушылар Исполнители**	**Тағайындаулар мен олардың орындалуы туралы белгілер/Отметка о назначени выполнении**														
		Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата
Режім	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
Емдәм Диета	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
Қолдары Подписи	Дәрігер/ Врач															
	Мейіргер / Медсестра															

Қосымша парақтың артқы беті айдың 31 күндері (Оборот вкладного листа по 31 число месяца)

Емделушінің немесе оның мүддесін білдіретін уәкілетті тұлғаның қолы _____

(Подпись пациента или уполномоченного лица, представляющего интересы пациента)

Дәрігерлік тағайындаулар парағы
((бюджеттен тыс қаражат есебінен)
Лист врачебных назначений
(за счет внебюджетных средств)

Карта _____Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)

больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____палата № _____

Тағайындаулар Назначения	**Орындаушылар Исполнители**	**Тағайындаулар мен олардың орындалуы туралы белгілер (Отметка о назначении и выполнении)**														
		Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата
Режім	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
Емдәм Диета	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															
Қолдары Подписи	Дәрігер Врач															
	Мейіргер Медсестра															

Қосымша парақтың артқы беті айдың 31 күндері (Оборот вкладного листа по 31 число месяца)

Емделушінің немесе оның мүддесін білдіретін уәкілетті тұлғаның қолы _____
__

(Подпись пациента или уполномоченного лица, представляющего интересы пациента)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

"Предтрансфузиондық эпикриз" медициналық картасы
Медицинская карта "Предтрансфузионный эпикриз"

Пациент_____

медициналық картаның № /№ Медицинской карты _____, бөлімшесі /отделение _____
_____

Салмағы/Вес_____кг

☐

Қанның компоненттерін және препараттарын құюға келісім алынған/Согласие на переливание компонентов и препаратов крови получено

Науқастану тарихындағы трансфузиондық анамнез/Трансфузионный анамнез в истории болезни:

☐

трансфузия бұрын өткізілмеген/трансфузий ранее не проводилось

☐

ерекшеліктері жоқ трансфузиондық анамнез /трансфузионный анамнез без особенностей

☐

посттрансфузиондық асқынулар болды, қандай екенін көрсету қажет/имели место посттрансфузионные осложнения, указать какие _____

Әйелдер үшін акушерлік анамнез /Акушерский анамнез для женщин:

☐

ерекшеліктері жоқ/без особенностей

☐

көп реттік (5 және одан артық) жүктілікте, өлі туу, түсік және іш тастау жағдайларын қоса/ многократные (5 раз и более) беременности, включая случаи мертворождения, абортов и выкидышей в ранних сроках

Иммуногематологиялық ерекшеліктер/Иммуногематологические особенности:

🔲

болған жоқ /не выявлены

🔲

антигендердің немесе экстраагглютининдердің нұсқалы түрлері табылған/выявлены вариантные формы антигенов или экстраагглютинины

🔲

иммундық антиэритроцитарлық қарсы денелер табылған (белгілі болса, ерекшеліктерін көрсету қажет)/выявлены иммунные антиэритроцитарные антитела (указать специфичность, если известно) _____ _____

🔲

антиэритроцитарлық қарсы денелер зерттелген жоқ/антиэритроцитарные антитела не исследовались

Қанның эритроцитті компоненттері (ҚЭҚ) үшін Көрсеткіштер/Показания для эритроцитсодержащих компонентов крови (ЭКК)

ОАК, КЩС от "_____" _____20___ ж/ г. уақыты/ время_____

Ересектердің қойылтылған эритроциттердің бір мөлшері гемоглобинді шамамен 10г/л өсіру / Одна доза консервированных эритроцитов у взрослых увеличит гемоглобин примерно на 10 г/л

🔲

өткірқаназдық, гемоглобин /острая анемия, гемоглобин _____ г/л

🔲

созылмалы теңгерілмеген қаназдық/хроническая некомпенсированная анемия, гемоглобин ____ г/л, емханалық деректер: шамадан тыс әлсіздікке шағым/клинические данные: жалобы на выраженную слабость, ЧД _____, Ps_____, АД_____

🔲

0 қаназдық кезінде O_2 жеткізудің төмендеуі/снижение доставки O_2 при анемии, Hb ____г/л, PaO_2 ____ мм сын.бағ /мм рт. ст., PvO_2_____ мм сын.бағ /мм рт. ст.

Есептелген мөлшері /Расчетная доза _____

СЗП/криопреципитатүшін Көрсеткіштер: Соңғы коагулограмманың деректері/ПОКАЗАНИЯ для СЗП/ криопреципитата: Данные последней коагулограммы:

(коагулограмманың өзгерген бір көрсеткіші немесе 30 минуттан артық ВСК жеткілікті/ достаточно одного измененного показателя коагулограммы или ВСК более 30 минут)

ПТИ _____%, МНО _____, АЧТВ _____, Фибриноген _____г/л, АТIII_____

Плазманың гепаринге төзімділігі/Толерантность плазмы к гепарину _____, ВСК _____ мин , _____

Талдау/Анализ от "_____" _____20___г., время_____

☐

коагуляциялық гемостаза факторларының тапшылығы /дефицит факторов коагуляционного гемостаза

☐

плазмалық антикоагулянттардың тапшылығы/дефицит плазменных антикоагулянтов

☐

плазмаалмасу/ плазмообмен

Есептелген мөлшері /Расчетная доза (12-20 мл/кг) _____

КТ үшін Көрсеткіштер: тромбоциттердің соңғы саны

Показания для КТ: последнее количество тромбоцитов _____ $*10^9$/л

Талдау /Анализ от "_____" _____20___г., время_____

Тромбоцитопения төмен/менее 20*10^9/л, геморрагиялық тромбоциpениялық синдром/геморрагический тромбоципенический синдром

Тромбоцитопения менее 10*10^9/л төмен геморрагиялық синдромсыз/ без геморрагического синдрома.

Тромбоцитопения төмен/ менее 50*10^9/л, хирургиялық операция/хирургическая операция.

Тромбоцитопения төмен /менее 100*10^9/л, нейрохирургиялық операция/нейрохирургическая операция.

Тромбоцитопатия, геморрагиялық синдром/геморрагический синдром.

Есептелген мөлшері /Расчетная доза _____

Альбумин үшін Көрсеткіштер/ Показания для альбумина:

Гипопртеинемия/гипоальбуминемия_____г/л,

талдау /анализ от "____"_____20___жыл/года. уақыты /время_____

Дәрігердің Тегі, Аты, Әкесінің аты (болған жағдайда), трансфузияға негізделген көрсеткіштер/Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) врача, обосновавшего показания к трансфузии

_____

_____

Дәрігердің қолы /Подпись врача _____ Уақыты /Время _____ күні /дата _____
_____

Трансфузияның көрсеткіштері тексерілгенін растаймын/Показания к трансфузии проверены, подтверждаю

Бөлімше меңгерушісі/Заведующий отделением _____ Қолы/ Подпись _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Қанды жеке және арнайы іріктеуге жолдама **Направление на индивидуальный и специальный подбор крови** **№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ _____ жолданған күні (дата направления)** **Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии))_____** **ЖСН (ИИН) _____** **Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____** **ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____** **Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____** **Байланыс ақпараты / Контактная информация_____** **Талдауға жіберген дәрігердің Т.АӘ.(болған жағдайда)/ (Ф.И.О. (при наличии) врача, направившего на исследование)_____** **Зерттеуге жіберу МҰ (МО направившая на исследование)_____** **Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі (гарантированный объем бесплатной медицинской помощи), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру (обязательное социальное медицинское страхование) , 6 – шарт (договор)** **Диагноз (Диагноз)_____** **(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу**	**Жеке іріктелген қан нәтижесі** **Результат индивидуального подбора крови** **Жеке іріктеу №** **Индивидуальный подбор №_____** **№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____** **жолданған күні (дата направления)** **Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)_____** **ЖСН (ИИН) _____** **Туған күні (Дата рождения) _____ _____ жынысы (пол)_____** **ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____** **Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____** **ция_____** **Талдауға жіберген дәрігердің Т.АӘ.(болған жағдайда)/ (Ф.И.О. (при наличии) врача, направившего на исследование)_____** **Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____** **Қан тобы, резус-факторы (Группа крови, резусфактор)_____** **Бұрынғы антиденелер (олардың өзіндік ерекшеліктері)**

уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) **" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.** **Қанды жеке іріктеу қажеттілігі неден туындады (Чем вызвана необходимость индивидуального подбора крови) _____** **Бұрын қанның транфузиясы жүргізілді ме (Проводились ли раньше трансфузии крови)** **_____** **(оның күні мен ағымын көрсетіңіз/указать даты и как они протекали)** **Реципиентте гемолиздік ауруы бар балалар туылды ма (ауыр түрде сары ауру, туа біткен әмбебаб ісік т.б.)** **(Рождались ли дети у реципиента с гемолитической болезнью (тяжелая желтуха, врожденный универсальный отек, прочее) _** **_____** **Сыртартпада неше рет жүкті болды, түсік тастау болда ма (Сколько в анамнезе беременностей, были ли выкидыши) _____** **Қажетті трансфузиологиялық ортаның мөлшері, болжамды трансфузия күні (Количество требуемой трансфузионной среды и ориентировочная дата трансфузии_____** **дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) врача)_____** **Толтырылған күні және уақыты (Дата и время заполнения) _____**	**Наличие ранее обнаруженных антител (их специфичность)_____** **(Подобрана трансфузионная среда)** **Мөлшері (в количестве)_____** **1._____** **2._____** **3. _____** **4. _____** **5. _____** **Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда) (Ф.И.О.(при его наличии) врача выполнившего исследование)_____** **Толтырылған күні және уақыты (Дата и время заполнения)_____** **.....** **(Пробы на индивидуальную совместимость обязательны)**

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға ақпараттандырылған ерікті келісім (бас тарту) Осы донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға ақпараттандырылған ерікті келісім/бас тарту "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 91-бабының 3, 4-тармақтарына сәйкес құрастырылған.

1. Маған, _____

(тегі,аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) пациент өз қолымен жазады)

денсаулығымның жағдайы және донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға көрсеткіштердің бар болуы түсіндірілді.

1.2. Осымен, мен қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісім беремін/ бас тартамын*.

1. 3. Осы келісім/бас тарту (керекті астын сызу қажет) келесілерге таратылады (таңдау қажет):

1) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың барлық жағдайлары ауруханада жату кезеңінде;

2) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю бір күн ішінде_____ _____ (пациенттің өз қолымен жазылады, жоспарланған құю күні көрсетіледі)

1.4. Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың мүмкін асқынулары (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

1.5. Менде сұрақ қоюға мүмкіндік болды және барлық сұрақтарға анық түрде түбегейлі жауаптар алдым.

1.6. Мен өз қолыммен жоғарыда айтылғандарды оқығанымды және түсінгенімді растаймын.

_____

(пациенттің өз қолымен жазылады)

1.7. Құюдан бас тартқан жағдайда _____ (пациенттің өз қолымен жазылады, қанның компоненті және (немесе) препараты көрсетіледі)

құюдан бас тартқандықтан өміріме қауіп туған жағдайларда, менің бас тарту туралы шешімім (керекті астын сызу қажет):

- өзгереді,

- өзгермейді*.

1.8. Егер менің шешім қабылдауға жағдайым болмаса (есім болмаса), құю туралы шешімді дәрігерлердің комиссиясы немесе менің заңды өкіл(-дер)ім қабылдайды** _____
_____

(пациенттің өз қолымен жазылады, шешімді кім қабылдады –дәрігерлердің комиссиясы немесе тегін және байланыс телефондарын көрсете отырып заңды өкілі (дері)

Пациенттің қолы:_____

Пациентті ақпараттандырған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

_____

_____

2. Егер пациент кәмелетке толмаған жаста болса немесе қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісу/бас тарту туралы өз еркімен шешім қабылдай алмаса оның заңды өкілі қол қояды.

2.1. Маған, _____

(тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) заңды өкілдің өз қолымен жазылады)

менің баламның/қамқорлығымдағы адамның денсаулығының жағдайы _____
_____

(баланың/қамқорлығындағы адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және туған күні көрсетіледі)

Және донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға көрсеткіштердің бар болуы түсіндірілді.

2.2. Осымен, мен қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісім беремін (бас тартамын) (керекті астын сызу қажет)*.

2.3. Осы келісім (бас тарту) (керекті астын сызу қажет) келесілерге таратылады (таңдау қажет):

1) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың барлық жағдайлары ауруханада жату кезеңінде;

2) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю бір күн ішінде _____ _____ (заңды өкілдің өз қолымен жазылады, жоспарланған құю күні көрсетіледі)

2.4. Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың мүмкін асқынулары (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

2.5. Менде сұрақ қоюға мүмкіндік болды және барлық сұрақтарға анық түрде түбегейлі жауаптар алдым.

2.6. Мен өз қолыммен жоғарыда айтылғандарды оқығанымды және түсінгенімді растаймын.

_____

(заңды өкілдің өз қолымен жазылады)

2.7. Құюдан бас тартқан жағдайда _____(заңды өкілдің өз қолымен жазылады, қанның компоненті және (немесе) препараты көрсетіледі)

құюдан бас тартқандықтан менің баламның/қамқорлығымдағы адамның өміріне қауіп туған жағдайларда, менің бас тарту туралы шешімім (керекті астын сызу қажет):

Өзгереді,

Өзгермейді*.

Заңды өкілдің қолы және тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

_____

Заңды өкілді ақпараттандырған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

_____

3. Егер пациент кәмелетке толмаған жаста болса немесе қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісу/бас тарту туралы өз еркімен шешім қабылдай алмаса, ал оның заңды өкіл(-дер)і белгілі болмаса немесе қол жетімді болмаса, қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю туралы шешімді құрамында кем дегенде 3 адамнан тұратын дәрігерлердің комиссиясы қабылдайды.

Комиссиялық шешімнің жарамдылық мерзімі 1 тәуліктен артық емес немесе пациенттің заңды өкілі пайда болғанша немесе пациенттің қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю туралы өз бетінше шешім қабылдай алғанша.

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

*Ескерту: пациент (немесе оның заңды өкілі) донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдан бас тартқан жағдайда, қанның компонеттерін құюдан ақпараттандырылған ерікті бас тартуға бөлімшені меңгерушісі қол қояды.

** Ескерту: 1.8-тармақ 1.7-тармаққа оңтайлы жауап болған кезде толтырылады.

Донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға ақпараттандырылған ерікті келісім (бас тарту) бланкісі толтырылған күні және уақыты

_____

(пациентті немесе заңды өкілді ақпараттандырған дәрігермен толтырылады)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Информированное добровольное согласие (отказ) на переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови

Настоящее информированное добровольное согласие/отказ на переливание компонентов и (или) препаратов
донорской крови составлено в соответствии с пунктами 3, 4 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября
2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения"

1. Мне, _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) вписывается собственноручно пациентом)

разъяснены состояние моего здоровья и наличие показаний для переливания компонентов и (или) препаратов
донорской крови.

1.2. Настоящим, я даю согласие/отказываюсь (нужное подчеркнуть) на переливание компонентов и (или) препаратов крови*.

1. 3. Данное согласие/отказ (нужное подчеркнуть) распространяется на (выбрать):

1) все случаи переливания компонентов и (или) препаратов крови в течение периода госпитализации;

2) переливание компонентов и (или) препаратов крови в течение дня

_____ (вписывается собственноручно
пациентом, указывается дата планируемого переливания)

1.4. Мне разъяснены возможные последствия переливания компонентов и (или) препаратов крови (реакции,
осложнения, в том числе опасные для жизни, заражение вирусными и бактериальными инфекциями), а также отказа от переливания.

1.5. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы в доступной форме.

1.6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное

_____

(вписывается собственноручно пациентом)

1.7. При отказе от переливания _____
(вписывается собственноручно пациентом, указывается компонент и (или) препарат крови)

в случаях, когда из-за отказа от переливания возникнет непосредственная угроза моей жизни , мое решение об
отказе (нужное подчеркнуть):

- изменяется,

- не изменяется*.

1.8. Если я буду не в состоянии принимать решения (при нарушении сознания), решение о проведении переливания
принимается комиссией врачей или моим(и) законным(и) представителем(лями) **

_____

(вписывается собственноручно пациентом, кем принято решение – врачебной комиссией или законным(и)
представителем(лями) с указанием его(их) фамилии(й) и контактных телефонов)

Подпись пациента: _____

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача, проинформировавшего пациента___
_____

2. В случае, если пациент несовершеннолетний или находится в состоянии, не позволяющем ему самостоятельно
принимать решения о согласии/отказе на переливание компонентов и (или) препаратов крови, согласие/отказ подписывается
его законным представителем.

2.1. Мне, _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) вписывается собственноручно законным представителем)

разъяснены состояние здоровья моего ребенка/ подопечного _____
_____

(указывается Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и дата рождения ребенка/ подопечного)

и наличие показаний для переливания компонентов и (или) препаратов донорской крови.

2.2. Настоящим, я даю согласие (отказываюсь) (нужное подчеркнуть) на переливание компонентов и (или) препаратов крови*.

2.3. Данное согласие (отказ) (нужное подчеркнуть) распространяется на (выбрать):

1) все случаи переливания компонентов и (или) препаратов крови в течение периода госпитализации;

2) переливание компонентов и (или) препаратов крови в течение дня _____ _____ _____ (вписывается собственноручно законным представителем, указывается дата планируемого переливания)

2.4. Мне разъяснены возможные последствия переливания компонентов и (или) препаратов крови (реакции, осложнения, в том
числе опасные для жизни, заражение вирусными и бактериальными инфекциями), а также отказа от переливания.

2.5. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы в доступной форме.

2.6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное _____ _____
(вписывается собственноручно законным представителем)

2.7. При отказе от переливания

_____
(вписывается собственноручно законным представителем, указывается компонент и (или) препарат крови)

в случаях, когда из-за отказа от переливания возникнет непосредственная угроза жизни моего ребенка/ подопечного, мое решение
об отказе (нужное подчеркнуть):

Изменяется,

Не изменяется*.

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) законного представителя_____

_____

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача, проинформировавшего законного представителя

_____

3. В случае, если пациент несовершеннолетний или находится в состоянии, не позволяющем ему самостоятельно принимать
решения о согласии (отказе) на переливание компонентов и (или) препаратов крови, а его законный (е) представитель(и)
неизвестны или недоступны, решение о переливании компонентов крови и (или) препаратов принимается комиссией
врачей в составе не менее 3 человек.

Комиссионное решение имеет срок действия не более 1 суток или до появления законного представителя пациента
или возможности пациента самостоятельно принимать решение о согласии на переливание компонентов и (или) препаратов крови.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии_____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии_____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии_____

*Примечание: В случае отказа пациента (или его законного представителя) от переливания компонентов и (или) препаратов
донорской крови, информированный добровольный отказ от переливания компонентов крови визируется подписью заведующим отделением.

** Примечание: Пункт 1.8 заполняется только при положительном ответе пункта 1.7.

Дата и время заполнения бланка информированного добровольного согласия (отказа) на переливание компонентов и (или)
препаратов донорской крови

_____

(заполняется врачом проинформировавшим пациента или законного представителя)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша

	парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Эритроцитқұрамды заттар трансфузиясының хаттамасы/
Протокол трансфузии эритроцитосодержащих средств

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)

больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Трансфузияны өткізген күні (Дата проведения трансфузии) _____

(күні, айы, жылы) (число, месяц, год)

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии): басталды (начата) сағат (час) ___
минут (минута)____, аяқталды (окончена) сағат (час)____ минут (минута)_____.

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность больного)

_____

Трансфузия өткізілетін аурухана бөлімшесі (Отделение больницы, где проводится трансфузия)

_____

Сырқатнама № (№ истории болезни) _____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД)_____, Ps _____, t^0 _____
__

Трансфузиялық сыртартпа (Трансфузионный анамнез) _____

_____

_____

Трансфузия көрсетілімдері (Показания к трансфузии) _____
_

_____

Трансфузиялық заттың атауы (Наименование трансфузионной среды)_____

_____

Донордың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность донора) _____
_____

Трансфузиялық зат этикеткасының нөмірі (Номер этикетки трансфузионной среды)_____
_

_____

Трансфузиялық затты дайындаушы ұйымның атауы (Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды)

_____

Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды) _____
_

Үйлесу сынамасын өткізу (Проведение проб на совместимость):

Қан тобы арқылы (по группе крови) _____

Резус-тиістілігі арқылы (по резус-фактору) _____
__

Сынап көруді өткізген дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (қан тобы және резус) ____
_____

(Ф.И.О. (при наличии), подпись врача, проводившего пробы (группа крови и резус)

- биологиялық сынамасы арқылы (биологическая проба)_____

Құйылған (Перелито)_____миллилитр (мл) (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып –

сорғалатып – керекті астын сызу; внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно – нужное подчеркнуть)

Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқыну (Реакции и/или осложнения после трансфузии)

_____

Қабылданған шаралар (Предпринятые меры)_____

_____

Трансфузияны өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) врача, проводившего трансфузию)

_____

(қолы) (подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии): Ps_____, АҚ (АД) _____, t^0 _____ (1 сағаттан кейін (через 1 час));

Ps_____, АҚ (АД) _____, t^0 _____ (2 сағаттан кейін (через 2 часа));

Ps_____, АҚ (АД) _____, t^0 _____ (3 сағаттан кейін (через 3 часа)).

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) _____

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) _____

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

медсестры)_____

Қолы; (подпись)_____

Күні, уақыты (дата, время) _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының
хаттамасы/
Протокол
трансфузии компонентов, препаратов крови

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)

больного) _____

Туған күні (Дата рождения)_____

Трансфузия өткізу күні (Дата проведения трансфузии)_____

(күні, айы, жылы; число, месяц, год)

Трансфузияныөткізген уақыты (Время проведения трансфузии):

басталды (начата) сағат (час)___ минут (минута)____,

аяқталды (окончена) сағат (час)____ минут (минута)_____.

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность больного)

_____

Трансфузияны өткізген ауырухана бөлімшесі (Отделение больницы, где проводится трансфузия)

_____

_____

Сырқатнаманың № (№ истории болезни)_____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД)_____, Ps_____, t^0 _____

Трансфузиондық сырқатнама (Трансфузионный анамнез)_____

_____

Трансфузияға көрсетілімдер (Показания к трансфузии) _____

_____

Трансфузиялық заттың атауы (Наименование трансфузионной среды)_____

_____

Донордың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность донора)

_____

_____

Трансфузиялық заттың этикеткасының нөмірі/сақтау мерзімі (Номер этикетки трансфузионной среды /срок годности)

_____

_____

Трансфузиялық затты дайындаушы ұйымның атауы (Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды)

_____

_____

Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды)_____
_

Үйлесу сынамасын өткізу (Проведение проб на совместимость):

Биологиялық сынамасы арқылы (биологическая проба)_____

Құйылған (Перелито)_____мл (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып -сорғалатып – керекті астын сызу; внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно – нужное подчеркнуть)

Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқыну (Реакции и/или осложнения после трансфузии)

_____

Қабылданған шаралар (Предпринятые меры) _____

Трансфузияны өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) врача, проводившего трансфузию)

_____

(қолы, подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии): Ps_____, АҚҚ (АД) _____, t^0 1 сағаттан кейін (через 1 час);

Ps_____, АҚҚ (АД) _____, t^0 _____ 2 сағаттан кейін (через 2 часа);

Ps_____, АҚҚ (АД) _____, t^0 _____ 3 сағаттан кейін (через 3 часа)

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) _____

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) _____

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)

медсестры) _____

_____ _____

(күні, уақыты; дата, время) (қолы; подпись)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Науқастың трансфузиялық парағы /трансфузионный лист больного_____

№_____

		Трансфузиялық заттың атауы Наименование	**Мөлшері, мл**	**Донордың қан тобы, Rh**		**Заттаңба №, өндіруші**		**Дәрігердің Т.А.Ә.**

№	Күні Дата	трансфузионной среды	Количество, мл	Группа крови, Rh донора	Көрсетілімдер Показания	№ этикетки, производитель	Асқынулар Осложнения	Ф.И.О. врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Реанимация және жіті терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы) тағайындаулар мен науқас жағдайының негізгі көрсеткіштерінің картасы
Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии

Науқас (больной) _____ Күні (дата) _____

Жасы (возраст): _____ Жынысы (пол): _____ЖСН/ИИН_____

Сырқатнаманың № (Номер истории болезни) _____

Қанның тобы (Группа крови) _____ Қанның резус-факторы (резус-фактор)

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз)

_____
_____
_____
_____
_____

Қосалқы (Сопутствующий):

_____

_____

Операциялық әрекет (Оперативное вмешательство):

_____

_____

Препаратты көтере алмауы (Непереносимость препаратов)

_____

_____

_____

Жағдайы (Состояние): _____

_____

Катетер енгізу (Катетеризация): _____

АИТВ-ға тестілеу нәтижесі (Результат анализа на Вирус иммунодифицита человека):_____
_

Гепатит үшін сынақ нәтижесі (Результат анализа на гепатит): _____

Уақыты Время		**9**	**10**	**11**	**12**	**13**
t C						
ДАЖ(ЧДД) / ӨЖВ (ИВЛ)						
SpO2 / FiO2						
ОВҚ (ЦВД)						
	220					
	210					
	200					
	190					
	180					
	170					
	160					
	150					

ЖСЖ (ЧСС) / ҚҚ (АД)	140					
	130					
	120					
	110					
	100					
	90					
	80					
	70					
	60					
	50					
	40					
	0					
ВАШ бойынша қақсау бағалау/ Оценки боли по ВАШ						
RASS делирия бағалау/ Оценка делирия RASS. (Ричмондская шкала оценки ажитации и седатации)						
Тағайындаулар (Назначения)		9	10	11	12	13

Тағайындаулар/ Назначения	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
ӨЖВ (ИВЛ) Аппарат Эндотрахеальді түтікше (Эндотрахеальная трубка), №	Тәулік (Сутки) Контурды ауыстыру (Замена контура) Интубация / ауыстыру / экстубация																							

Трахеостомиялық түтікше (Трахеостомическая трубка), № Зонд ауыз / мұрын арқылы (через рот / нос) Үрпі катетері (Уретральный катетер)	(Интубация / замена / экстубация) Орнату / ауыстыру / деканюляция (Установка / замена / деканюляция) Орнату / ауыстыру / алып тастау (Установка / замена / удаление) Орнату / ауыстыру / алып тастау (Установка / замена / удаление)

Уақыт/көрсету																									
Эритроциты, млн /мл																									
Нв, г/л																									
Ht, %																									
Лейкоциты, мын/мл (тыс/мл)																									
Жалпы ақуыз, г/л (Общий белок, г/л)																									
Креатинин, мкмоль/л																									
Несепнәр, ммоль/л (Мочевина, ммоль/л)																									
Калий, ммоль/л																									
Натрий, ммоль/л																									
Қант (Сахар), ммоль/л																									
ПТИ, %																									
Фибриноген, г/л																									

Гидробаланс мл	**Күндіз (День)**	**Түн (Ночь)**	**Барлығы (Всего)**
Тамырға енгізу (введено внутривенно)			
Мұрын - асқазандық сүнгі (н/г зонд)			
per os енгізу (введено per os)			
Диурез			
Стул			
Дренаж 1			
Дренаж 2			
Дренаж 3			
Зондтан шығуы (сброс по зонду)			

Қосымша тағайындаулар (Дополнительные назначения):	
Емдәм (Диета)	
Кеңес шақыру (пригласить на консультацию)	1. 2. 3. 4.

Аспаптармен тексеру (Инструментальные исследования)	ЭКГ (ЭКГ) _____ _____	Рентген сәулесі арқылы суретке түсіру (Рентгенография) _____
	УДЗ (УЗИ) _____ _____	Компьютерлік томография (КТ) _____ _____
	ЭХО КГ _____ _____	КТ _____
Келесі тәулік анализдері (Анализы на следующие сутки)	ҚЖТ (ОАК) ЗЖТ (ОАМ) Плазма электролигі (Электролиты плазмы) Коагулограмма Креатинин, несепнәр (Креатинин, мочевина) Бауыр анықтағышы (Печеночные пробы)	RW Қанның қанты (Сахар крови)

АРИТБ-нде елесті ауруларды тексеру
Диагностика делирия в ОАРИТ

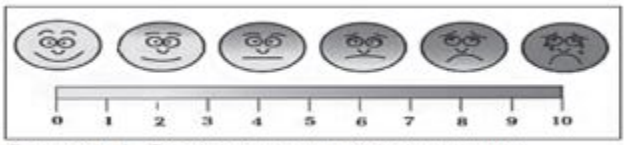


Рисунок 1. Визуально-аналоговая шкала

RASS: Ричмондтық тағатсыздануды және седацияны бағалау межесіздігі

Ричмондская шкала оценки ажитации и седатации.

1 Кесте

Таблица 1.

+4	**Басқыншыл Агрессивен**	**Науқас басқыншыл, кездейсоқ көрінген психомотрлық қозулар, медцина қықметкердеріне зақым келтіруі мүмкін Пациент агрессивен, возникают эпизоды выраженного психомоторного возбуждения, возможно нанесение физического ущерба медицинскому персоналу**
+3	Тағатсыздануды білдіру Выражения ажитация	Науқас басқыншыл, катетерлерді, шолғыны, дренажды, түтікті алып тастайды. Пациент агрессивен, удаляет катетеры, зонды, дренажи, трубки
		Мақсатқа сай келмейтін жиі қозғалыс белсенділігі, ӨЖЖ кезінде респиратормен "күрес"

+2	Тағатсыздану Ажитация	Частая нецеленаправленная двигательная активность, "борьба" с респиратором при проведении ИВЛ
+1	Мазасыздық Беспокойство	Науқас мазасыз, кейде қорқыныш сезімінде, бірақ басқыншыл, ал қозғалыс белсенділігінде бүлдіргіш бағыт жоқ Пациент беспокоен, иногда испуган, но неагрессивен, а двигательная активность не имеет деструктивной направленности
0	Байсалдылық және ықыластылық Спокойствие и внимательность	
-1	Ұйқышылдық Сонливость	Ықыластылығы аз, кеш жауап қайтарады: көзін ашып 10 сек. артық белгілеп қарайды. Недостаточно внимателен, пробуждается на отклик отсрочено: открывает глаза, фиксирует взор более 10 секунд
-2	Жеңіл седация Легкая седация	Жауапты дер кезінде қайтарады (көзін ашады, бірақ 10 сек. кем белгілеп қарайды). Пробудим на отклик (открывает глаза, но фиксирует взор менее 10 секунд)
-3	Бірқалыпты седация Умеренная седация	Қозғалыс белсенділілігі немесе жауап қайтаруға белгілеп қараусыз көзін ашу. Двигательная активность или открывание глаз в ответ на отклик без фиксации взора
-4	Терең седация Глубокая седация	Сұраққа реакцияның болмауы, бірақ қозғалысқа белсенді немесе проприоцептиялық және ауырсынғыштық тітіркендіргіштерге көзін ашу. Нет реакции на отклик, но двигательная активность или открывание глаз на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители
-5	Сергудің болмауы Отсутствие пробуждения	Сұраққа, проприоцепциялық және ауырсынғыштық тітіркендіргіштерге реакцияның болмауы. Нет реакции ни на отклик, ни на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители

ICDSC: delirium жан сақтаудағы тексерудің бақылау парағы 2 Кесте.

Контрольный лист диагностики delirium в реанимации Таблица 2.

- Естің өзгеру дәрежесі (Иә – 1; Жоқ – 0) **Измененный уровень сознания (Да – 1; Нет – 0)** **- Ықыластылықтың төмендеуі (Иә – 1; Жоқ – 0)** **Снижение внимание (Да – 1; Нет – 0)** **- Бағыттан адасу (Иә – 1; Жоқ – 0)** **Дезориентация (Да – 1; Нет – 0)** **- Елестеушілік, сандырақ, психоз (Иә – 1; Жоқ – 0)** **Галлюцинации, бред, психоз (Да – 1; Нет – 0)** **- Псимоторлық қозу немесе еркін белсенділіктің блокадасы (Иә – 1; Жоқ – 0)** **Психомоторное возбуждение или блокада произвольной активности (Да – 1; Нет – 2)** **- Ақылға қонымсыз сөз, көңіл күй (Иә – 1; Жоқ – 0)** **Неадекватная речь, настроение (Да – 1; Нет – 0)** **- Ұйқы циклінің бұзылуы (Иә – 1; Жоқ – 0)** **Нарушение цикла сон – бодрствование (Да – 1; Нет – 0)**	

- Тәулік бойы өзгеретін тұрақсыз сана-сезім деңгейі (Иә – 1; Жоқ – 0) **Неустойчивый, меняющийся в течении суток, уровень сознания (Да – 1 ; Нет – 0)**	Сома≥4 = делирий Сумма ≥4 = делирий

Реанимациялық шаралар (Реанимационные мероприятия):

Уақыты **Время**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
Дефибрилляция																								
ЭИТ																								
ЭКС																								
Т.е.массаж Непрямой массаж																								
ОЖЖ (ИВЛ)																								
Медикаментозная поддержка Дәрілерді қолдану																								

Күндізгі медбике (мед. аға) Дневная медсестра (мед. брат):_____

Түнгі медбике (мед. аға) Ночная медсестра (мед. брат):_____

Кезекші дәрігер (Дежурный врач): _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Анестезиологтың консультациясы
Консультация анестезиолога

Тексерілген күні (Дата осмотра) 20 жылғы (года) " ", уақыты (время)

Анестезиолог дәрігер_____,

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)_____, арурудын тарихы № _____, жынысы_____, жасы _____ЖСН/ИИН

Ф.И.О. (при его наличии) больного № истории болезни пол возраст

Шағымы (Жалобы) _____

Анамнездер: а) бастан өткерген аурулары (ия/жоқ) _____

перенесенные заболевания (да/нет)

Бастан өткерген операциялары (ия/жоқ) _____

перенесенные операции, (да/нет)

Бұрынғы анестезиялары (ия/жоқ) _____

предыдущие анестезии (да/нет)

Қосалқы аурулары (ия/жоқ) _____

сопутствующая патология (да/нет)

Аллергиясы (ия/жоқ) _____

аллергия (да/нет)

Қан құю (ия/жоқ), асқынулары (ия/жоқ)_____

переливание крови (да/нет), осложнения(да/нет)

Үнемі дәрі қолдануы (ия/жоқ)_____

постоянный прием лекарств (да/нет)

Зиянды әдеттер: темекі шегу (ия/жоқ), ішімдікті, есірткіні шектен тыс тұтыну (ия/жоқ) ___
___

вредные привычки: курение (да/нет), алкоголь, наркотики (да/нет)

Объективті статусы: а) дене салмағы_____ кг, бойы_____см.

Объективный статус: вес рост

Денесі дұрыс қалыптасқан (ия/жоқ) _____

телосложение правильное (да/нет)

Аяқ көктамырының патологиясы (ия/жоқ) _____

патология вен нижних конечностей (да/нет)

Мойны қысқа (ия/жоқ) шея короткая (да/нет)

Ауыз қуысы (ерекшеліктері: ия/жоқ) полость рта (особенности: да/нет) _____

Тері жабындысы_____

кожные покровы

Демалу жүйесі: _____

система дыхания:-бос (ия/жоқ)_____ свободное (да/нет)

Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ 1 минутте, везикулярлы (ия/жоқ)_____
_____
қорылы хрипы (ия/жоқ) (да/нет)_____

Қанайналымы жүйесі: (Системы кровообращения) тамыр соғуы (пульс в мин) _____1 мин. екпіні, ырғақтығы (ритмичный) (ия/жоқ) (да, нет) _____

АҚҚ (АД) _____мм рт.ст., жүрек дыбысы (таза: ия/жоқ) _____
_

ЦВД _____ мм вод. ст.___ тоны сердца (чистые: да/нет)

ж) ішперде қуысыорганы: іші (жұмсақ: ия/жоқ; кебуі: ия/жоқ)_____
__

органы брюшной полости: живот (мягкий: да/нет, вздут: да/нет)

з) нервтік-психикалық статусы (ерекшеліктері: ия/жоқ)_____
__

нервно-психический статус (особенности: да/нет)

Зертханалық мәліметері: Қан тобы (группа крови) _____, қанның резус-факторы (резус-фактор)
_____,

Лабораторные данные: RW (диагностика сифилиса в латентной форме) _____; Hb (гемоглобин)
_____ ; RBC (эритроциты) _____ ; Ht (гематокрит) ____ ; PLT (тромбоциты) _____; қант (глюкоза)
_____; жалпы ақуыз (общий белок) _____; зәрі (мочевина) _____; креатинин (креатинин)
_____; K _____ ; Na _____; жалпы билирубин (общий билирубин) _____; ПТИ _____ __ ,
фибриноген _____ г/л.

ЭКГ _____

Кеуденің рентгенографиясы (Рентгенография грудной клетки) _____

Қорытынды (Заключение):1) Анестезиялық килігудің түрін болжамдау (предполагаемый вид анестезии)

2) Тұлғалық статусы ASA (физический статус по ASA) – (ASAI, ASAII, ASAIII, ASAIV, ASAV)

3) Рябов бойынша жансыздандыру қаупі (анестезиологический риск по Рябову): I, IIA, IIБ, IIIA, IIIБ, IV

Тағайындулар

(Назначения):_____

Анестезиолог дәрігердің қолы _____

Подпись анестезиолога

Науқастың анестезияға келісім беру: Анестезиялық көмекке пациенттің ерікті ақпараттандырылған алған емделушінің келісімі ("Азаматтардың денсаулығын қорғау туралы" ҚР заңының 11-20 бабы). Маған берілген мағлұматтың нақтылығын растаймын және анестезия көмегімен жасалатын операцияға өз еркімен беріп, осы құжатқа қолымды қоямын. Анестезияда мүмкін болатын нұсқалар маған түсіндірілді. Анестезия әдісін тандауды анестезиолог дәрігермен бірге жасадым. Асқынудың мүмкіндігі туралы мағлұмат алдым және операцияны анестезиямен қматамасыз етуін жасауына қажет инвазивті манипуляцияға келісімді беремін, сондай-ақ операцияда және анестезияда , негізгі аурудың асқынуларын емдегенде туындайтын қажет манипуляцияға келісімді беремін.

Согласие пациента на анестезию: Добровольное информированное согласие пациента на анестезиологическое пособие (Ст.11-20 Закона от 7 июля 2006 года "Об охране здоровья граждан").

Подписывая данный документ, я подтверждаю достоверность представленной мной информации и даю добровольное согласие на проведение анестезиологического обеспечения операции. Мне разъяснены возможные варианты анестезии. Выбор метода анестезии осуществлен мною совместно с анестезиологом. Я информирован(а) о возможности осложнений и даю согласие на проведение инвазивных манипуляций, необходимых для проведения анестезиологического обеспечения операции, а также манипуляций, необходимость в которых могут возникнуть при лечении осложнений основного заболевания.

Науқастың қолы (қамқоршы) _____ Анестезиолог дәрігердің қолы _____

Подпись больного (опекуна) _____ Подпись анестезиолога _____

Ұсыныстар (рекомендации):

_____
_____
_____
_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Науқасты операциядан кейін бақылау картасы
Карта послеоперационного наблюдения пациента

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Стационарлық науқастың медициналық картасының № _____ Жынысы (Пол) _____

(Номер карты стационарного больного)

Түскен күні (Дата поступления) _____

Түскен уақыты (Время поступления) _____ Профилі (Профиль) _____

Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____

Ауыстырылған уақыты (Время перевода) _____

Диагнозы (Диагноз) _____

_____

Операциясы (Операция) _____

_____

Анестезияның түрі (Вид анестезии) _____

_____

Респираторлық жәрдем көрсету (Проведение респираторной поддержки)

Респиратор:

МТК (МОД), л/мин _____ ТК (ДО), мл _____ ПДКВ _____

Түтікті алып тастау (Экстубация) _____

Науқастың жағдайы тұрақталды, профильді бөлімшеге емделу үшін ауыстырылады

(Состояние пациента стабилизировалось, для дальнейшего лечения пациент переводится в профильное отделение)

Ауыстыру кезіндегі науқастың жағдайы (Состояние пациента на момент перевода):

_____

_____

_____

Ауыстыру кезіндегі көрсеткіштері (Показатели на момент перевода):

ҚА (АД), мм рт. ст._____ ЖЖЖ, екпіні/мин. (ЧСС, ударов/мин) _____

Т., град. С _____ ТАЖ (ЧДД), мин$^{-1}$._____

Қосымша енгізілді (Дополнительно вводилось):

_____

_____

Бақылау уақытында (За время наблюдения):

Инфузия, мл _____

Диурез, мл: _____

Дәрігер (Врач): _____

_____ _____

(қолы; подпись) (күні, уақыты; дата, время)

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. . (при его наличии))

медсестры) _____

_____ _____

(күні, уақыты; дата, время) (қолы; подпись)

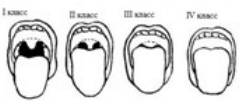
	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Анестезия картасы Карта анестезии

	УАҚЫТ (ВРЕМЯ)		30 0 | 0 30 0 | 0 30 0 | 0 30 0 №
Премедикация 1) Науқастың сәйкестендіру (Идентификация пациента) 2) Гемотрансфузиялық дайын (Гемотрансфузионная готовность) 3) Операция 4) Мониторинг 5) Анестезия аппараты (Наркозный аппарат) 6) Науқастың келісімі (Согласие пациента) 7) Тыныс алу жолдары (Дыхательные пути) : Ларингоскопия (Ларингоскопия) -	Дәрі - дәрмектер	Газдар (Газы)	O2/ / N2O / AIR Изофлюран Севофлюран Пропофол Брюзепам / Реланиум Листенон/ Ардуан / Рокуроний Фентанил Атропин Димедрол Кетамин

Оңалту (Санация) Жалпы анестезия (Общая анестезия) Индукция Маска к/т (в/в) б/е (в/м) Жылдам индукциясы (Быстрая индукция) 1) Аймақтық анестезиядан көшу (Переход с региональной анестезии) 2) Тек маска (только маска) 3) Ларингеальдық маска (ларингеальная маска) 4) Интубациялық түтікпен (интубированный) 5) Трахеостомия	(Медикаменты)	Венаға (Внутривенно)	Тиопен
			Лидокаин
			Адреналин
			Дофамин
			Антибиотики
			Бупикаин/ Ропивакаин
			Гепарин
			Этамзилат
			Преднизолон
			Ондансетрон

Маллампатимен бағалау (Оценка по Маллампати):



Эндотрахеальная трубка
ауыз (рот) мұрын (нос)
трахея

Қос (Двойной) Сол (Левый) Люмен Оң (Правый) | Раз мер | Манжет Иә (ДА) Жоқ (НЕТ)

Интубация
Женіл (Легкая) Қиын (Трудная)
Мұрын арқылы Бронхоскоп

Гемодинамикасы

210	
200	
190	
180	
170	
160	
150	

Ерітінділер (Растворы) Бөлініп шығу (Отделяемое)

КМА, мл	
Рингера лактат, мл	
Физ. раствор, мл	
Коллоиды (мл)	
Кровь (мл)	
СЗП (мл)	
Тромбоциты (мл)	
Криоцепитат (мл)	
Глюкоза (мл)	
Диурез (мл)	
Назогастральный зонд	
Кровопотеря (мл)	

Всего

Уақыт (Время) 30 0 0 30 0 0 30 0 0 30 0 Баланс

Зертханалық мәліметтері (Лабораторные данные)

Параметры	Уақыт Время		
pH			
PaCO2			
PaO2			
HCO3			
B.E.			
Sat			
FiO2			
ACT			
Hct.			
Lactat			
Glu.			
Urea			
Na+			
k+			
Ca++			
HB			
RWC			
PLT			
ПТИ			
МНО			
Фибрин оген			

Арқылы (Через нос) (Через бронхоскоп) Тыныс алу (Дыхание) Спонтанды (спонтанное) Өкпенің жасанды вентиляциясы (ИВЛ) Аймақтық (Региональная) анестезия Жұлын (Спинальная) Деңгейі (Уровень)_________ Ине (Игла)______ Эпидуральді (Эпидуральная) Қаудальді (Каудальная) Белдік (Поясничная) Кеуде (Грудная) Ине (Игла) _________ Катетер_______________ Аумақтық (Проводниковая) ___________ Катетеризация Перифериялық көк тамыр (Периферическая вена): -сол жақ (левая) оң жақ (правая) размер _______ Орталық көк тамыр (Центральная вена): -сол жақ (левая) оң жақ (правая) размер_______	ҚҚ (АД) ЖСЖ (ЧСС)	140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40
Науқастың позициясы (Позиция пациента) 1) Арқасымен (на спине) 2) Ішімен (на животе) 3) Отырған қалыпында (сидячее) 4) Оң/сол жағымен (на прав. /лев. боку) 5) Тренделенбург (по Тренделенбургу) 6) Литотомиялық (литотомическая) 7) Басымен жоғары (головой вверх) 8) Бетімен төмен (лицом вниз)	Параметрлер (Параметры)	FiO2 SpO2 (%) ETCO2 (%) mmHg) Температура ЦВД МАК TOF Наркозный аппарат Число аппаратных циклов, f

Қосымша (дополнение) ЭКГ **Артериальная линия** **Температура** **Үрпі катетері (Уретральный катетер)** FiO2 **Мұрын - асқазандық сүнгі (н/г зонд)**	ӨЖВ (ИВЛ)	Дыхательный объем, ДО (мл) Минутный объем вентиляции, МОД (л/мин) Пиковое давление в ДП на вдохе (см H2O) ПДКВ (см H2O) Соотношение фаз вдоха и выдоха, I/E Вентиляция: с контролем по объему / по давлению
		Пациент переводится в: Кәсіби бөлімше (Профильное отделение) (Палата пробуждения) Жан сақтау бөлімше (ОРИТ) Транспортировка: SpO2 Кислород Электрокардиография Интубациялық түтікпен (Спонтанды / Өкпенің жасанды вентиляциясы) (Интубированная (спонтанная / ИВЛ)) Асқынулар (осложнения) а) анестезия ______________ б) операция ___________________ Тағайындаулар / Назначения:

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. . (при его наличии))): ______________________________ **Туған күні (Дата рождения) "_____" _______г.** **ЖСН/ИИН__________________________________**	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к

	медицинской карте стационарного больного

№ операцияның хаттамасы **(Протокол операции №)**
Негізгі, қосымша (керегін сызыңыз) (Основная, дополнительная (нужное отметить)
Бөлімше (Отделение)

Стационарлық науқас картасының № **(Карта стационарного больного №)**	
Операция басталды (күн, уақыт): (Дата и время начала операции)	"___" _____ .20 ___ ж. (г.) ___:____
Операция аяқталды (күн, уақыт): (Дата и время окончания операции)	"___" _____ .20 ___ ж. (г.) ___:____
Хирург:	
Ассистент:	
Ассистент:	
Анестезиолог:	
Операциялық. мейіргер (операционная сестра):	
Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда): (Фамилия, имя, отчество больного (при наличии)	
Туған күні, айы, жылы, жасы: (Дата рождения, возраст)	
Операцияға дейінгі диагноз: (Диагноз до операции)	
Операциядан кейінгі диагноз: (Диагноз после операции)	
Ауырсынуды басу: (Обезболивание)	

Операцияның атауы (Название операции):

Операцияны сипаттау (Описание операции)

Қан жоғалту (Кровопотеря):	
Асқынулар (Осложнения):	

Препаратты сипаттау (аластанған ағза, ағза бөлігі) (Описание препарата (удаленного органа, части органа)	Үлгілер зерттеуге жіберілді иә/жоқ (керекті астын сызыңыз) Образцы отправлены на исследование да/ нет (нужное подчеркнуть)
Операцияның аяқталуы (Исход операции):	
20 жылғы (г.) "_____" _____ _____. _____:_____ Хаттаманы жазу күні, уақыты (Дата, время написания протокола)	_____ Операция жасаған хирургтің қолы (подпись оперировавшего хирурга)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Инвазивтік емшара хаттамасы
Протокол инвазивной процедуры

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О.(при его наличии))
ЖСН/ИИН_____
Науқастың туған күні (Дата рождения больного)
Медициналық картасының № (№ мед. карты):
Емшара жасау күні мен уақыты (Дата и время проведения процедуры):
Емшараға дейінгі д/з (Д/з до процедуры):
Емшарадан кейінгі д/з (Д/з после процедуры):
Емшараның атауы (Название процедуры):
Емшараның хаттамасы (Протокол процедуры): Анестезия түрі, операцияның ағыны, олжа, пайдаланылған материал, операция кезіндегі асқынулар (егер болмаса, "операция кезінде асқынулар болған жоқ" деп көрсету қажет), консультанттардың операцияға қатысуы және басқа. Вид анестезии, течение операции, находки, использованный материал, осложнения во время операции (если не было, необходимо указать "осложнений во время операции не было"), участие консультантов во время операции и др.
Қан жоғалту көлемі (Объем кровопотери):_____ (егер болмаса, көрсету қажет)(если не было, необходимо указать)
Хирург (операция жасайтын) (оперирующий): Тегі, аты-жөні (болған жағдайда) (Фамилия, (при его наличии) инициалы)
Ассистент: Тегі, аты-жөні (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Анестезиолог: Тегі, аты-жөні (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Опер. сестра: Тегі, аты-жөні(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при его наличии)

Емшарадан кейінгі бақылау және емделу жоспары (План наблюдения и лечения после процедуры): одан әрі дәрігердің, мейіргердің және басқалардың әрекетін көрсетіңіз (указать дальнейшие врачебные, сестринские и др. действия)
Хаттаманы жазу күні, уақыты, қолтаңба (Дата, время написания протокола, подпись)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Жүрек-қан тамырларына операция жасаудағы
операция кезеңінің картасы
Карта операционного периода
при проведении сердечно-сосудистых операций

Қан тобы (Группа крови) _____

20____жыл (год) "_____" _____

Ұюы (Свертываемость)_____

Қан ағу ұзақтығы (Длительность кровотечения) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) _____

Сырқатнаманың № (История болезни №) _____ Шұғыл (экстренный) ия, жоқ (да, нет) _____
__

Протротромб индексі (Индекс протротромбиновый) _____

Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____

Туған күні (Дата рождения) _____Салмағы (Вес) _____

Бойы (Рост) _____ Тістері (Зубы) _____

Тромбоциттер (Тромбоциты) _____

Операцияға дейінгі диагнозы (Диагноз до операции)	Болжанған операция (Предполагаемая операция)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Науқастың операция алдындағы жағдайы
Состояние больного перед операцией

Артериялыққысымы (Артериальное давление) _____Веналық қысымы (Венозное давление) _____

Тамыр соғуы (Пульс)_____

Жүрек (Сердце) _____

ЭКГ _____

Рентген _____

Қан (Кровь): Гемоглобин _____ Эритроциттер (Эритроциты)_____

Лейкоциттер (Лейкоциты)_____ ЭШЖ (СОЭ)_____

Өкпе (Легкие)_____О2 тұтыну (Потребление О2) _____

Оң жақ өкпеқап (Плевра справа) _____ сол жақ (слева) _____

Ентігудің пайда болуы (Одышка возникает при) _____

Негізгі заталмасу (Основной обмен) _____ Қандағы билирубин (Билирубин крови) ____

Қандағы қант (Сахар крови) _____

Бауыр (Печень) _____Несеп (Мочевина)_____

Қалдық азот (Остаточный азот) _____ Белок _____

Бүйректер (Почки) _____ Несеп талдауы (Анализ мочи) _____

Диурез _____ Гормондық терапия (Гормональная терапия) _____

Аллергия _____ Бұрынғы наркоздар (Предыдущие наркозы) _____

Толықтыру (Дополнение)_____

Бітелуге, ЖҚ-на төзу мүмкіндігі (Возможная переносимость окклюзии, ИК) _____

Операция мен анестезия қаупі (Риск операции и анестезии) _____
_____

_____

Ауырсынуды басу түрлеріне айғақтармен қарсы айғақтар
Показания и противопоказания к виду обезболивания

Наркозға даярлау
Подготовка к наркозу

Операция қарсаңындағы кеште — Операция күні таңертең

Накануне вечером — Утром в день операции

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(5 мин. уақыттан соң) АҚҚ мен тамыр соғуы

(Время через 5 мин.) (АД и пульс)

210	
200	
190	
180	

Кіріспе наркоз. Вводный наркоз	170
	160
	150
	140
	130
	120
	110
	100
	90
	80
	70
	60
	50
	40
	30
	20
	10

210
200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10

Орталық веноздық қосымның (Центральное венозное давление)	
Өңештегі температура (Температура в пищеводе)	
Тік ішектегі (в прямой кишке)	
Басқарылмалы тыныс алу (Управляемое дыхание)	
Есірткі заттар л/мин О 2 мен газдар Эфир (Наркотические вещества и газы) азот тотығы (закись азота)	
Бұлшық ет релаксанты (Мышечный релаксант)	
Қарашық (Зрачок)	
Негізгі есірткі (Основной наркотик) Наркоз тереңдігі (клиник.) (Глубина наркоза (клинич.))	
Қан шығыны (Кровопотеря) Наркоз тереңдігі (Электроэнцефалогрофия) (Глубина наркоза (Электроэнцефалогрофия))	
Интубация техникасы (Техника интубации)	Операция этапы (Этап операции)
Емдеу –іс-шаралары (Лечебные мероприятия)	Қан құю мл. (Переливание крови в мл)

Қорытынды диагноз (Окончательный диагноз) _____

Жасалған операция (Произведенная операция) _____

Ауырсынуды басу (Обезболивание) _____

Анестезиологтар (Т.А.Ә. (болған жағдайда)) (Анестезиологи (Ф.И.О. (при наличии)) _____

Хирургтар (Т.А.Ә. (болған жағдайда)) (Хирурги (Ф.И.О. (при наличии)) _____

Наркоз аппаратының типі (Тип наркозного аппарата) _____

Операция үстеліндегі орналасуы (Положение на операционном столе) _____

Операция кезінде науқастың функцияларын басқару

(Управление функциями больного по ходу операции)

Тыныс алуды басқару (Управление дыханием) _____

Бұлшық ет релаксанттарының шығыны (Расход мышечных релаксантов) _____

Жасанды қанайналым (Искусственное кровообращение) _____

Басқарулы гипотония: әдісі (Управляемая гипотония: метод) _____

Гипотермия _____

Наркоз бен операция кезіндегі асқынулар – емдеу іс-шаралары
Осложнения по ходу наркоза и операции – лечебные мероприятия

Интубацияға әрекеттену саны (Число попыток интубации) _____

Венесекция, катетерлеу (Венесекция, катетеризация) _____

Бұлшық ет жыпылықтауы (Фибрилляции до) _____ дейін

Тоқтауы (Остановка) _____

АҚ төмендеуі (Снижение АД до) _____ дейін, на _____ мин.

Шок _____

Қан шығыны (Кровопотеря) _____ Қан құю (Переливание крови) _____

Басқа сұйықтар бітелуге дейін, ЖҚ (др. жидкостей до окклюзии, ИК) _____

кейін (после)_____ Қайталу (Возврат) _____ Жеңілдету (Разгрузка) _____ Диурез ____
____

Операция кезінде арнайы әдістер көмегімен бақылау
Наблюдение с помощью специальных методов по ходу операции

ЭКГ _____

гемодинамика _____

_____

Электроэнцефалограмма _____

_____

_____

Белсенді салқындату қарқыны (Темп охлаждения активного) _____

селқос (пассивного) _____

ЖҚ, бітелудің ұзақтығы (Длительность окклюзии, ИК) _____

Қатар ЖҚ (Параллельного ИК) _____

Қалпына келу кезеңі (Восстановительный период) _____

Белсенді жылыту тәсілі мен қарқыны (Темп и способ активного согревания) _____

_____

Анестезиологтың ескертуі
Замечания анестезиолога

Анестезиологтың қолы (Подпись анестезиолога) _____

Анестезист мейіргер (Медсестра анестезистка) _____

Наркотиктер (Наркотики): _____

Кардиоплегия: құрамы (Кардиоплегия: состав) _____

Тәсілі (Способ) _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Патологоанатомиялық зерттеу
хаттамасы (картасы)
№_____
Протокол (карта)
патологоанатомического исследования
20___жылғы (года) "___" _____күні

_____

Хаттаманы толтырған ұйымның мекенжайы (Адрес организации, составившего протокол):

Республика (облыс,өлке) (Республика (область, край)) _____

Аудан (қала) (Район (город)) _____ _

Аурухана (больница) _____Бөлімше (отделение)_____

Науқас картасының (Карта больного) № _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество) (при его наличии):____
__
_____

_____

2. Жынысы Е. Ә. (Пол М. Ж.)_____3. Туған күні (Дата рождения):_____

4. ӘАОЖ коды (Код КАТО)

5. Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства): _____

6. Кәсібі (зейнетке дейін) (Профессия (до пенсии)):

7. Ауруханаға әкелінді (Доставлен в больницу): _____ сағаттан (күннен) кейін сырқаты басталғаннан соң (часов (дней) после начала заболевания)

8. Өткізілген (Проведено)_____төсек-күн (койко - дней)

9.Қайтыс болған күні (Дата смерти): _____

жылы, айы, күні, сағаты (год, мес, число, час)

10. Мәйітті ашу күні мен уақыты (Дата и время вскрытия): _____

жылы, күні, айы (год, мес., число, час)

11. Емдеуші дәрігер (Лечащий врач):_____

_____

12. Мәйітті ашуға қатысқандар (Присутствовали на вскрытии): _____

_____

Кодтар (Коды):

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации): _____

_____

14.Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): _____

_____

15. Стационардағы клиникалық диагноздары және олардың қойылған күні (Клинические диагнозы в стационаре и даты их установления): _____

16. Қорытынды клиникалық диагноз және оны қойған күні (Заключительный клинический диагноз и дата его установления)

Негізгі ауру (Основное заболевание): _____

Негізгі аурудың асқынуы (Осложнение основного заболевания) _____

_____

Қосалқы аурулары (Сопутствующие заболевания): _____

Қайтыс болу себебі (Причина смерти): _____

_____

17. Клиникалық –зертханалық зерттеулер нәтижелері (Результаты клинико-лабораторных

исследований): _____

_____

18. Патологоанатомиялық диагноз (негізгі ауруы, асқынуы, қосалқы аурулары) (Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания)): _____

_____

19. Клиникалық диагностикалау қателері (керекті астын сызыңыз, жазыңыз) (Ошибки клинической диагностики (нужное подчеркнуть, вписать))

Негізгі ауруы бойынша диагноздың айырмашылықтары (Расхождение диагнозов по основному заболеванию)

_____

Кеш диагностикалау (Запоздалая диагностика)

негізгі ауруының (основного заболевания) _____

асқынулары бойынша (по осложнениям) _____

қайтыс болуға әкелген асқынуының (смертельного осложнения)_____

қосалқы аурулары бойынша (по сопутствующим заболеваниям) _____

Диагноз айырмашылықтарының себептері
Причины расхождения диагнозов

Диагностикадағы объективті қиындықтар Объективная трудность диагностики	**Аз уақыт болуы Кратковременное пребывания**	**Науқастың толық қаралмауы Недообследование больного**	**Қарау деректерін асыра бағалау Переоценка данных обследования**	**Аурудың сиректігі Редкость заболевания**	**Диагнозының дұрыс ресімделмеуі Неправильное оформление диагноза**

20. Қайтыс болу себептері (Причина смерти) № _____қайтыс болғаны туралы дәрігерлік куәлікте мынадай жазбалар жасалған (во врачебном свидетельстве о смерти № _____сделана следующая запись)

Кодтар (Коды)_____

1.

1)_____

2)_____

3)_____

П. _____

_____ беттегі хаттама бөлімі қоса берілген

(Протокольная часть на ___ страницах прилагается)

Патологоанатомның тегі:

(Фамилия патологоанатома) _____

қолы (подпись)

Бөлім меңгерушісі:

(Заведующий отделением) _____

қолы (подпись)

Патологоанатомиялық зерттеудің нәтижелері
(Результаты патологоанатомического исследования)

Бойы Рост	**Дене салмағы Вес тела**	**Дене мүшелері салмағы Вес органов**						
		Ми Головной мозг	Жүрек Сердце	Өкпе Легкие	Бауыр Печень	Көк бауыр Селезенка	Сол бүйрек Оң бүйрек Почки левая - правая	Айырбез Тимус

Қысқаша клиникалық деректер:
Краткие клинические данные:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Патологиялық зерттеуге тілімдер алынды (Взято кусочков для патологического исследования) :

_____

Блоктар дайындалды (Изготовлено блоков):_____

Басқа зерттеу әдістеріне материал алынды (Взят материал для других методов исследования):
_____

Бір данада толтырылады. Сызбалар мен фотосуреттер қоса беріледі (Заполняется в одном

экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются) _____

Гистологиялық зерттеу нәтижелері (Результаты гистологического исследования):

Қосымша _____ парақ

(Приложение на __ листах)

Сызбалар, кестелер, фотосуреттер (қанша) (Схемы, таблицы, фото, рис. (сколько))_____

Конференцияда талқылану күні (Дата обсуждения на конференции)_____

Патологоанатомның тегі_____

(Ф.И.О. (при наличии) патологоанатома) қолы (подпись)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте

	стационарного больного

Бүйрек трансплантаты бар науқастың картасы
Карта больного с почечным трансплантатом

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол)_____

Диагноз_____

Диализдер саны (Количество диализов) _____

Операция күні (Дата операции) _____

Жылы ишемия кезеңі (Период тепловой ишемии) _____

Консервация түрі (Вид консервации) _____

Қол ишемия кезеңі (Период ручной ишемии) _____

Алдыңғы антиденелер % (% предшествующих антител) _____

Қан тобы (Группа крови) реципиенттің (реципиента) _____

донордың (донора) _____

НІА реципиенттің (реципиента) _____

донордың (донора) _____

Иммуносупрессия түрі (Вид иммуносупрессии) _____

_____

О/к диализ (саны) (П/о диализ (число)) _____

О/к асқынулар, олардың түрі (послеоперационные осложнения, их вид) _____

_____

Трасплантаттың алыну себебі (Причина удаления трансплантата) _____

_____

Трансплантат қойылған адамның қайтыс болу себебі (Причина смерти больного

Странсплантатом) _____

_____
_____
_____

Шығарылған күні (Дата выписки) _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Мейіргерлік күту ауруханасының стационарлық науқасының
медициналық картасы
Медицинская карта
стационарного больного больницы сестринского ухода
№_____

Түскен күні (Дата поступления) " "_____20____жылғы (года)

Түскен уақыты (Время поступления) _____сағат (часов)_____минут

Шыққан күні (Дата выписки) " "_____20____жылғы (года)

Шыққан уақыты (Время выписки)_____сағат (часов)_____минут

Өткізген төсек-күндері (Проведено койко дней): _____
_

Тасымалдау түрі: зембілмен, қол арбамен, өз аяғымен (керекті астын сызыңыз) (Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (нужное подчеркнуть))

АИТВ-ға зерттеу (Исследование на ВИЧ)_____

Қан тобы (Группа крови) _____Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность)

_____

Бөлімше (Отделение) _____палата №_____

Науқас (Больной) _____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Адрес): облыс (область)_____аудан (район)_____

елді мекен (населенный пункт) _____

көшесі (улица)_____үй (дом)_____корпус _____

пәтер (квартира)_____ _____телефон_____

Жұмыс орны, кәсібі, лауазымы (Место работы, профессия, должность) _____

_____

Қамсыздандыру полисінің (страхового полиса) № _____

Қамсыздандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании) _____

_____

Мекенжайы бойынша медициналық ұйым (Медицинская организация по месту жительства)

_____

Науқасты кім жолдады (Кем направлен больной) _____

Негізгі сырқаты (Основное заболевание) _____

_____

_____

Бәсекелес сырқаты (Конкурирующее заболевание) _____

_____

_____

Негізгі сырқатының асқынуы (Осложнения основного заболевания) _____

_____
_____

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____

_____
_____

Аллергиялық серпілістері (Аллергические реакции на):

дәрілерге (лекарства)_____

тамақөнімдеріне (пищевые продукты)_____

басқа (другое)_____

Ерекше белгілер (Особые отметки)_____

_____

_____

_____

_____

Медбикенің қолы (Подпись медсестры) _____Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ (Ф.И.О.) (при наличии)

1. Жалпы жағдайы
Общее состояние

Дене құрылыс типі: астениялық, гиперстениялық, нормастениялық (Тип телосложения:

астенический, гиперстенический, нормостенический) _____

Бойы (Рост)_____ см.

Дене салмағы: қалыпты, артық, төмендеген (Масса тела (вес): нормальная, избыточная, пониженная)
_____кг.

Дене температурасы (Температура тела) _____

Жалпы күйі: белсенді, селқос, мәжбүр (Общее положение: активное, пассивное, вынужденное)
_____
_____

Төсектегі күйі: белсенді, селқос, мәжбүр (Положение в постели: активное, пассивное, вынужденное)
_____

_____

Мәжбүрлік қалыпқа келуі: отырғанда, жатқанда, бір жамбастап жатқанда және тағы басқа (Принятие вынужденного положения: сидя, лежа, на боку и так далее) _____

Тері қабаты мен көрнекі жылбысқы қабықтары: түсі, созылғыштығы, ылғалдылығы, бөртпелер, тыртықтар (Кожные покровы и видимые слизистые: окраска, эластичность, влажность, высыпания, рубцы)
_____

_____

Әлеуметтік статусы: (Социальный статус) _____

Баспана - тұрмыс шарттары (Жилищно-бытовые условия) _____

Отбасы жағдайы (Семейное положение)_____

Араласу ортасы (Круг общения)_____

Материалдық қамтылуы (Материальная обеспеченность) _____

Еңбекпен қамтылуы (Трудообеспеченность)_____

Демалуы, демалысы, мүдделері (Досуг, отдых, интересы)_____

Әлеуметтік демеу (Социальная поддержка) _____

Зерделік сұраныстары (Интеллектуальные запросы) _____

Психоэмоциялық статусы (Психоэмоциональный статус): _____

Санасының күйі (Состояние сознания) _____

_____

Сыртқы түрі, мінез - құлық нормалары, өзін-өзі бағалауы, байланысқа түсуі, қоршаған ортаны
қабылдауының адекваттығы, зердесі (Внешний вид, нравственные нормы поведения, самооценка, контактность, адекватность восприятия окружающего, память) _____

_____
_____

ауруханада болуына реакциясы (реакция на пребывание в больнице)_____

_____

Өз өмірін қамтамасыз етуді бақылауы: жеке қауіпсіздігін бақылауы, қысылтаяң жағдайлардан бой тартуы немесе оларды шешуі, дене жылуын сақтауы, кеңістік пен уақытта бағдар ұстауы

(Самоконтроль жизнеобеспечения: контроль личной безоопасности, избежание и разрешение критических ситуаций, поддержание температуры тела, ориентация в пространстве и времени) _____

_____
_____
_____
_____
_____

Еңбекке қабілеттілігі: осы сырқатқа байланысты сақталған, төмендеген, уақытша жоғалтқан, мүлде жоғалтқан, басқа себептер (Трудоспособность: сохранена, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, другие причины) _____

Орындайтын жұмысы: мүдделілігі, өнімділігі, қарқыны (Выполняемая работа: интерес,

продуктивность, темп) _____

_____

_____

Ұйқысы мен демалуы: жеткілікті, жеткіліксіз, ұйықтататын заттарды қабылдауы (Сон и отдых: достаточно, недостаточно, прием снотворных средств) _____

_____

Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания)_____

_____
_____

Тұқым қуалаушылығы (Наследственность)_____ _____

_____

_____

Зиянды әдеттері (Вредные привычки) _____

_____

Ішімдіктер пайдалануы (Употребление алкоголя) _____

Өндірістік зияндылықтар (Производственные вредности) _____

_____

Босанулар, жүктіліктер, аборттар, асқынулар саны (Число родов, беременностей, абортов,

осложнений) _____

_____

Сексстік қанағаттануы (Сексуальная удовлетворенность) _____

Сөйлеуінің бұзылуы (Расстройства разговорной речи) _____

Естуінің бұзылуы (Расстройства слуха) _____

Көруінің бұзылуы (Расстройства зрения)_____ _____

Тыныс алуы: мұрын арқылы, ауыз арқылы, трахеостома арқылы, еркін, ауырлаған (Дыхание: через нос, через рот, через трахеостому, свободное, затрудненное) _____

Тыныс алу жиілігі, тереңдігі, ырғағы; тыныс алу типі: кеудемен, ішімен, аралас (Частота, глубина, ритм дыхания, тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный) _____

_____

_____

Тыныс алуының бұзылулары: ентігу, жөтел, қан түкіру, кеуде клеткасындағы ауырсынулар (Нарушение дыхания: одышка, кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке) _____

_____

_____

Жөтел: құрғақ, ылғалды, қақырықпен, қан аралас (Кашель: сухой, влажный, с мокротой, с примесью крови)

_____

_____

_____

Оттегіне мұқтаждығы: орталықтандыралған, оттегі жастығымен (Потребность в кислороде: централизованная, в кислородной подушке) _____

Қан айналу жүйесі: ентігу, булығу, жүрек қағуы, жүрек маңының ауырсынуы (Система кровообращения: одышка, удушье, сердцебиение, боль в области сердца) _____

_____

_____

_____

Артериялық қан қысымы: жұмыстық, жоғарылаған, төмендеген (Артериальное давление: рабочее, повышенное, пониженное) _____

_____
_____ мм с.б. (мм рт.ст.)

Тамыр соғуы: ырғағы, жиілігі, кернеуі, толуы (Пульс: ритм, частота, напряжение, наполнение)

_____

_____
_____

_____

Тәбеті: мөлшерлі, жоғарылаған, төмендеген (Аппетит: умеренный, повышенный, пониженный) _____

_____

_____

Тілі: құрғақ, ылғалды, жағындымен - ақ, сары (Язык: сухой, влажный, с налетом – белым, желтым)
_____

Тіс протездерінің болуы (Наличие зубных протезов) _____

Күнделікті рационы мен тамақтану режимі: диета шектеулі, кеңейтілген (Повседневный рацион и режим питания: ограничения, расширение диеты) _____

_____

_____

Тамақтану кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость
от посторонней помощи при приеме пищи: полная, частичная, нет) _____

_____

Тамақтануының бұзылу себептері: дәм сезбеуі, аузынан шірік иісі шығуы, кекіру, өңеш қызылдауы,
құсуы, жүрек айнуы, ауырсынуы, басқалар (Причины расстройства приема пищи: потеря вкуса, гнилостный запах изо рта, отрыжка, изжога, срыгивание, тошнота, рвота, боли, другое)
_____

_____
_____
_____

Бауыр мен өт шығару жолдары (Печень и желчевыводящие пути) _____

_____
_____

Диабет қосарлануы: қантты, қантсыз, жоқ (Сопутствует ли диабет: сахарный, несахарный, нет)
_____

Ішек: жел толуы, іш қатуы, іш өтуі (Кишечник: метеоризм, запоры, поносы) _____

_____
_____

Диета сақтау туралы кеңес (Совет по поводу соблюдения диеты) _____

_____
_____

Несеп шығару жүйесінің жағдайы (Состояние мочевыделительной системы) _____

_____
_____

Сұйықтықтар тұтыну мөлшері: шектеулі, шектеусіз, жеткілікті, жеткіліксіз (Количество потребления жидкости: ограничено, не ограничено, достаточно, недостаточно) _____

_____мл.

Су балансы: тұтынған көлем/шыққан көлем (Водный баланс: потребленное количество/ выделенное количество) __мл.

Ісінулер болуы (Наличие отеков) _____

2.Физиологиялық жеңілденулері
Физиологические отправления

Физиологиялық жеңілденулерінің барысында: дискомфорт, ауырсынуы, басқалар (Физиологические отправления сопровождаются: дискомфортом, болями, другое) _____

_____
_____

Қуықтың өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі (Суточная регулярность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря) _____

_____
_____

Несеп сипаты: қанықтығы, түсі, иісі, қан, ылайлық болуы (Характер мочи: концентрация, цвет,
запах, наличие мути, кровь) _____

_____
_____

Дизуриялық бұзылулар: ишурия, поллакиурия, странгурия (Дизурические расстройства: ишурия, поллакиурия, странгурия) _____

_____
_____

_____
_____

Кіші дәреті: өздігінен, еркінен тыс, қуықты катетерлеу көмегімен (Мочеиспускание: самостоятельное, непроизвольное, при помощи катетеризации мочевого пузыря) _____

_____
_____

Зәр айдатқы заттарды қабылдауы (Применение мочегонных средств) _____

_____

Цистостома болуы (Наличие цистостомы) _____

Кіші дәрет алуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при мочеиспускании: полная, частичная, нет)
_____

_____
_____

Ішектің өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі (Суточная регулярность самостоятельного опорожнения кишечника)
_____

_____
_____

Нәжіс сипаты: консистенциясы, түсі, қан, жылбысқы болуы (Характер кала: консистенция, цвет, наличие слизи, крови)
_____

_____
_____

Іш қатуы, өтуі (Запоры, поносы) _____

_____

Іш босатуы: өздігінен, еркінен тыс, тазалау клизмасы көмегімен (Дефекация: самостоятельная,
непроизвольная, при помощи очистительной клизмы) _____

_____
_____

Ішті жүргізетін заттарды қабылдауы (Применение слабительных средств) _____

_____

Колостома болуы (Наличие колостомы) _____

Іш босатуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость
от посторонней помощи при дефекации: полная, частичная, нет) _____

_____

Басқа бұзылулар (Другие расстройства) _____

_____
_____

3. Қозғалу белсенділігі
Двигательная активность

Тірек-қозғалыс аппаратының жағдайы (Состояние опорно-двигательного аппарата)_____
_____

_____
_____

Қозғалу белсенділігі: физкультура және спортпен айналасуы, таза ауада болуы, тұрмыстағы қозғалыстары (Двигательная активность: занятия физкультурой и спортом, пребывание на свежем воздухе, движения в быту) _____

_____

Бұлшық ет тонусы: қанағаттанарлық, жоғарылаған, төмендеген (Мышечный тонус: удовлетворительный, повышенный, пониженный) _____

Буындар жағдайы: конфигурациясы, деформация, ісінушілік, қызаруы, ауырсынуы (Состояние суставов: конфигурация, деформация, припухлость, покраснение, болезненность) _____
_____

_____
_____

Буындар қозғалғыштығының дәрежесі: толық, шектелген, қозғалыс болмауы (анкилоз) (Степень подвижности суставов: полная, ограниченная, отсутствие подвижности (анкилоз)_____
_____

_____
_____

Тұрмыста, қозғалғанда басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость
от посторонней помощи при движении, в быту: полная, частичная, нет) _____
_____

_____
_____
_____
_____

Жеке бас гигиенасы ережелерін сақтауда басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай,
жоқ (Зависимость от посторонней помощи при соблюдении правил личной гигиены: полная, частичная, нет) _____

_____
_____

Ауыз қуысын күтуі (Уход за полостью рта) _____

Көзін, құлағын күтуі (Уход за глазами, ушами) _____

Тері қабатын, шаштарын күтуі (Уход за кожей, волосами) _____

Тұрмыста, қозғалу кезінде көмекші құралдарды пайдалануы: арба, балдақ, таяқ, ортопедиялық аяқ киім және т.б. (Использование вспомогательных приспособлений при движении, в быту: коляска, костыли, трость, ортопедическая обувь и т.д.) _____

_____

Ойық жаралар пайда болу қаупі (Norton шкаласы бойынша) (Риск образования пролежней (по шкале Norton)
_____

Ойық жаралар пайда болу себептері: қозғалысы шектелуі, қозғалысы жоқтығы (Причины образования пролежней: ограничение подвижности, отсутствие подвижности) _____
_____

_____
_____

Қозғалу белсенділігі төмендеу, болмау кездерінде пайда болуы мүмкін асқынулар: ойық жаралар,
педикулез, тоқырау пневмониясы және тағы басқа. (Возможные осложнения при снижении, отсутствии двигательной активности: пролежни, педикулез, застойная пневмония и так далее)
_____

_____

Мейіргер ұйғарымы
Сестринское заключение

1._____
_____
_____
2._____
_____
_____
3._____
_____

Жұмыс жоспары
План работы

Дәрігер тағайындалымдарының орындалуы (Выполнение врачебных назначений) _____

_____
_____

Дәрі тарату және оны қабылдауын бақылау (Раздача лекарств и контроль их приема) _____

_____
_____

Инъекциялар мен вена арқылы құйылымдардың орындалуы (Выполнение инъекций, внутривенных вливаний)
_____

_____

Дене температурасын өлшеу (Измерение температуры тела) _____

_____

Манипуляциялар мен процедуралар: қышалар, банкілер, қыздырғыштар, клизмалар және т. б.

(Манипуляции и процедуры: горчичники, банки, грелки, компрессы, клизмы и т.д.) _____

_____

Клиникалық талдауларды жинау (Сбор клинических анализов) _____

_____

Тамақтану, физиологиялық жеңілденулер, жуыну кездерінде ауыр науқастарға көмек көрсету

(Оказание помощи тяжелобольным при приеме пищи, физиологических отправлениях, во время туалета)
_____

_____
_____
_____
_____
_____

Емдік тамақтану ережелерін сақтау (Соблюдение лечебного питания) _____

_____

Палаталарда санитарлық-гигиеналық режимдерді ұстау (Поддержание санитарно-гигиенического режима в палатах) _____

_____

Іш киімдер мен төсек-орындарды ауыстыру (Смена нательного и постельного белья) _____
_____

_____

Ойық жаралардың алдын алу (Профилактика пролежней) _____

_____

Медициналық құжаттарды жүргізу (Ведение медицинской документации) _____

_____

Санитарлық-ағарту жұмысы (Санитарно-просветительская работа) _____

_____

Басқа манипуляциялар мен процедуралар (Другие манипуляции и процедуры) _____

_____
_____
_____
_____
_____

Мейіргерлік күтім жоспары
План сестринского ухода

Күні Дата	**Мейіргерлік күтім сипаты Характер сестринского ухода**	**Мейргерлік күтім мақсаты Цель сестринского ухода**	**Орындалу әдісі Способ исполнения**	**Орындалуы Исполнение**	**Орындалу нәтижесінің бағасы Оценка результата исполнения**
1	2	3	4	5	6

Мейіргердің қолы (Подпись медсестры) _____Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при наличии)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при наличии)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша

	парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного форма

Пациенттің Т.А.Ә(болған жағдайда)
./Ф.И.О.(при его наличии) пациента: _____ _____ _____
Туған күні 20 ж. "_____" _____ /
Дата рождения "_____" _____ 20 ___ года

Рет бағалау парағы/PET оценочный лист

Өткізу күні/Дата проведения: 20 ж. "_____" _____ / "____" _____ 20__г.

СНМК № /№ МКСБ_____

Салмағы/Вес:_____ Бойы/ Рост:_____ Жасы/Возраст:_____ BSA (m^2):_____ BW(L):_____

Түнгі құю/Ночной залив: ерітінді/ р-р_____ Бөгеліс уақыты/Время задержки: __ _____

Құю көлемі/ Объем залива: _____Құйылыс көлемі/Объем слива: _____

PET құю: ерітінді/ р-р_____Құюды бастау/Начало залива: _____құюды аяқтау/окончание залива: _____

Құю көлемі/Объем залива: _____Құйылыс көлемі/_Объем слива: _____

____Ультрасүзгілеу/Ультрафильтрация: _____

Құйылыс ұзақтығы/Длительность слива: _____

Қан/ Кровь	**Креатинин/Креатинин (мкмоль/л)**	**Несепнәр/Мочевина (ммоль/л)**	**Глюкоза/Глюкоза (ммоль/л)**	**Фосфор/Фосфор (ммоль/л)**
0 минут				
120 минут				
240 минут				

Диализат	**Креатинин/Креатинин (мкмоль/л)**	**Несепнәр/Мочевина (ммоль/л)**	**Глюкоза/Глюкоза (ммоль/л)**	**Фосфор/Фосфор (ммоль/л)**
түнгі/ ночной				
жаңа/ свежий				
0 минут				
30 минут				
60 минут				
120 минут				
180 минут				
240 минут				

Қан/Кровь	**Креатинин**	Глюкоза	Коррегирленген креатинин (Скоррегированный креатинин)		
2 сағаттық қан/Кровь 2хчасовая					
Диализат	Креатинин /	Глюкоза	Коррегирленген креатинин (Скоррегированный креатинин)	D/P	D/D0
0 сағаттық диализат/ Диализат 0 часовой			0 сағаттық/0 часовой		
2 сағаттық диализат/ Диализат двухчасовой			2 сағаттық/двухчасовой		
4 сағаттық диализат/ Диализат четырехчасовой			4 сағаттық/четырехчасовой		

Түзету факторы (ТФ) **ТФ/ФК=креатининнің жаңа ерітіндісі/ креатинин свеж р-р÷глюкозаның жаңа ерітіндісі/глюкоза свеж р-р** **ТФ/ФК=** Коррегирленген креатинин (Скоррегированный креатинин) 2 сағаттық қан/ кровь 2х часовая **Креатинин/Креатинин*_____(-)** **Глюкоза/Глюкоза=(_____) х ТФ/ФК = _____** **Коррегирленген креатинин/ Скоррегированный креатинин=_____**	D/P Dialysate/Plasma Ratios 0 сағаттықD/P/ D/Pна 0 часов Диализаттың коррегирленген креатинині / Скоррегированный креатинин диализата, 0 сағаттық/0 часов_____ **Қанның коррегирленген креатинині/ Скоррегированный креатинин крови** 2 сағаттық D/P/D/P на 2 часа Диализаттың коррегирленген креатинині / Скоррегированный креатинин диализата, 2 сағаттық/2 часов_____ **Қанның коррегирленген креатинині/**

Диализат **0 сағаттық креатинин/0 часовой Креатинин*_____(-) Глюкоза/Глюкоза=(_____) х ТФ/ФК = _____** **Коррегирленген креатинин/ Скоррегированный креатинин=_____ _____** **2 сағаттық креатинин/2хчасовой Креатинин*_____ (-) Глюкоза/Глюкоза=(_____) х ТФ/ФК = _____** **Коррегирленген креатинин/ Скоррегированный креатинин=_____ _____** **4 сағаттық креатинин/4хчасовой Креатинин*_____ (-) Глюкоза/Глюкоза=(_____) х ТФ/ФК =**	**Скоррегированный креатинин крови** 4 сағаттық D/P/D/P на 4 часа Диализаттың коррегирленген креатинині / Скоррегированный креатинин диализата, 4 сағаттық/4 часов_____ **Қанның коррегирленген креатинині/ Скоррегированный креатинин крови** D/D_0 Глюкоза 2 сағаттық/Глюкоза 2хчасов = _____ _____ **Глюкоза 0 сағаттық/Глюкоза 0 часов** Глюкоза 4 сағаттық/Глюкоза 4хчасов = _____ _____ **Глюкоза 0 сағаттық/Глюкоза 0 часов**

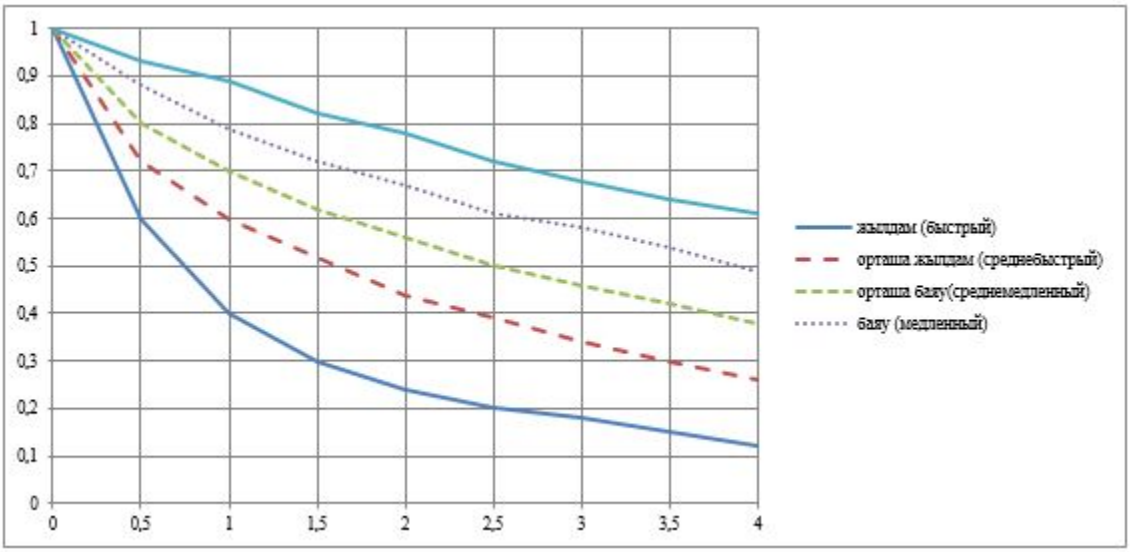
Креатинин/Креатинин* - өлшенген креатинин/измеренный креатинин

Конверциялау факторы/Фактор конвертации: Глюкоза/Глюкоза: мг/дл=ммоль/л х 18, Креатинин/ Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷ 88

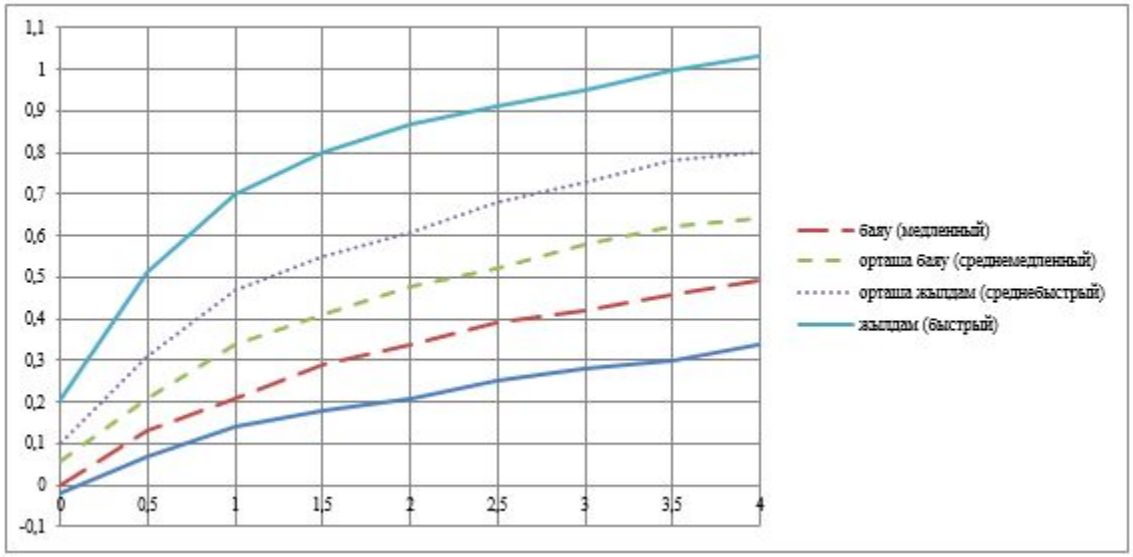
Несепнәр/Мочевина: мг/дл=ммоль/л х 2,82

Глюкозаның D/D_0/

D/D_0 Глюкоза



D/P коррегирленген креатинин/D/P скоррегированный креатинин



Көліктік санат/ Транспортная категория	**4 сағаттық креатининніңD/P/ четырехчасовой D/P креатинина**	**Глюкозаның 4 сағаттық D/D$_0$/четырехчасовой D/D$_0$ глюкозы**
Жылдам/Быстрый	0,81 – 1,03	0,12 – 0,25
Жылдамдығы орташа/ Среднебыстрый	0,65 – 0,80	0,26 – 0,37
Жылдамдығы орташа баяу/Среднемедленный	0,50 – 0,64	0,37 – 0,48
Баяу/медленный	0,34 – 0,49	0,49 – 0,61

Қорытынды/Заключение: _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)Ф.И.О. (при его наличии)врача:_____ __ Қолы/Подпись: _____ Күні/Дата: 20___ж. "____" _____ /"____" _____ 20___ж.

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) пациента:
_____
Туған күні/Дата рождения _____ж. "_____"_____ / "_____"_____г.

Перитонеалдық диализдің адекваттығын бағалау парағы/
Оценочный лист адекватности перитонеального диализа

Жасы/Возраст_____ Жынысы/Пол_____ Бойы/Рост_____см. Салмағы/Вес _____ кг _____г BSA _____$м^2$еTBW_____л.

ҚАН/КРОВЬ

Несепнәр/Мочевина ммоль/л	**Креатинин/Креатинин мкмоль/л**	**Глюкоза/Глюкоза ммоль/л**	**Альбумин/Альбумин г/л**

24 сағаттық несеп және диализат/Двадцатичетырехчасовая моча и диализат

	Несепнәр/Мочевина Ммоль/л	**Креатинин/Креатинин Мкмоль/л**	**Vol in ml**	**Vol out ml**	**Net vol ml**
диализат/ДИАЛИЗАТ					
несеп/МОЧА					

ПД-бағдарлама/ПД-программа: _____
_____
_____
_____
_____

Нәтижелер/Результаты:

modality	**CCl Total Norm L/week/ 1.73$м^2$**	**Total KT/V**	**Fluid removal L**	**eGFR ml/ min**	**Albumin g/dl**	**nPCR g/kg / day**	**BSA $м^2$**	**eTBW L**	**Transport type**	**4-hr CRT D/ P**	**Age**

Urea Clearance _____L/week Cr Clearance _____L/week

Residual Urea Clearance_____L/week Residual CrCl_____ L/week

Dialysate Urea Clearance_____L/week Dialysate CrCl_____L/week

Urea Generation Rate_____mg/min Cr Generation Rate_____mg/min

Normalized CrCl_____ L/week/1.73$м^2$

Өткізу күні/Датапроведения:20_____ж."_____"_____/ "___"_____ 20_____г.

Қорытынды/Заключение: _____

_____
_____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. врача (при наличии):_____
____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің*
Қосымша парағы
Вкладной лист
учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях*

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии))_____

Р/с № № п/п	**Күні Дата**	**Зерттеу түрі Вид исследования**	**Бір зерттеу үшін тиімді эквивалентті доза (м З в) Эффективно эквивалентная доза за одно исследование (м З в)**

Рентгенолог-дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) врача-рентгенолога) _____
__

қолы (подпись)

_____

*Парақ стационарлық (амбулаториялық) науқастың медициналық картасына немесе баланың даму тарихына жапсырылады (Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного (амбулаторного) больного или историю развития ребенка)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Зональдық реография
Зональная реография

20___ жылғы (года) "____" _____

Сырқатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (амбулаторной карты)

_____бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Диагнозы _____

_____

Желдету:
Вентиляция:

ОҢ ӨКПЕ (ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

СОЛ ӨКПЕ (ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

Қан жүруі:
Кровоток:

ОҢ ӨКПЕ (ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

СОЛ ӨКПЕ (ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

Қорытынды:
Заключение:

_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)
(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Пациенттің тексеріліп-қаралуға, амбулаториялық емдеуге, стационарлық емдеуге (керекті астын сызыңыз) Ақпараттық келісімі
Информированное согласие пациента
на обследование, амбулаторное лечение, стационарное лечение (нужное подчеркнуть)

Пациент: _____,

(пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) – толық жазу)/Ф.И.О. (при наличии) пациента – полностью)

Туған күні (Дата рождения): ____/____/_____ (туған күні, айы, жылы) (число, месяц, год рождения)

Келісім беремін (Даю свое согласие на проведение): өзіме/ балама/ туысыма/ қамқорыма (керекті астын
сызыңыз) (себе/ребенку/родственнику/подопечному (нужное подчеркнуть):

тексеріліп-қарауға (обследования в)

_____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

амбулаториялық емдеуге (амбулаторного лечения в)

_____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

стационарлық емдеуге (стационарного лечения в)

_____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

1. Мен өзімнің жағдайым (баланың, туыстың, қамқордың жағдайы) туралы, тексеріліп-қаралу, емдеу, емдеуге жатқызу қажеттілігі (керекті астын сызыңыз) туралы хабардармын. (Я информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника, подопечного), о необходимости обследования, лечения, госпитализации (нужное подчеркнуть).

2. Мен мемлекеттің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен тыс қосымша қызметтерді, дәрілік заттарды және медициналық мақсаттығы бұйымдарды жеке қаражат, ерікті сақтандыру немесе басқа рұқсат берілген көздердің есебінен ұсынылатындығы туралы ескертілдім. (Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения сверх гарантированного объема медицинской помощи государством, предоставляются за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных источников).

3. Маған түсінікті түрде тексеріліп-қаралудың және емдеудің мақсаты мен балама әдістері, сондай-ақ менің тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту себептерімнен мүмкін болатын салдар түсіндірілді. (Мне в доступной форме разъяснена цель и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения).

4. Мен диагноз және емдеу туралы балама пікір алу үшін басқа дәрігерге/ басқа ұйымға жүгіну құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении).

5. Маған денсаулыққа тәуекел келтіретін жағдайлар туралы хабарлағанда және ұсынылған әрекеттерден жазбаша бас тартуға қол қойып, тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве отказаться от обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств).

Мен (Я) _____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

(келесі медициналық араласуларды жүргізуге ерікті түрде келісім беремін (оперативті емдеу , қан және оның компоненттерін құю, медициналық араласуларға анестезиологиялық қамтамасыз ету

және басқа да емшаралар мен манипуляциялар)(даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства (переливание крови и ее компонентов, оперативное лечение, анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и других процедур и манипуляций)):

_____
_____
_____
_____
_____

6. Менің емімді менің емдеу дәрігерім үйлестіретінін білемін (Я знаю о том, что мое лечение координируется моим лечащим врачом).

7. Мендегі (баладағы, туыстағы, қамқордағы) бар және маған белгілі денсаулық проблемалары , аллергиялар, жақпайтын дәрі-дәрмектер, өткен немесе осы уақыттағы инфекциялық гепатиттің, туберкулездің, венерологиялық аурулардың (оның ішінде мерез және АИТВ-инфекциясы), сондай-ақ алгокольді асыра пайдалану және/ немесе есірткі препараттарына құмартушылық туралы дәрігерге хабарлау менің мүддемде екенін білемін. (Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам).

8. Менде (балада, туыста, қамқоршыда) (Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника , подопечного):

□

Аллергия жоқ (Нет аллергии)

□

(Есть аллергия на): _____ аллергия бар.

(қандай дәрі-дәрмекке, тағамға аллергия барын көрсету) (указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)

9. Дәрігердің ұсыныстарын бұзу, режімді сақтамау (Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима),

_____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

сондай-ақ денсаулықтың жағдайы туралы ақпаратты жасыру жергілікті, жалпы асқынуларға және қолайсыз жағдайларға әкелуі мүмкін екенін түсінемін (а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям).

10. Денсаулығыма қауіп келтіретін күтпеген асқынулар мен жағдайлар пайда болғанда, ол туралы маған хабарлаумен тексеріп-қарау, емдеу жоспарының тәсілін өзгертуге, сондай-ақ оны орындаудан бас тартуға келісім беремін (В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана обследования, лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом).

11. Денсаулық сақтаудың электрондық ақпараттық ресурстарын қалыптастыру мен пайдалану мақсатында пациент туралы кейіптенген мәліметтерді ұсынуға ерікті келісім беремін (Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения).

12. Менің (баланың, туыстың) денсаулық жағдайы, өткізілетін тексеріп-қарау мен емдеу, олардың нәтижелері туралы кез келген ақпаратты мына адамдарға хабарлауға рұқсат беремін (Любую информацию о состоянии моего (ребенка, родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, их результатах я разрешаю сообщать следующим лицам):

Хабарлауға рұқсат берген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О.(при наличии) лица, которому вы разрешаете сообщать о ходе лечения)	**Пациентке туыстық/ қарым-қатынас жақындығы (Родство/отношение к пациенту)**	**Телефон**

13. Егер пациенттің жасы 18-ден төмен болса, жоғарыда аталған телефондар бойынша жоғарыда аталған адамдардан мен болмаған жағдайда жоғары қауіпті емдеу және диагностикалық манипуляциялар жасауға қосымша келісім алуға рұқсат беремін (Если пациент младше 18 лет, даю разрешение получать дополнительные согласия на проведение лечебных и диагностических манипуляций высокого риска при моем отсутствии у вышеуказанных лиц по вышеуказанным телефонам): ИӘ (ДА) / ЖОҚ (НЕТ).

Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін (Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними).

Қолы (Подпись): _____ Мерзімі (Дата): ____/____/201 ж. (г.) Уақыты (Время): ___ с.(час) ___мин.

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса (Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента):

Т.А.Ә. (Ф.И.О.): _____Туыстық жақындығы (Степень родства): _____

Дәрігер (Врач): _____ _____ ____/____/201 ж. (г.) ___с. (час)___мин.

Тегі (фамилия) қолы (подпись) мерзімі (дата) уақыты (время)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

АПД картасы/ Карта АПД	**Пациенттің Т.А.Ә./Ф.И.О. пациента: _____ _____ _____** **Туған күні/Дата рождения 20_____ж/ "_____" _____ / "_____" _____ _____ _____г**																		
СНМК № /№ МКСБ_____ Диагноз/Диагноз:_____																			
Айы/Месяц:_____ 20___жыл/20___год			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Дианил_ тәуліктегі қапшықтар саны /количество мешков за сутки	1,36%	5,0 л																	
	2,27%	5,0 л																	
	3,86%	5,0 л																	
Физионил_ тәуліктегі қапшықтар саны/количество мешков за сутки	1,36%	2,0 л																	
	2,27%	2,0 л																	
Экстранил		2,0 л																	
Нутринил		2,0 л																	
АПД циклдарының саны/Количество циклов АПД																			
АПД жалпы уақыты/Общее время АПД																			
Жалпы қию көлемі/Общий объем залива																			
АПД-ны экспозициялау уақыты/Время экспозиции АПД (1 цикл/1 цикл)																			
АПД-дағы бір жолғы құйылыс көлемі/Объем разового залива на АПД																			
Бір жолғы күндізгі құйылым көлемі/Объем разового дневного залива																			
Бастапқы дренаждау көлемі/Объем начального дренирования																			
АПД-дағы УК/УФ на АПД																			

Жалпы УК/ (АПД+күндізгі құйылым)/Общая УФ (АПД+ дневной залив)																			
АПД-дан кейінгі таңғы "Таза" салмақ/"Сухой" вес утром после АПД (құйылған диализатсыз/без залитого диализата)																			
АД/АД	қосар алдында/ перед подключением (кеш/вечер)																		
	сөндірілгеннен кейін/после отключения (таң /утро)																		
Таңғы несептің жалпы көлемі/Общий объем мочи на утро (өткен тәулік үшін/за предыдущие сутки)																			
	Қолы/ Подпись м/с																		

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Физиотерапия бөлімшесінде (Бөлмесінде) емделуші науқастың картасы
Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (Кабинете)

_____

Стационарлық (амбул.) науқастың картасының (Карта стационарного (амбулаторного) больного)) №

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач)_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/ Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы: ер, әйел (Пол: мужской, женский) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

Науқас қай бөлімшеден (бөлмеден) жіберілді (Из какого отделения (кабинета) направлен больной)

_____

Диагнозы

_____

науқас физиотерапияға қандай ауруының салдарынан жіберілді,керекті астын сызыңыз.

(нужное подчеркнуть заболевание, по поводу которого больной направлен на физиотерапию)

_____

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

_____
_____

Ауру анамнезі (Анамнез заболевания) _____

_____
_____

Өмір анамнезі (Анамнез жизни) _____

_____
_____

Емшараны тағайындаған емдеуші дәрігер немесе физиотерапевт дәрігер (керекті астын сызыңыз) Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (нужное подчеркнуть)	**Күні Дата**	**Емшараның атауы Наименование процедуры**	**Саны Количество**	**Ұзақтығы Продолжительность**	**Мөлшері Дозировка**

Емшараның жүргізілу орны: бөлме, таңу бөлмесі, үйінде (керегін астын сызыңыз) (Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (нужное подчеркнуть))

Физиотерапиядан басқа тағайындалған емдеу түрлері (оның ішінде дәрі-дәрмекпен) (Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные)) _____
_____
_____

Эпикриз: _____

_____
_____
_____

Физиотерапевт – дәрігер (Врач-физиотерапевт) _____

Р/с № п/п	**Күні Дата**	**Емшараның атауы Наименование процедуры**	**Мөлшері Дозировка**	**Емшараныңұзақтығы Продолжительность процедуры**	**Мейіргердіңқолы Подпись медсестры**	**Басқа белгілер Прочие отметки**
1	2	3	4	5	6	7

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы
Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

1.Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

_____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: мужской, женский, (нужное подчеркнуть)

4.Науқасты жіберген бөлімше (Отделение, направившее больного) _____

5.Негізгі клиникалық диагнозы (Основной клинический диагноз) _____

_____

6.Науқас қандай ауру салдарынан ЕДШБ-не жіберілді (Заболевание, по поводу, которого больной направлен на ЛФК)
_____

7.Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

_____

8.Функциялық сынамалар: (Функциональные пробы):

Күні Дата	**Жүктегенге дейінДо нагрузки**			**Жүктегеннен кейін После нагрузки**		
	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание
1	2	3	4	5	6	7

9.Антропометриялық деректері* (Антропометрические данные*)

Күні Дата	**Бойы Рост**		**Салмағы Вес**	**Кеуде шеңбері Окружность грудной клетки**				**Спирометрия**	**Динамометрия**	
									қолмен ручная	
	Тұрғанда Стоя	Отырғанда Сидя		дем алғанда вдох	дем шығарғанда выдох	аралықта пауза	экскурсия		оң правая	сол левая
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Ескертпе: кеудені өлшеу, спирометрия өкпе сырқаттары болғанда жүргізіледі. Динамометрия, буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу артриттер болғанда жүргізіледі.

Примечание: измерение грудной клетки, спирометрия проводится при заболеваниях легких. Динамометрия, измерение объема движений по суставам проводится при артритах.

10. Буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу (Измерение объема движения по суставам)

Күні Дата	**Буын Сустав**	**Қозғалыс көлемі Объем движений**
1	2	3

11.Емдік дене шынықтыру дәрігерінің тағайындалымдары (Назначения врача Лечебная физическая культура) _____

_____
_____
_____

12. Емдік дене шынықтыру нұсқаушысының белгілері (Отметки инструктора Лечебная физическая культура)

_____
_____

Емдік дене шынықтыру емшараларының нәтижелерін есепке алу (Учет результатов процедур Лечебная физическая культура)

Күні Дата	Тамыр соғуы Пульс		Субъективті деректер Субъективные данные	Күні Дата	Тамыр соғуы Пульс		Субъективті деректер Субъективные данные
	шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий			шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннанкейін после занятий	
1	2	3	4	5	6	7	8

Дәрігердің қорытындысы (Заключение врача)

_____

_____

Дәрігердіңқолы (Подпись врача) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Дәрігер – ЕДШБ (Врач –ЛФК) _____

ЕДШ
Лист ЛФК

Қозғалу саласы (Двигательная сфера) _____

_____
_____
_____
_____

Гониометр деректері (Данные гониометра) _____

_____
_____
_____
_____

Тағайындалымдар (Назначения): _____

_____
_____

_____
_____

Дәрігер (Врач): _____

Емдеу нәтижесі (Результаты лечения): _____

_____
_____
_____
_____

Гониометр деректері (Данные гониометра): _____

_____
_____
_____
_____

№_____нысанға жапсырма парақ (Вкладной лист к форме №_____)

Тірек-қозғалыс аппараты бұзылған науқастың картасы

(Карта больного с нарушением опорно-двигательного аппарата)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

ТАПД картасы/Карта ПАПД												**Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. пациента (при наличи): _____ _____ _____** **Туған күні/Дата рождения 20_____ж/ "_____" _____ / "_____" _____ _____г**					
СНМК № /№ МКСБ_____ Диагноз/Диагноз:																		
Айы/Месяц:_____ 20_ __жыл/20 ___год			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Дианил тәуліктегі қапшықтар саны/	1,36%	5,0 л																
	2,27%																	

количество мешков за сутки		5,0 л															
	3,86%	5,0 л															
физионил тәуліктегі қапшықтар саны/ количество мешков за сутки	1,36%	2,0 л															
	2,27%	2,0 л															
Экстранил		2,0 л															
Нутринил		2,0 л															
Жалпы қию көлемі/Объем разового залива																	
Экспозициялау уақыты/Время экспозиции (1 цикл/1 цикл)																	
ТАПД –дағы UF/ UF на ПАПД																	
ТАПД-дан кейінгі таңғы "Таза" салмақ/"Сухой" вес утром после ПАПД																	
	Қалдық/ Остаток																
физионил тәуліктегі қапшықтар саны/ количество мешков за сутки	1,36%	2,0 л															
	2,27%	2,0 л															
Экстранил		2,0 л															
Миникап қалпақшасы/колпачок миникап																	
	Қолға берілді/ на руки выдано																
физионил тәуліктегі қапшықтар саны/ количество мешков за сутки	1,36%	2,0 л															
	2,27%	2,0 л															
Экстранил		2,0 л															
миникап қалпақшасы/колпачок миникап																	
	Талдаулар /Анализы																

Қанның жалпы талдауы/Общий анализ крови																	
Қанның биохимиялық талдауы/ Биохимический анализ крови																	

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі

Плазмаферез картасы

Карта плазмафереза

Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__жыл (год) "_____" _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) больного_____

Туған күні (Дата рождения) _____Жынысы (Пол) _____Салмағы (Вес) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ЖСН/ИИН_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны_____Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы_____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен плазмаферез курсына көрсетім бар (с целью иммунокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс плазмафереза)

Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента (ки) на проведение операции получено)

Тамырға жету (Сосудистый доступ)_____ _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия ((Инфузионно-трансфузионная терапия) _____

_____
_____

Гепариндеу (Гепаринизация) _____
_____

Операцияның хаттамасы
Протокол операции

№				
Күні (Дата)				
Эксфузия мл/кг				
Эритроциттік массасын реинфузия (Реинфузия эритроцитной массы)				
Плазма алмастыру (Плазмазамещение)				
Артериялық қан қысымы (Артериальное давление)				
Жүрек жиырылуының жиілігі (Частота сердечных сокращений)				
Орталық көктамыр қосымы (Центральное венозное давление)				
Бас сүйек қысымы (Черепное давление)				
PO2				
Дене қызуы				
Асқынулар (Осложнения)				

Қосымша орындалды (Дополнительно выполнено): _____

_____
_____
_____

Курс бойынша плазманың жалпы эксфузиясы (Общая эксфузия плазмы) (мл) за курс _____
__

Жалпы плазма алмастыру (Общее плазмозамещение) _____

Ұсынымдар (Рекомендации) _____

_____

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

Қолы (Подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
плазманы сүзгілеу
картасы
Карта
плазмофильтрации
Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

№_____

Гемосорбция (Гемосорбции)

Күні (Дата) 20__жылғы (года) "____" _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии) больного: _____
____

Туған күні (Дата рождения) _____, Жынысы (пол)_____, Салмағы (вес)_____
___

ЖСН/ИИН_____

Диагнозы: _____

_____

Гемосорбентті өңдеу (Обработка гемосорбента) _____

Плазманы сүзгілеу _____

Операцияның басталуы (Начало операции) _____

Операцияның аяқталуы (Конец операции) _____

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Премедикация _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия (Инфузионно-трансфузионная терапия): _____

_____

Гепариндеу (Гепаринизация): _____

Масса айырбастағыш құрылғы (Массообменное устройство) _____

көлем (объем) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____мл., АҚ көлемі (объем ЦК) _____
мл

есептік (расчетный)

Операция кезінде науқасқа енгізілді (Во время операции больному введено): _____

_____

Операция кезіндегі науқастың жағдайы (Во время операции состояние больного):

_____
_____
_____

ОВҚ (ЦВД)_____; АҚҚ (АД)_____; ЖЖС(ЧСС)_____

Асқынулары (Осложнения) _____

_____

Не істелді (Что сделано) _____

_____
_____

Дәрігер (Врач) _____

Операциялық мейіргер (Операционная медсестра) _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
(қанның ультракүлгін сәулелеуі, қанның лазерлік сәулелеуі)
картасы
карта
(ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)
Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жылға (года) "_____" _____күні (дата)

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) больного _____

Туған күні (Дата рождения) _____Жынысы (Пол) _____Салмағы (Вес) _____
_

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны _____Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы _____

_____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен ҚУКСС (ҚЛС) (ЛОК (УФО)) курсына көрсетім бар (С целью имуннокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс УФОК (ЛОК)) қан нөмірі (крови номер) _____. Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента (ки) на проведение операции получено)

Қанды фотомодификациялау уақыты (Время фотомодификации крови) _____
минуты (секунды)

Қанды лазермен сәулелеу (Лазерное облучение крови):

Қуаты (Мощность) _____Вт (кВт), толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды ультракүлгін сәулемен сәулелеу (Ультрафиолетовое облучение крови): қуаты (мощность) 8 Вт, толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды фотомодификациялау операциясының хаттамасы:
Протокол операции фотомодификации крови:

Күні (Дата), №							
Гепариндеу Гепаринизация							
Операцияның басталуы Начало операции							
Операцияның аяқталуы Конец операции							
Тамырға жету Сосудистый доступ							
Аппарат							
Науқастың жағдайы Состояние больного							
АҚҚ (АД)							
Тамыр соғысы (Пульс)							
Асқынулары (Осложнения)							

Операция кезінде вена арқылы немесе экстракорпоралды қосымша енгізілді (Во время операции дополнительно введено внутривенно или экстракорпорально):

_____
_____
_____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын есептеу картасы
Карта
учета процедур больного, лечащегося в кабинете иглорефлексотерапии

Тегі, аты, әкесінің аты ((болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
_

Сырқатнама № (№ истории болезни) _____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

Емдеу мерзімі (срок лечения с) _____ ___бастап (по)_____ 20_ жылға (
года) дейін

ДИАГНОЗЫ: негізгі ауруы (ДИАГНОЗ: основного заболевания) _____

_____

қосалқы ауруы (сопутствующего заболевания) _____

_____

Асқыну (Осложнение) _____

Шағымы: қысқаша анамнез, объективті зерттеулер деректері, бұрын қабылдаған емі және оның тиімділігі (Жалобы: краткий анамнез, данные объективного исследования, принятое ранее лечение и его эффективность)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Емдеу курсы: (Курс лечения): _____ Барлығы (Всего)_____процедуралар (процедур)

Барлығы (Всего)_____нүктелер (точек)

Күні Дата	Емшараның № № процедуры	Рефлексотерапияның түрі Вид рефлексотерапии	Әсер ету әдісі Метод воздействия	Нүктелер (аймақтар) Точки (зоны)	Науқастың жағдайы Состояние больного
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Емдеудің нәтижелері айтарлықтай жақсарды, жақсарды, өзгеріссіз, нашарлады) (Результаты лечения: значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение) _____ _____

_____

Дәрігер (Врач)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы/карта учета процедур гемодиализа

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым/Медицинская организация, наблюдающая больного _____ _____

01. ЖСН/ИНН ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

02. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

03.Тегі/Фамилия_____аты/имя_____ әкесінің аты/ отчество_____

04. Туған күні/Дата рождения: _____/_____/_____ (кк/аа/жжжж)/(дд/мм/гггг) 05. Жынысы/Пол:

□

ер/мужской;

□

әйел/женский

06. Ұлты/Национальность _____

07. Әлеуметтік мәртебесі/Социальный статус:

□

қызметші/служащий;

□

жұмысшы/рабочий;

□

ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

□

зейнеткер/пенсионер;

□

оқушы/учащийся;

□

үй шаруасындағы әйел/домохозяйка;

□

жеке еңбекпен айналысатын тұлға/лицо, занятое индивидуальным трудом;

□

дін қызметкері/служитель культа;

□

жұмыссыз/безработный;

□

өзге/иное.

08. Тұрақты мекенжайы/Адрес постоянного места жительства: пошталық индекс/почтовый индекс _____, обл. _____, аудан/р-он _____, елді мекен/населенный пункт _____, көше/улица_____, үй/дом № _____, пәтер/кв. №_____, тел._____

09. Тұрғын/Житель:

□

қалалық/города;

□

ауылдық/села

10. Жеңілдік алушылар санаты/Категория льготности:

□

ҰОСҚ/УВОВ;

□

ҰОСМ/ИВОВ;

□

интернационалист жауынгер/воин-интернационалист;

□

өзге/иное

11. Мүгедектік тобы/Группа инвалидности:

□

жоқ/нет;

□

I топ/гр.;

□

II топ/гр.;

□

III топ/гр.

12. Науқасты жолдаған ұйымның атауы/Название организации, направившей больного

_____
_____

13. Негізгі диагноз/Основной диагноз

_____
_____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

14. Фондық аурулар/Фоновые заболевания: _____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

15. Гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом: күні/число _____ айы/месяц ____ жылы/год _____

16. Аталған мекемеде гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом в данном учреждении:

күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

17. Аталған мекемеде гемодиализ емін тоқтату күні/ Дата прекращения лечения гемодиализом в данном учреждении: күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

18. Гемодиализ емін тоқтату себебі/Причина прекращения лечения гемодиализом:

□

трансплантация жасауға ауыстыру/перевод на трансплантацию;

□

басқа гемодиализ бөлімшесіне ауыстыру/перевод в другое отделение гемодиализа;

□

көшу/выезд;

□

қайтыс болу/смерть

□

өзге/прочее

01.

Тегі/Фамилия_____аты/имя_____

Әкесінің аты/отчество(болған жағдайда/при наличии)_____ _____

02. Өткізу мерзімі/Дата проведения: _____/_____/_____ кк/ аа/ жжжж (дд / мм / гггг)

03. Басталуы (уақыты)/Начало (время) ____:_____

04. Аяқталуы (уақыты)/Окончание (время) _____:_____

05. Гемодиализ № _____ Аппарат № _____

06. Диализатор үлгісі: ағыны төмен, ағыны жоғары/Тип диализатора: низко поточный, высоко поточный

Көлемі/размер _____$м^2$, өндіруші/производитель _____,

07. Гемодиализ: бикарбонатты/бикарбонатный

08. Ультрасүзгілеу бейіні/Профиль ультрафильтрации:

□

ОУФ (ИУФ);

□

УФ

□

Na

09. Тамыр арқылы жету әдісі/Сосудистый доступ):

□

А-V фистула;

□

протез;

□

катетер (уақытша, тұрақты) (временный, постоянный)

10. Антикоагулянт:

□

гепарин;

□

клексан;

□

фраксипарин

10.1 мөлшер/доза _____БІРЛІК/ЕД

10.2 тәсілі/способ

□

жалпы (общая);

□

мөлшерлі (дозированная);

□

өңірлік (региональная)

11. Қанағым жылдамдығы/Скорость кровотока _____мл/мин. Диализат ағынының жылдамдығы/ Скорость потока диализата _____мл/мин

12. ГД белгіленген уақыты/Назначенное время ГД _____ сағат (ч.) ГД тиімді уақыты/ Эффективное время ГД _____сағат (ч.)

13. Құрғақ салмағы/Сухой вес _____,

12.1 ГД дейінгі салмақ/вес до ГД _____,

12.2 ГД кейінгі салмақ/вес после ГД _____,

12.3 ультрасүзгілеу/ультрафильтрация _____

14. Артериялық қысым/Артериальное давление:

	Г Д дейін (До ГД)	**1 сағат (час)**	**2 сағат (час)**	**3 сағат (час)**	**4 сағат (час)**	**ГД кейін/после ГД**
АД						

15. Дәрілік препараттар/Лекарственные препараты

Препараттың атауы (Наименование препарата)	**Өлшем бірлігі (Ед. из.)**	**Саны (Количество)**

16. Техникалық асқынулар/Технические осложнения

_____

17. Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) лечащего врача:

_____

18. ГД мейіргерінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) медсестры ГД:

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

ГБО сеанстарын есепке алу картасы
карта учета сеансов ГБО

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____ ЖСН/ИИН_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____

_____

Қосалқы диагнозы (Диагноз сопутствующий) _____

_____

ГБО-ға көрсеткіштер (Показания к ГБО) _____

_____

Емдеу басталған күн (Дата начала лечения) _____

Емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения) _____

ГБО сеанстарының саны (Количество сеансов ГБО) _____

ГБО курстарының саны (Количество курсов ГБО) _____

Эпикриз (тиімділігі, аяқталуы, ГБО ерешелектері) (Эпикриз (эффективность, исход, особенности ГБО))

_____

_____

_____

_____

Асқынулар (Осложнения)_____

02 улану (02 Интоксикация) _____

Дәрігер (Врач)_____

Меңгеруші (Заведующий)_____

Сеанс № № сеанса Күні Дата	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Режімі Режим												
ГБО сеансының ұзақтығы Длительность сеанса ГБО												
Науқастың жағдайы Состояние больного												
АҚ АД												
РЗ ЧД												

Тамыр соғу жиілігі Частота пульса												

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Экстракорпоралдық гемокоррекцияның
картасы
Карта
экстракорпоральной гемокоррекции

Күні (Дата) 20___жылғы (года) "____" _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии) больного: _____

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____Жынысы (Пол) _____Салмағы (Вес) _____

Диагнозы: _____

Өңделетін плазманың көлемі (Объем обрабатываемой плазмы) _____мл

Гепариндеу (Гепаринизация) _____; НЭХО (NaCIO) _____

_____температурада криопреципитаттау (криопреципитация при температуре)

20___жылдан (года) "___" _____бастап (с), 20__ жылға (года) "__" ____дейін (по).

20__ жылғы (года) "____" _____ерітілді (разморожена), супернатант преципитаттан
стерильді бөлініп алынды, гемосорбентті колонка арқылы перфузияланды (супернатант стерильно отделен от преципитата, перфузирован через колонку с гемосорбентом) _____

Колонканың көлемі (Объем колонки): _____

Реинфузия үшін плазмосорбциядан кейінгі науқас плазмасының көлемі (Объем плазмы больного после плазмосорбции для реинфузии) _____

Асқынулар (Осложнения) _____

_____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____мл, АҚ көлемі (объем ЦК) _____
____мл

есептік (расчетный)

Не жасалды (Что сделано) _____

_____

_____

_____

Дәрігер (Врач) _____

Қолы (Подпись)_____

М.О. (болған жағдайда)
М.П. (при наличии)

Операциялық мейірбике (Операционная медсестра) _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Эхокардиографиялық тексеру
Картасы
Карта
эхокардиографического обследования

20__жылғы (года) "____" _____

_____

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жасы (Возраст)_____Салмағы (Вес)_____Дене аумағы (Поверхность тела) _____

Митраль қақпақшасы (Митральный клапан) _____

_____

_____

Қолқаның негіздемесі (Основание аорты) _____

Қолқа қақпақшасы (Аортальный клапан) _____

Үшжармалы қақпақша (Трикуспидальный клапан) _____

Өкпе артериясы (Легочная артерия) _____

Өкпе артериясының қақпақшасы (Клапан легочной артерии) _____

Сол жақ жүрекше. Диастола кезіндегі өлшемі (Левое предсердие. Размер в диастолу) _____

_____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Оң жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола кезіндегі өлшемі (Правый желудочек. Размер полости в диастолу)
_____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола соңындағы өлшемі (Левый желудочек. Конечно диастолический размер полости) _____

Қуыстың систола соңындағы өлшемі (Конечно-систолический размер полости) _____

Диастола көлемі (Диастолический объем) _____

Систола көлемі (Систолический объем) _____ Соғу көлемі (Ударный объем) _____

Аластау фракциясы (Фракция изгнания) _____

Диастола кезіндегі артқы қабырғаның қалыңдығы (Толщина задней стенки в диастолу) _____

Систола кезіндегі (В систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасының аластау уақыты (Время изгнания левого желудочка) _____

Қарынша аралық қалқа (Межжелудочковая перегородка) _____

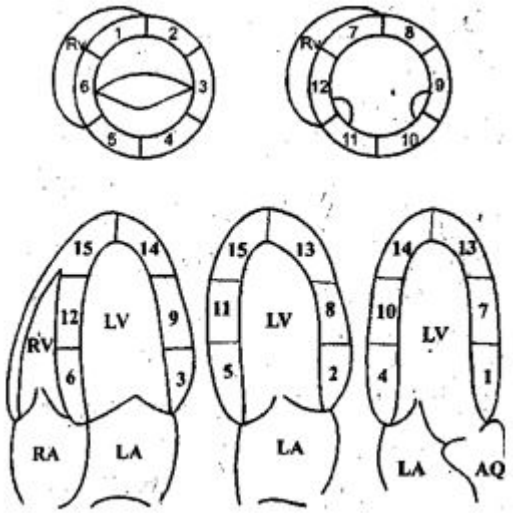
Жүрекқап сарысуының болуы (Наличие перикардиального выпота) _____

Эхокардиограмманың қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности эхокардиограммы) _____
_____
_____
_____

Сегменттер бойынша жергілікті жиырылғыштығы (Локальная сократимость по сегментам):

1) Базалық алдыңғы-қалқалық (Базальный передне-перегородочный) 2) Базалық алдыңғы (Базальный передний) 3) Базалық алдыңғы-қапталдық (Базальный передне-боковой) 4) Базалық артқы –қапталдық (Базальный задне-боковой) 5) Артқы базалық (Базальный задний) 6) Базалық артқы-қалқалық (Базальный задне-перегородочный) 7) Ортаңғы алдыңғы-қалқалық	9) Ортаңғы алдыңғы - қапталдық (Средний передне - боковой) 10) Ортаңғы артқы - қапталдық (Средний задне - боковой) 11) Ортаңғы артқы (Средний задний) 12) Ортаңғы артқы - қалқалық (Средний задне - перегородочный) 13) Алдыңғы – ұштық (Передне - верхушечный) 14) Ұштық-қапталдық (Верхушечный боковой) 15) Ұшттық артқа (Верхушечный задний)

(Средний передне-перегородочный) 8) Ортаңғы алдыңғы (Средний передний)	16) Қалқалық –ұшттық (Перегородочно - верхушечный)



Қорытынды (Заключение)_____

_____

_____

_____

_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

* Ескертпе (Примечание):

II. Алдыңғы қалқа – передняя перегородка

Алдыңғы қабырға – передняя стенка

Төменгі қабырға – нижня стенка

Артқы қабырға – задняя стенка

Бүйірлік қабырға – латеральная стенка

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша

	парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Қуық асты безін тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное исследование предстательной железы

№ _____ 20____жыл (год) "____" _____
_

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)_____ _____

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА) _____нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) PHI _____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері
Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое нужное подчеркнуть):

· түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),

· түйіндер (узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),

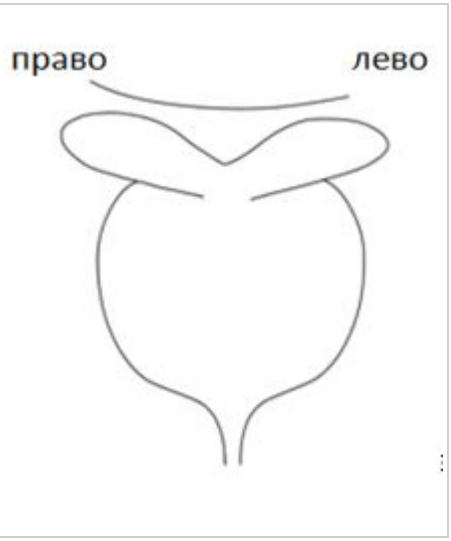
· түйіндер (узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы) / қуық безінің түгел ұлғайуы (увеличение всей железы),

· Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы) жумсақ(мягкая)/қиыршықты(каменистая),

· Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)

• Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы) тегіс (ровная) / тегіс емес(бугристая)

• Қуық безінің жоғарғы шекаралары саусаққа (верхняя граница предстательной железы для пальца) қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются) Иә (Да)/Жоқ (Нет) **Зарарсыз (Доброкачественное): Иә (Да)/Жоқ (Нет)** **Түзіліс оқшауланған орын: (Локализация образования): _____** **Күдікті (Сомнительное):** **Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева; Двустороннее)** **Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес): _____г** **Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т после пальцевого ректального исследовани): _____** **Ескертулер (Замечания): _____** **_____**	

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликардиография)
Фазовый анализ сердечной деятельности (поликардиография)

Т.А.Ә./ (болған жағдайда) Ф.И.О.(при наличии) _____ _____ _____ _____ Туған күні (Дата рождения) _____ _____ _____ Жынысы (Пол)_____ Салмағы (Вес)_____Бойы (Рост)_____ Бөлімше (Отделение) _____ _____ Сырқатнама № (№ истории болезни) _____ _____ Зерттеу күні (Дата исследования) _____ _____ Диагнозы _____	Гемодинамика фазаларының атаулары мен көрсеткіштері Наименование фаз и показателей гемодинамики	Қалыптылығы Размерность (секунды)	Рауаны тербелістер шегі Пределы допустимых колебаний	Іс жүзіндегі деректер Фактические данные
	R - R	сек.		
	АС	-"-	0,04 – 0.07	
	ИС	-"-	0,02 – 0,05	
	ПН	-"-	0,06 – 0,11	
	ПИ	-"-	0,21 – 0,30	

_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Қорытынды (Заключение): _____ _____ _ _____ _____ _ _____ _____ _ _____ _____	So	-"-	0,29 – 0,35	
	Sm	-"-	0,23 – 0,34	
	КБ	-"-	2,5 – 4,5	
	ВСП	%	85-94	
	ИНМ	%	20-29	
	VI	мм сын.бағ./ сек. (мм рт.ст./сек.)	1500 - 4500	
	Ve	мл /сек.	200 - 500	
	ВИМО	сек.	15-21	

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

қолы (подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы
Протокол велоэргометрического исследования

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____

Туған күні _____ жасы_____ жынысы_____

(Дата рождения) (возраст) (пол)

ЖСН/ИИН_____

Зерттелген күні_____ бөлімшесі _____

(Дата исследования) (отделение)

Сырқатнама №_____

(№ истории болезни)

Диагнозы _____

(Диагноз)

Коронарография _____

(Коронарография)

	ЖЖС (ЧСС)	**Қан қысымы (Артериальное давление)**	**Ескертпе (Примечание)**
Қалыпты жағдайы (В покое)			
Жүктеме кезінде (При нагрузке)			
1,6-10вт-60кгм			
4,0-25вт-150кгм			
8,0 50 300			
12,0 75 450			
16,0 100 600			
20,0 125 750			
24,0 150 900			
28,0 175 1050			
32,0 200 1200			
48,0 300 1800			
64,0 400 2400			

ДП: Макс ЧСС х Макс САД

_____ = ш. б. оттектегі мұқтаждылығы (потребность в кислороде)

100

Жүктеме келесі себептермен тоқтатылды _____

(Нагрузка прекращена в связи)

_____
_____
_____

Қалпына келу кезеңі _____

(Период восстановления)

_____
_____
_____
_____
_____

Қорытынды _____

(Заключение)

_____
_____

Дәрігер(Врач)_____

Қолы (Подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Емшек бездерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования грудных желез

№_____ 20___жылғы (года) "____" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии)_____

Туған күні (Дата рождения) _____Жасы (Возраст)_____

ЖСН/ИИН_____ Сол жақ сүт безі (Левая молочная железа) Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)).	

Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена)) _____ _____ _____ Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, гландулалық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, гландулярная)) _____ _____ _____ Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) _____ _____ _____ Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков) _____ _____ _____ Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____ _____ _____ _____ _____ Қорытынды (Заключение): _____ _____ _____ _____ Қолы (Подпись)_____	Он жақ сүт безі (Правая молочная железа) Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)) Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена)) _____ _____ _____ Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, гландулалық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, гландулярная)) _____ _____ _____ Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) _____ _____ _____ Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков) _____ _____ _____ Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____ _____ _____ _____ _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Телемедициналық консультация өткізу
Хаттамасы
Протокол
проведения телемедицинской консультации
№_____
20___ жылғы (года) "____" _____

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, ЖСН (фамилия, имя, отчество пациента, ИИН)

_____

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН/ИИН_____

медициналық картасының № (№ медицинской карты) _____

Жолдаманың нөмірі (Номер направления) _____

Телемедициналық консультацияға жіберілген жолдаманың күні (Дата выдачи направления на телемедицинскую консультацию) _____

Пациенттің келген күні (Дата обращения пациента) _____

Өтінімнің нөмірі (Номер заявки) _____

Өтінім берілген күн (Дата подачи заявки) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), өтінімді жасаған дәрігердің мамандығы/Ф.И.О. (при наличии),
специальность врача подавшего заявку) _____

Өтінімді жасаған дәрігердің медициналық ұйымы (Медицинская организация врача подавшего заявку)
_____

Алдын ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз) _____

_____

АХЖ-10 (МКБ-10)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги (тарификатор))

Қызмет код (Код услуги)	**Қызметтің атауы (Наименование услуги)**
1	2

Консультанттың өтінімді қарау күні (Дата рассмотрения заявки консультантом) _____

Дәрігер-консультанттың медициналық ұйымы (Медицинская организация врача-консультанта)
_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), дәрігер-консультанттың мамандығы/Ф.И.О. (при наличии), специальность врача-консультанта)
_____

Өтінімдіқарау нәтижелері (Результаты рассмотрения заявки) _____

Бас тарту себептері (Причина отказа)_____

_____

Телемедициналық консультацияны өткізу күні мен уақыты (Дата и время проведения телемедицинской
консультации) _____

Консультанттың ұйғарымы (Заключение консультанта)

_____
_____

Тіркелген медициналық құжаттар (Прикрепленные медицинские документы)

№ п/п	Тіркелген құжаттардың атауы (Наименование прикрепленного документа)	Өтінімге құжаттарды тіркеген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача, прикрепившего документ к заявке)
1	2	3

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)

20 __ жыл (год) "___" _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында жүргізілді

(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. беременной (при наличии)_____

жасы (возраст) _____

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктіліктің I-ші триместріндегі (10-14 апта) ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (протокол ультразвукового обследования в I триместре беременности (10 - 14 недель)

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (недель)_____ күн (день)

Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20 __ жыл (год) "___" _____

Зерттеу түрі: трансабдоминалдық, трансвагиналдық (керекті астын сызыңыз)

(Вид исследования: трансабдоминальный, трансвагинальный (нужное подчеркнуть))

Жатыр қуысында (В полости матки визуализируется) _____ ұрық көрінеді (плод)

Сегізкөз-бел өлшемі _____ мм, етеккір мерзіміне сәйкес, сәйкес емес (КТР соответствует, не соответствует менструальному сроку)

Ұрықтың жүрек соғысының жиілігі (частота сердечных сокращений плода) _____ 1 минуттағы соғуы (ударов в 1 минуту)

Жаға кеңістігінің қалыңдығы (Толщина воротникового пространства) ____мм

Ұрықтың мұрын сүйектерінің ұзындығы (Длина носовых костей плода) _____мм

Ұрықтың анатомиясы (Анатомия плода)

Бассүйек күмбезінің сүйектері (Кости свода черепа) _____

"Көбелек" ("Бабочка") _____ Асқазан (Желудок)_____

Алдыңғы іш қуысы (Передняя брюшная стенка) _____

Қуық (Мочевой пузырь) _____

Омыртқа (Позвоночник) _____

Аяқ-қолдары (Конечности)_____

Сарыуыз қабының орталық ішкі диаметрі (СВД желточного мешка) _____ мм

Хорионның ерекше орналасуы: жатырдың алдыңғы, артқы, оң, сол қабырғалары, түбі, ішкі аңқа жанында (керекті астын сызыңыз)

(Преимущественная локализация хориона: передняя, задняя, правая, левая, боковая стенка, дно матки, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть)

Хорион құрылымы: өзгермеген, өзгерген (Структура хориона: не изменена, изменена (нужное подчеркнуть))

Жатыр қосалқыларының ерекшеліктері (Особенности придатков матки): _____

_____

Жатыр құрылысының ерекшеліктері (Особенности строения матки): _____

_____

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (Визуализация: удовлетворительная, затруднена)

Ерекшеліктері (Особенности): _____

_____

Ұйғарым (Заключение): _____

_____
_____

Ұсыныстар (Рекомендации): _____

_____

Ультрадыбыстық бақылау (Ультразвуковой контроль в) _____ аптада (недель)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. врача (при наличии)_____ қолы (подпись)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы (Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности)

20 __ жыл (год) "___" _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында жүргізілді (исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. беременной (при наличии)_____ _____ жасы (возраст) _____ лет

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (неделя)_____ күн (день)

Басымен/жамбасымен _____жатқан тірі ұрық(тар) бар (керекті астын сызыңыз)

Имеется живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании (нужное подчеркнуть)

Фетометрия:

Бастың бипариеталдық өлшемі _____ мм Бас шеңберінің өлшемі ____ мм

Бипариетальный размер головы Окружность головы

Маңдай-шүйде өлшемі _____ мм Іш шеңберінің өлшемі __ мм

Лобно-затылочный размер Диаметр/окружность живота

Жамбас сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина бедренной кости: левой правой

Тізе сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина кости голени: левой правой

Иық сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина плечевой кости: левой правой

Білек сүйектерінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина костей предплечья: левой правой

Ұрықтың ұзындығы: _____ аптаға сәйкес

Размеры плода: соответствуют неделям

Пропорционалды емес және жүктілік мерзімін анықтауға мүмкіндік бермейді (непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности)

Ұрық анатомиясы (анатомия плода):

Мидың бүйірлік қарыншалары _____ Мишық _____

Боковые желудочки мозга Мозжечок

Үлкен цистерна _____ Көз шарасы _____

Большая цистерна Глазницы

Беттік құрылым: бейін _____ Өкпе _____

Лицевые структуры: бейін Легкие

Мұрын-ерін үштігі _____ Асқазан _____

Носогубной треугольник Желудок

Омыртқа _____ Қуық _____

Позвоночник Мочевой пузырь

4-камералық жүрек кескіні _____ Өт қабы _____

4-камерный срез сердца Желчный пузырь

3 қантамырлық арқылы жүрек кескіні _____

Срез сердца через 3 сосуда

Ішектер (Кишечник) _____

Бүйрек (Почки) _____

Алдынғы құрсақ қабырғасына кіндіктің бекуі _____

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке

Бала жолдасы, кіндік, қағанақ суы (плацента, пуповина, околоплодные воды):

Бала жолдасы жатырдың алдыңғы, артқы қабырғасында орналасқан, көбірек оң/ сол, түбінде __ __ см ішкі ернеуден жоғары, ішкі ернеудің аймаймағы (керекті астын сызыңыз).

(Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева, в дне на___ см выше внутреннего зева, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының калыңдығы: қалыпты, ____ мм – ге дейін кішірейген, үлкейген (керекті астын сызыңыз)

Толщина плаценты: ____ мм - нормальная, уменьшена, увеличена (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының құрылымы _____ Жетілу дәрежелері _____, жүктіліктің мерзіміне сәйкес/ сәйкес емес (керекті астын сызыңыз)

Структура плаценты_____. Степень зрелости соответствует/не соответствует (нужное подчеркнуть) сроку беременности.

Қағанақ суының мөлшері: қалыпты, көпсулылық/су аздық (керекті астын сызыңыз)

(Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие) (нужное подчеркнуть).

Амниотикалық суықтықтың индексі _____ сантиметров

Индекс амниотической жидкости

Кіндік бауының _____ қан тамыры бар. Пуповина имеет _____ сосуда

Туа біткен даму ақаулары: деректер анықталмады (керекті астын сызыңыз)

Врожденные пороки развития: данных не обнаружено (нужное подчеркнуть).

Анықталды _____

Обнаружены

Жатырдың мойны және қабырғасы: құрылымының ерекшеліктері

Шейка и стенки матки: особенности строения

Аналық безінің аймағы _____

Область придатков

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (керекті астын сызыңыз)

Визуализация: удовлетворительная/затруднена (нужное подчеркнуть).

Ұйғарым: _____

Заключение:

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____ қолы _____

Ф.И.О. врача (при наличии) подпись

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

ӨаЭФЗ -өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу Хаттамасы
Протокол
ЧпЭФИ – чрезпищеводного электрофизиологического исследования
№_____

Күні (Дата) "____" _____20___ жылғы (года).

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии) _____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____Дене салмағы (Масса тела)_____кг.

Диагнозы (Диагноз): _____

_____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

ӨаЭФЗ параметрлер: 9,5 мс импульсінің ұзақтығы, деңгейлі амплитуда (Параметры ЧпЭС: длительность импульса 9,5 мс; амплитуда пороговая)_____в,

қалыпты (рабочая)_____в, эл-дтің қойылу тереңдігі (глубина установки эл-да)_____см.

	Қалыпты, мс Норма, мс	**Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов**	**Вегетативтік блокададан кейін После вегетативной блокады**	
			атропин мг.	атропин мг + обзидан мг
ЖЖЖ 1 минутта ЧСС в 1 минуту				
ЖОЦ ССЦ. мс				
1.Синус торабының функциясы СТФҚКУ Функция синусового узла ВВФСУ, мс	до 1400			
СТФҚКТУ КВВФСУ, мс	до 525			
2.Өткізгіштігі Проводимость ВСАП, мс	до 206			
АВ Венкебах нүктесі (точка Венкебаха)	130-180 в 1 минуту			
ЭРП АВ - қосылымның (ЭРП АВ-соединения)				
Қарыншалардың ерте қозу с-мы С-м предвозбуждения желудочка				
ЭРП Қосымша антероградтың жолдың (антероградного доп. пути)				

3.Тахиаритмияларды зерттеу **Изучение тахиаритмий**	**Дәрілік заттарды енгізгенге дейін** **До введения медикаментов**	**В/а енгізгеннен кейін** **После введения в/в**		
		мг	мг	мг
Тахиаритмия формасы Форма тахиаритмий				
1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту				
В-А, мс				
Тахикардия "терезесі" "Окно" тахикардии				
Тоқтату ӨаЭС Купирующая ЧпЭС				

4.ЖИА-ын диагностикалауға арналған жүктеме тесті (Нагрузочный тест для диагностики ИБС):

1 минуттағы ӨаЭС жиілігі **Частота ЧпЭС** **в 1 минуту**	**АҚҚ** **АД**	**Стенокардия деңгейі Порог стенокардии**				**Ескертпе** **Примечание**
		Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикамента	Қабылдағаннан кейін После приема			
			мг/с	мг/с	мг/с	
100						
110						
120						
130						
140						
150						
160						

5.Асқынулар (Осложнения):

Қорытынды (Заключение): _____

_____
_____

Нұсқаулар (Рекомендации): _____

_____
_____
_____

Дәрігер (Врач): _____ қолы (подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Реография

20___ жылғы (года) “____” _____

Сырқатнама (амбулаториялық картасы) №_____ (№ истории болезни (амбулаторной карты) _____бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН_____

Диагнозы _____

_____

QRЕЛ_____ Е жүйе. (сис.) _____

Е жылдам (Е быст). _____RR_____

Баяу Е (Е медл) _____ИНМ _____

Е макс. _____Ag|Fd_____

Шығарылу Е (Е изгн). _____УО_____

_____ Pg

_____ МОК

Қорытынды:
Заключение:

_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии)

Қолы (Подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Спирография*

20__ жыл "_____" _____

Амбулаториялық картаның № /№ _____амбулаторной карты

Медициналық картаның № / № _____ медицинской карты

Бөлімше (Отделение)_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) /Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____
__

Жынысы (Пол)_____

Туған күні (Дата рождения) _____

ӨӨК (ЖЕЛ)_____

ӨЖЖШ (МВЛ) _____

ӨЖӨК (ФЖЕЛ) _____

О2 ПК (КИ О2) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: (ФКК 1/ӨӨК) (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

ПСВ _____

Зерттеу жүргізілгенге дейінгі 24 ішінде пациент қабылдаған дәрілік препараттар (Принятые пациентом медикаментозные препараты за 24 часа до обследования) _____

_____

Реверсивтік тестілеуден кейін (После реверсивного теста) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: ФКК 1/ӨӨК (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

Қорытынды/Заключение

_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

Қолы (Подпись)_____

* Қоса берілген "Көлем-уақыт" және "ағын-көлем" өзектеріндегі тыныс алу (демді ішке тарту - шығару) үдерісінің графикалық көрінісінсіз жарамсыз

(Недействительна без приложенного графического отображения процесса дыхания (вдоха и выдоха) в осях "объем-время" и поток-объем")

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование беременной

№_____ 20__жылғы (года) "___" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН_____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Жағдайы (Положение) _____

Алдында жатқан (Предлежит) _____

Позициясы (Позиция) _____БПР_____

_____мм_____апта (недель)

Кеудесі (Грудь)_____мм

Іш қуысының диаметрі (Диаметр брюшной полости) _____мм.

Саны (Бедро)_____мм_____апта (недель)

Ұрықтың ағзасы (Органы плода): миы (мозг)_____

Жүрегі (Сердце)_____

Бауыры (Печень) _____

Іш қуысы (Брюшная полость) _____

Ұрықтың жүрек қызметі (Сердечная деятельность) плода _____

Ұрықтың қимылдық белсенділігі (Двигательная активность плода) _____

Бала жолдасының орнығуы (Локализация плаценты) _____

Бала жолдасының төменгі шеті (Нижний край плаценты на)_____см. ая (лоно), ішкі аңқа деңгейінен биік (выше уровня лона, внутреннего зева)

Бала жолдасының қалыңдығы (Толщина плаценты) _____см.

Бала жолдасының құрылымы (Структура плаценты) _____

Ұрық маңы суларының мөлшері (Количество околоплодных вод) _____

Қорытынды мен нұсқаулар (Заключения и рекомендации): _____

_____
_____

Дәрігер (Врач)_____Қолы (Подпись) _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Ультрадыбыстық тексеру
(жатыр, жатыр мойыны, аналық без)
Ультразвуковое исследование
(матки, шейки матки, яичника)

№_____ 20__жылғы (года) "_____" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Жатыр ортаңғы жағдайда ауытқыған: (Матка в срединном положении отклонена): артқа, алдыға, оңға, солға (кзади, кпереди, вправо, влево) _____
_

_____

Контурлары (Контуры): айқын, айқын емес, тегіс, тегіс емес (четкие, нечеткие, ровные, неровные).

Өлшемдері (Размеры): ұзындығы (длина)_____мм, алғы-арқы (передне-задний) _____мм, көлденеңі (ширина) _____мм

Жатырдың құрылымы (Структура матки) _____

_____
_____
_____
_____

Қуыс пішіні бұзылған, бұзылмаған (Полость деформирована, не деформирована) _____

_____

М-эхо _____мм. Етеккір циклының күні (День менструального цикла) _____

_____

Эндометрий жаңғырығы (Отражение от эндометрия): орташа, бәсеңдеген, күшейген (среднее, снижено, усилено)

Жатыр мойнының өлшемдері (Размеры шейки матки: длина) _____мм, алғы-артқы (передне-задний)_____мм, көлденеңі (ширина)_____мм

Құрылымы (Структура) _____

Жатыр мойнының өзегі (Цервикальный канал) _____

Оң жақ аналық без (Правый яичник): өлшемдері (размеры) _____мм, құрылымы (структура) _____

_____
_____

Сол жақ аналық без (Левый яичник): өлшемдері (размеры) _____мм, құрылымы (структура) _____

_____
_____

Ерекшеліктері (Особенности) _____

_____
_____

Қорытынды, нұсқаулар (Заключение, рекомендации)

_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись): _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Қуықты ультрадыбыстық зертеу
Ультразвуковое исследование мочевого пузыря
№ _____

20___жылғы (года) "_____" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии)_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол)_____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз) предварительный _____

Зертеу деректері

Данные исследования

Пішіні: овал, үшбұрыш тәрізді (Форма: овала, треугольника) _____

Өлшемдері (Размеры) _____

Орналасуы (Положение) _____

Контуры: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес, (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Қабырғасының қалындығы (Толщина стенки) _____см

Ішіндегі зат: гомогенді, гомогенді емес, тұнба (Содержимое: гомогенное, негомогенное, осадок)

Конкременттер (Конкременты) _____

_____
_____
_____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

_____
_____

Қорытынды (Заключение):

_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_ Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Ішперде қуысын, бүйректерді, бүйрекбезді және ішперде артындағы кеңістікті (бауыр, өтқалта, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер, бүйрекбездер, зәрағар, ішперде аортасы және оның тармақтары, төменгі қуыс вена және оның ағыны) ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, надпочечников и забрюшинного пространства (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки, надпочечники, мочеточники, брюшная аорта и ее ветви, нижняя полая вена и ее притоки)

№_____ 20____ жылғы (года) "_____" _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____(Жынысы) Пол_____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері Данные исследования

1. Бауыр (Печень) оң бөлігі, биіктігі (правая доля высота) ____ см қалындығы (толщина)____см

сол бөлігі, биіктігі (левая доля высота) _____см қалындығы (толщина)_____см

Бауырдың контуры (Контуры печени) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

Бауыріші өт жолдары (Внутрипеченочные желчные пртоки) _____

Қақпақша тамыр (Портальная вена) _____

2.Өтқалтасы (Желчный пузырь) _____

Пішіні (Форма)_____Өлшемдері (Размеры)_____

Қаптың қабырғасы (Стенка пузыря) _____

Қаптың қуысында (В полости пузыря) _____

Жалпы өт жолы (Общий желчный проток) _____

3. Ұйқыбезі (Поджелудочная железа) _____

Басының өлшемдері (Размеры головки) __ (N 1,8 – 2,6), денесі (тела)__(N0,6 – 1,6), құйрығы (хвост)___(N 1,6 – 2,0)

Бездің контурлары (Контуры железа) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

Вирсунг өзегі (Вирсунгов проток) _____

Көкбауыр венасы (Селезеночная вена) _____

Оның диаметрі (Ее диаметр) _____

4. Көкбауыр (Селезенка) _____

Көкбауыр ауданы (Площадь селзенки) _____ (N 40 ш.см. артық емес (не более 40 кв. см.))

Көкбауыр контуры (Контур селезенки) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

5. Бүйректер (Почки) _____

Оң бүйректің өлшемдері (Правая почка размером) _____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) _____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) _____

Сол бүйректің өлшемдері (Левая почка размером) _____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) _____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) _____

6. Бүйрекбездер (Надпочечники): Оң бүйрекбезі (Правый надпочечник) _____

Сол бүйрекбезі (Левый надпочечник) _____

7. Төменгі қуыс вена және оның ағыны (Нижняя полая вена и ее притоки) _____

8. Ішперде аортасы және оның тармақтары (Брюшная аорта и ее ветви) _____

УДЗ бойынша қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности по УЗИ) _____

_____

Қорытынды

(Заключение): _____
_____

Дәрігер (Врач)_ Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20____жыл (год) "____" _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная) _____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая)
_____

Өлшемдері (Размеры) _____

Контуры: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)
_____

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоэхогенді (Структура внутренней части: гиперэхогенная,
гипоэхогенная)

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоэхогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части:
средней эхогенности, гипоэхогенная, гиперэхогенная) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

_____
_____
_____
_____

Қорытынды (Заключение):

_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование щитовидной железы

№ _____ 20__ жыл (год) "____"_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____Жасы (Возраст)_____Пол (Жынысы)_____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері
Данные исследования

Контурлары (Контуры) _____

Серпімділігі (Эластичность) _____

Пішіні (Форма) _____Мойнақ (Перешеек) _____

Оң жақ бөлігі (Правая доля) _____

_____
_____

Сол жақ бөлігі (Левая доля) _____

_____
_____
_____
_____

Қорытынды (Заключение) _____

_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) қолы (подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Фонокардиограмма № **Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) / Фамилия, имя, отчество(при наличии)_____** **ЖСН/ИИН _____** **Туған күні (Дата рождения) _____** **Жынысы (Пол)_____** **Салмағы (Вес)__**	**ар** **оборотна** Зерттеу нәтижелері Результаты исследования Q – I дыбыс (тон): _____ I дыбыс (тон): _____ II дыбыс (тон): _____ III дыбыс (тон): _____ Ашылу тырсылы (Щелчок открытия) _____ Митраль қақпақшасы (митрального клапана): _____ Перикардиалдық дыбыс (Перикардиальный тон): _____ Басқа дыбыстар (Другие тоны): _____ _____

Шуылдар Шумы	Нысаны Форма	Ұзақтығы Продолжительность	Эпицентр	Амплитуда	Жиіліктігі Частотность	Ды б С

_____
Бойы (Рост)_____
_____
20__жылға (года) "____" _____
_____
Бөлімше (Отделение)_____
_____
зерттеу күні (дата исследования)__
_____
Учаскесі № (Участок№) _____
____
Сырқатнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или амбулаторной карты) _____
_____
_____
_____
__
Диагнозы (диагноз) _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Фонокардиограмма бойынша қорытынды (Заключение по фонокардиограмме) №___
Дәрігер (Врач)_
_____
_____
_____
_____
Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

Систолалық Систолический						
Диастолалық Диастолический						
Систоло-диастолалық Систоло-диастолический						
Перикард үйкелісі Трения перикарда						
Басқа шуылдар Другие шумы						

қолы (подпись)_ _____	Зерттеуді жүргізген (Исследование проводил) _____ Т.А.Ә., қолы (Ф.И.О., подпись)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу
Функциональное исследование периферических сосудов

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при наличии)

_____

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН_____

Диагнозы_____

_____
_____

Зерттеу күні (Дата исследования): 20___ жылғы (года) "____" _____

1.Реография

	Амплитуда		**Индекс**		**Асимметрия коэффициенті Коэффициент асимметрии**
	оң правый	сол левый	оң правый	сол левый	
Табандар Стопы					
Балтырлар Голени					
Сандар Бедра					
Саусақтар Кисти					
Білектер Предплечья					
Иықтар Плечи					

2.Көлемдік сфигмография (Объемная сфигмография)

	АГП		**Көтеру уақыты Время подъема**	
	оң правый	Сол Левый	оң правый	сол левый
Балтырдың т/з Н/з голени				
Балтырдың ж/з В/з голени				
Санның о/з Ср/з бедра				
Білектің т/з Н/з предплечья				
Білектің ж/з В/з предплечья				
Иықтың о/з Ср/з плеча				

3.Капилляроскопия

Зерттеу орны, жалпы көрінуі, негізгі түсі, капиллярлық тордың қоюлығы, орналасуы және капиллярлар пішіні. Анастомоздар, субкапиллярлық өрімдер. Қан жүруі.

(Место исследования, общая видимость, фон, густота капиллярной сети, расположение и форма капилляров. Анастомозы, субкапиллярные сплетения. Ток крови)

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ): _____

_____
_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Электрокардиограмма №

Тегі, аты, әкесінің аты

(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при наличии)

_____

ЖСН/ИИН_____

Ұлты (Национальность)_____ Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол)_____Салмағы (Вес)_____Бойы (Рост)_____

АҚҚ (АД) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс орны (мекенжайы) Место работы (адрес) _____

_____

Бөлімше, участке (Отделение, участок) _____

Сырқатнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или амбулаторной карты) _____

Зерттеу күні (Дата исследования) _____

Диагнозы _____

_____
_____

P – Q = сек.
Q R S = сек.
QRST (Q – T) = сек.
R – R= сек.
RI : RII:RIII=
RaVF:SaVF=
ЖСС (ЧСС)=
Патологиялық тістердің сипаттамасы (Описание патологических зубцов): _____
_____
_____
_____
_____
_____
Қорытынды (Заключение): _____

Ырғақ (Ритм) _____
ЖЭО (ЭОС) _____
Гипертрофия _____
Коронарлық патология (Коронарная патология) _____
Блокадалар (Блокады) _____
Басқа өзгерістер (Другие изменения) _____
Дәрігер (Врач)_____
Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)
қолы (подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Электроэнцефалография

20____ жыл (год) "___" _____

Тегі, аты, әкесінің аты

(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии)

_____

Жасы (Возраст)_____ ЖСН/ИИН_____

Диагнозы_____
_____

ЭЭГ негізгі түсі (Фоновая ЭЭГ) _____

_____
_____

Фотостимуляция_____
_____
_____

Гипервентиляция_____
_____

Қорытынды (Заключение):

_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

қолы (подпись)_____

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Эхоэнцефалография
20_____ жылғы (года) "_____" _____

Сырқатнама немесе амбулаториялық картаның № (Истории болезни или амбулаторной карты) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии))_____

_____ Жынысы (Пол)_____

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН/ИИН_____

Мидың орта құрылымдарының ауытқуы (бар, жоқ) (Смещение срединных структур мозга (есть, нет)

Тм = Т

III арынша (III желудочек): ені (ширина)_____мм

Солқылдауы (Пульсация) күшейген (усилена) 1/3 2/3 М – жаңғырық (эхо)

күшеймеген (не усилена)

ширыққан (напряжена)

ширықпаған (не напряжена)

М – жаңғырықтың пішіні өзгерген, өзгермеген (М-эхо деформирован, не изменен)

Қосымша импульстар бар, жоқ (дополнительные импульсы есть, нет)

Амплитудасы орташа, жоғары, төмен (Средней, высокой, низкой амплитуды)

Бірлі – жарым, қалыпты мөлшерде, көп санды (Единичные, умеренные, большое количество)

Қорытынды (Заключение)_____

_____

Белгілері бар, жоқ (Признаки да, нет) _____

Әлсіз, қалыпты, көрнекі (Слабо, умеренно, значительно выраженные)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии) и подпись врача)

Примечание*: при необходимости использовать вкладные листы

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Күндізгі стационар (емхана, аурухана), үйдегі стационар науқасының картасы (керектісінің астын сызыңыз)
Карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы), стационара на дому (нужное подчеркнуть)

1. Тегі/Фамилия_____Аты/Имя_____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии)_____

2. Туған күні (Дата рождения) /_____/_____/_____/

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

3. Жынысы (Пол):ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6.ЖСН (ИИН) ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Медициналық тіркеу нөмірі|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

(Регистрационный медицинский номер)

8. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

9. Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства) _____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район)

_____

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

10. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 11 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

11. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 99.

12. Бекітілген МҰ-ның коды мен аты (Код и название МО прикрепления)

_____

13. Осы ауру салдарынан биылғы жылы күндізгі стационарға жатуы (Проходил лечение в дневном стационаре в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

14. Хирургиялық операциялар (Хирургические операции)	**АХЖ-9 коды (код МКБ-9)**	**Өткізу мерзімі мен уақыты Дата и время проведения**

15. Емді бастаған күні (Дата начала лечения) _____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

16. Емді аяқтаған (қайтыс болған) күні (Дата окончания лечения (смерти)_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

17. Өткізген күндері (Проведено дней) _____

18. МЭХ (МЭП) №_____

19. Диагностикалық зерттеулер
Диагностические исследования

Тағайындалды (астын сызыңыз) Назначено (подчеркнуть)	**Орындалды (күні, қолы) Выполнено (дата, подпись)**

ЭКГ _____

Эндоскопиялық зерттеу _____

(Эндоскопическое исследование) _____

Ультрадыбыстық зерттеу _____

(Ультразвуковое исследование)

Ro – скопия (графия) _____

Зерханалық зерттеулер _____

(Лабораторные исследования)

Шағымы (Жалобы) _____

_____
_____
_____
_____
_____

Қысқаша сыртартпасы (Краткий анамнез) _____

_____
_____
_____
_____

Объективті статусы (Объективный статус)

_____
_____
_____
_____
_____

Бақылау күнделігі
Дневник наблюдения

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Тағайындалымдардың орындалуы мен бақылау күнделігі
Дневник наблюдения и выполнения назначений

Тағайындалымдар **Назначения**	**Орындалу күні** **(Дата выполнения)**	**Қолы (Подпись)**
1.Емдеуші дәрігердің тексеріп-қарауы (Осмотр лечащего врача)		
2.Учаскелік мейіргердің тағайындалымдарын орындауы (Выполнение назначений участковой медсестрой)		

3.Мамандардың консультациясы Консультации специалистов		

18.	**Диагнозы**	**АХЖ-10 коды (код по МКБ10)**
Қорытынды клиникалық диагнозы Клинический диагноз		
Патологоанатомиялық диагнозы Патологоанатомический диагноз		

19. Уақытша еңбекке жарамсыздық парағы (Листок временной нетрудоспособности)

(с)_____бастап (по)_____дейін

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) -5, стационарға ауыстыру (қай стационарға екенін көрсету) перевод в стационар (указать какой)

20 __жыл (год) "____" ____ Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача)

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Күндізгі стационардағы (емханадағы, ауруханадағы) науқастарды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета больных дневного стационара (поликлиники, больницы)

20__ жылғы(года) "__" _____ 20_ жылғы(года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

_____

Р/с № п/п	**Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество**	**Туған күні Дата рождения**	**Мекен-жайы Домашний адрес**	**Диагноз**
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Емдеудің басталу күні Дата начала лечения	**Емдеудің аяқталу күні Дата окончания лечения**	**Емделген күндер саны Количество дней лечения**	**Емдеу немен аяқталды Исход лечения**	**Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы парақ Листок временной нетрудоспособности**
6	7	8	9	10

	Стационарлық науқастың медициналық картасының қосымша парағы Вкладной лист к медицинской карте стационарного больного

Үйдегі стационар науқастарын есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета больных стационара на дому

20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончен)

_____

Р/с № п/п	**ТАӘ ФИО**	**Туған күні Дата рождения**	**Мекенжайы Домашний адрес**	**Диагноз**
1	2	3	4	5

Емдеудің басталу күні Дата начала лечения	**Емдеудің аяқталу күні Дата окончания лечения**	**Емделген күндер саны Количество дней лечения**	**Емдеу немен аяқталды Исход лечения**	**Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы парақ Листок временной нетрудоспособности**
6	7	8	9	10

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ЖҮКТІЛІКТІ ҮЗУДІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

_____

№ 003-1/е нысаны медициналық айғақтары бойынша аборт жасау және ауыр қосалқы сырқаттар бар болудан басқа жүктілікті үзудің барлық жағдайларында толтырылады. Осындай жағдайларда № 003-1/е. нысанды стационарлық науқастың картасы толтырылады. Аборт операциясы кезінде немесе операциядан кейін әйелдің 3 күннен артық стационарда болуын талап ететін асқынулар болса, онда жазбалар № 003/е нысанының жапсырма парағына жазылады.

Картада көрсетілген барлық сұрақтардың жауабы, бірнеше мүмкін жауап көрсетілсе, дұрысының астын сызу және жетпегенін жазу арқылы берілуі

тиіс.

Учетная форма № 003-1/у заполняется во всех случаях прерывания беременности, кроме абортов по медицинским показаниям и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. В этих случаях заполняется карта стационарного больного учетная ф. № 003.

В случаях осложнений, возникших во время или после операции аборта, требующих пребывания женщины в стационаре более 3-х дней, записи производятся на вкладном листе к учетной форме № 003у (карта стационарного больного).

Ответы должны быть даны на все указанные в карте вопросы путем подчеркивания, в случаях нескольких возможных ответов и вписывания недостающего.

1.Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

_____

Қан тобы (Группа крови) _____ Резус фактор _____

АИТВ-ға зерттеу (Исследование на ВИЧ) _____

Вассерман реакциясы (Реакция Вассермана) _____ Соз ауруына зерттеу (Исследование на гонорею) _____

_____

Жолдамамен түсті (Поступила по направлению) _____

емдеу ұйымының аты (название лечебной организации)

Сан.тазартудан өтті (Санобработку прошла), жоқ (нет) астын сызыңыз

(подчеркнуть) _____

Түскен күні (Дата поступления) ___ Шыққан күні (Дата выписки) ___

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Өткізген төсек күндері (Проведено койко-дней) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ отбасы жағдайы (семейное

положение): неке тіркелген (в браке зарегистрированном), тіркелмеген

(незарегистрированном), жалғыз басты (одинокая)

Мекенжайы (Место жительства): облыс (область) _____

Аудан (Район) _____ қала (ауыл) город (село)_____

Көшесі (Улица) _____ үй (дом) № ____ корп.____ пәт.(кв.) _____

телефон _____

Жұмыс орны (Место работы) _____ лауазымы (должность) _____

Медициналық сақтандыру жөнінде деректер сақтандыру полисінің № (№

страхового полиса) _____

(Данные по медицинскому страхованию) Сақтандыру компаниясының атауы

(Наименование страховой компании)

Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): негізгі (основной) _____
_____

қосалқы (сопутствующий) _____

Акушердің қолы (Подпись акушерки) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический)

_____

Шыққан кездегі диагнозы (Диагноз при выписке): негізгі (основной)

_____

қосалқы (сопутствующий) _____

Операцияның аты, күні (Название операции, дата) _____

_____

Асқынулары (Осложнения) _____

Анамнез (Анамнез). Етеккірі бір қалыпқа түсуі (Менструация

установилась) (с) _____ жасынан бастап (лет

по) _____ күннен (дней) әр (через)

_____ күн сайын (дней). Аз, қалыпты, көп мөлшерде,

ауырсынғыштықпен (Скудные, умеренные, обильные, болезненные).

Соңғы қалыпты етеккірі (Последняя нормальная менструация) (с)

_____ бастап (по) _____ дейін

Жыныстық қатынасы (Половая жизнь) (с) _____ жасынан бастап

(лет), жүктіліктен сақтана ма (предохраняется ли от беременности):

иә, жоқ, қандай тәсілмен (да, нет, каким способом)

_____

Нешінші жүктілік (Которая беременность) _____

Босанумен аяқталған жүктіліктер саны (Число беременностей,

закончившихся родами) _____ абортпен аяқталған

(абортами) _____

Соңғы жүктілігі (Последняя беременность была) в 20__ ж.

(г)._____ айы (месяц)

Аяқталуы (Закончилась): мезгілінде босанумен (родами срочными),

мезгілінен бұрын босануымен (преждевременными), медициналық айғақтары

бойынша артифициальдық абортпен (абортом артифициальным по

медицинским показаниям), криминалдық (криминальным), өздігінен түсік

тастаумен (самопроизвольным выкидышем).

Босануларда асқынулар болды ма (Были ли осложнения в родах)

_____

Босанудан кейін (После родов) _____ аборттан кейін (после абортов)

_____

_____

қандай және жылдарын көрсетіңіз (указать, какие и годы)

Бастан өткерген аурулары (Перенесенные заболевания): Боткин ауруы

(болезнь Боткина), мерез (сифилис), соз ауруы (гонорея),

гинекологиялық сырқаттар (гинекологические

заболевания) _____

_____

Бастан өткерген операциялары, қан құюлар (Перенесенные операции,

переливание крови) (болды, болмады) (было, не было)

Осы аборттың себебі (Причины настоящего аборта): баласы болуын

қаламау (нежелание иметь ребенка), баспана жағдайы (жилищные

условия), оқуы (учеба), бүлдіршіндер, бала бақшаларының болмауы

(необеспеченность яслями (садами)), тұрмыс жағдайының төмендігі

(материальная необеспеченность), көп балалы (много детей), ерінің

болмауы (нет мужа) (астын сызыңыз, жетпегенін жазыңыз (подчеркнуть,

недостающее вписать) _____

Түскен кездегі Дене T^0 (тела) _____ жалпы жағдайы (общее

жағдайы состояние) _____

(Состояние при

поступлении)

Жабыны, шырышты қабықтары (Наружные покровы, слизистые) _____

Сүт безінің жай-күйі Состояние молочных желез) _____

Қанайналым ағзалары (Органы кровообращения): тамыр соғуы (пульс) ___

Қан қысымы (Артериальное давление) _____

Жүрегі (тондары) сердце (тоны) _____

Тыныс алу ағзалары (Органы дыхания) _____

Ас қорыту ағзалары (Органы пищеварения) _____

Нәжісі (Стул) _____ Зәр бөлу ағзалары (Органы мочеотделения) _____

Қыныптық Сыртқы жыныс ағзалары өзгеріссіз, қыныбы тар, кең

зерттеу (Наружные половые органы без особенностей, узкое, свободное).

Влагалищное Жатыр мойны цилиндр, конус пішінді (Шейка матки

исследование) цилиндрической, конической формы)

Қынып пен жатыр мойнының шырыш қабығы таза

(Слизистая влагалища и шейки чистая)

Жатыр мойнында келесі өлшемді жалақ жара бар

(На шейке матки имеется эрозия размером) _____

Сыртқы аңқа ашық, жабық (Наружный зев закрыт, открыт)

Жатыр денесінің орналасуы (Тело матки в положении) _____

үлкеюі (увеличено до) жүктіліктің _____ аптасына дейін (недель беременности), консистенциясы жұмсақ (мягковатой консистенции)

қозғалмалы (подвижно), қолғалыссыз (неподвижно), қолмен зерттегенде

ауырсынуымен, ауырсынусыз (болезненно, безболезненно при пальпации).

Сол жақ қосалқылар өзгеріссіз (Левые придатки без особенностей)

_____

Оң жақ қосалқылар өзгеріссіз (Правые придатки без особенностей)

_____

Күмбезі бос (Своды свободны) _____

Шығынды (Выделения): шырышты (слизистые), іріңді (гнойные), қан аралас (кровянистые), қалыпты (умеренные), көп (обильные).

Диагноз: жүктілігі (беременность) _____ апта (недель)

Дәрігер (Врач) _____

Жүктілікті үзу 20__ ж.(г.) _____ айы (месяц) __ күні (число) __

операциясы сағаты____ (час) ___

(Операция

прерывания Ауырсынуды басу әдісі (Метод обезболевания) _____

беременности)

Сыртқы жыныс ағзаларын, қынапты және жатыр мойнын қажеттегідей тазартқаннан кейін жатыр мойны қысқашқа алынды. (После соответствующей обработки наружных половых органов, влагалища и шейки матки, шейка матки взята на пулевые щипцы)

Сүңгі бойымен жатыр ұзындығы (Длина матки по зонду) _____ см.

Жатыр мойны өзегінің Гегар кеңейткішімен (Расширение цервикального канала расширителем Гегар до №) №-ге дейін кеңеюі _____ оңай

(легко)

Вибродилятатормен оңай (Вибродилятатором) (легко) _____

Ұрық жұмыртқасы кюреткамен, абортцангпен, вакуумэкскохлеатормен

бұзылды және алынып тасталды (Плодное яйцо разрушено и удалено

кюреткой, абортцангом, вакуумэкскохлеатором).

Жатыр қабырғаларын бақылаулық қыру жүргізілді, жүргізілмеді

(Контрольное выскабливание стенок матки произведено, нет)

Жатыр жиырылды, жиырылмады (Матка сократилась, нет) _____ қан

шығыны (кровопотеря) _____ мл.

Жатыр мойны йодпен тазартылған (Шейка матки обработана йодом)

Тағайындалымдар (Назначение) _____

_____

Хирургтың қолы (Подпись хирурга) _____

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Күні Дата	Бірінші тәулік Первые сутки	Тағайындаулар Назначения
Т* Т (У) Т* К (В) Тамыр соғуы (Пульс) АҚҚ (АД)	Шағымы (Жалобы) _____ Жалпы жағдайы (Общее состояние)_____ _____ Қолмен зерттегенде іші (Живот при пальпации):, ауырсынбайды (безболезненный), ауырсынады (болезненный), жұмсақ (мягкий), қатты (напряженный). Шығындылар (Выделения): қан аралас (кровянистые), сарысулы (серозные), көп (обильные), қалыпты (умеренные), аз (незначительные) Нәжісі (Стул) _____ Зәршығаруы (мочеиспускание) _____ Дәрігер (Врач) _____	
Күні Дата	Екінші тәулік Вторые сутки	Тағайындаулар Назначения
Т* Т (У) Т* К (В) Тамыр	Шағымы (Жалобы) _____ Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____ _____ Қолмен зерттегенде іші (Живот при пальпации): ауырсынбайды (безболезненный), ауырсынады (болезненный), жұмсақ (мягкий)	

соғуы (Пульс) АҚҚ (АД)	, қатты (напряженный). Шығындылар (Выделения): қан аралас (кровянистые), сарысулы (серозные), көп (обильные), қалыпты (умеренные), аз (незначительные) Нәжісі (Стул) _____ Зәршығаруы (мочеиспускание) _____ Дәрігер (Врач) _____	
Күні Дата	Үшінші тәулік Третьи сутки	Тағайындаулар Назначения
Т* Т (У) Т* К (В) Тамыр соғуы (Пульс) АҚҚ (АД)	Шағымы (Жалобы) _____ Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____ _____ Қолмен зерттегенде іші (Живот при пальпации): ауырсынбайды (безболезненный), ауырсынады (болезненный), жұмсақ (мягкий), қатты (напряженный). Шығындылар (Выделения): қан аралас (кровянистые), сарысулы (серозные), көп (обильные), қалыпты (умеренные), аз (незначительные) Нәжісі (Стул) _____ Зәршығаруы (мочеиспускание) _____ Дәрігер (Врач) _____	

20__ жыл (год) "__" _____

Қанағаттанарлық жағдайда шығарылды (Выписана в удовлетворительном

состоянии) _____

Ауыстырылды (Переведена в) _____

Ұсынылды (Рекомендовано) _____

_____

_____

Жұмысқа жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) _____

бастап (с) _____ дейін (по) №_____ сериясы (серия) _____ алды

(получила) _____

Дәрігер (Врач) _____

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) _____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 004/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 004/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 004/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 004-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № ТБ 004-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 004-1/у у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

А4 форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 005/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 005/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Казакстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 005-1/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 005-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Казакстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005-2/ е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 005-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қанның, оның компоненттері мен препараттарының мен диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу журналы Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее компонентов, препаратов, диагностических стандартов

20 жылғы (года) "____"_____басталды (начат)

20 жылғы (года) "____"_____аяқталды (окончен)

1. Емдеу денсаулық сақтау ұйымының қан құю бөлімшесінде немесе қан бөлмесінде толтырылады.

1. Заполняется в отделении переливания или кабинете крови лечебной организации здравоохранения.

2. Ірі ұйымдарда трансфузиялық заттардың әр түріне жеке журнал жүргізуге болады: қан компоненттеріне, қан препараттарына, стандартты қан сарысуына, қаналмастырғыларға.

2. В крупных организациях на разные виды трансфузионных средств можно вести отдельные

журналы: на компоненты крови, препараты крови, стандартные сыворотки, кровезаменители.

3. Ай сайын әр бағаң бойынша қорытынды шығарылады.

3. Ежемесячно по каждой графе подводится итог.Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, бас дәрігердің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс.

4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью и подписью главного врача.

Р/с №№ п/п	Алған күні және уақыты Дата и время получения	Дайындаушы ұйым Организация – изготовитель	Заттаңба нөмірі (сериясы) Номер (серия) этикетки	Дайындалған күні (сақталу мерзімі) Дата заготовки (срок годности)	АВО бойынша қанның тобы Группа крови по АВО	Резус-тиістілік Резус-принадлежность	Консервіленген қан және эритроцитқұрамды компоненттер Кровь консервированная и эритросодержащие компоненты
1	2	3	4	5	6	7	8

Плазманың барлық түрлері, криопреципитат Плазма всех видов, криопреципитат	Тромоциттер Тромоциты	Қан препараттары Препараты крови	Диагностикалық стандарттар Диагностические стандарты	Мөлшері (мл/ мөлшерлеме) Количество (мл\доз)	Бөлімшеге берілді Выдано в отделении	Берген күні мен уақыты Дата и время выдачи
9	10	11	12	13	14	15

Өнімді берген адамның қолы Подпись лица, выдавшего продукт	Өнімді қабылдаған адамның қолы Подпись лица, получившего продукт
16	17

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды_____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 005-3/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 005-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 005-4/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 1 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Медициналық ұйымдарда қанның компоненттері мен препараттарын есептен шығаруды және жоюды тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ

регистрации списания и утилизации компонентов и препаратов крови в медицинских организациях

20____ жылғы (года) "___"_____ басталды (начато)

1. Медициналық ұйымдар трансфузиология бөлімшесінің (кабинетінің)

жауапты тұлғасы толтырады.

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым

басшысының қолымен бекітілуі тиіс.

20____ жылғы (года) "__"_____ аяқталды (окончено)

1. Заполняется ответственным лицом отделения (кабинета)

трансфузиологии медицинских организаций.

2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены

печатью и подписью руководителя организации.

Р/с №№ п/п	Бөлімше Отделение	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих код и другие)	Компоненттің атауы Наименование компонента	Дайын дау күні Дата заготов-ки	Жарам-дылық мерзімі Годен до	Есептен шығарылды (мл/доза) Списано (мл\доз)	Есептен шығарудың себебі Причина списания
1	2	3	4	5	6	7	8

Есептен шығару күні Дата списания	Жою күні Дата утилизации	Акт № № акта	Жою тәсілі және көлемі Способ и объем утилизации	Жауапты тұлғаның ТАӘ, қолы ФИО ответственного лица, подпись
9	10	11	12	13

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 006/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 006/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета сбора ретроплацентарной крови
за 20_ жылы (год) "__" _____ күні

Қанды жинау күні Дата сбора крови	Босану сырқатнамасының № истории родов	Босанушының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество роженицы	Туған күні Дата рождения	Бригада мүшелерінің тегі (дәрігердің, акушердің, санитардың) Фамилии членов бригады (врача, акушерки, санитарки)	Пробиркалар саны Количество пробирок	Мөлшері Количество		Ескерту Примечание
						қанның крови	сарысудың сыворотки	

Форма

А4 форматы Формат А4		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау		

министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 007/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 007/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Науқастар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу
ПАРАҒЫ
ЛИСТОК

учета движения больных и коечного фонда стационара

_____

бөлімшенің атауы, төсек бейіні

(наименование отделения, профиля коек)

				Өткен тәуліктердегі науқастар қозғалысы Движение больных за истекшие сутки				
	Код организации	Іс жүзінде жазылған төсектер, жөндеуге жиналған төсектерді қоса санда Фактически развернуто коек, включая койки свернутые	олардың ішінде жөндеуге жиналған төсектер в том числе коек, свернутых на ремонт	Өткен тәуліктер басындағы науқастар саны Состояло больных	Түскен науқастар (ауруханаішінде ауыстырылғандарсыз) Поступило больных (без переведенных внутри больницы)			Ауру ішіі ауы нау Пер бол вну бол
					олардың ішінде из них			

		на ремонт		на начало истекших суток	Барлығы Всего	Ауыл тұрғыдары Сельских жителей	14 жасқа дейінгі балаларды қосқанда детей в возрасте до 14 лет включительно	15-17 жастағы балаларды қосқанда Дети 15-17 лет включительно	бас бөл из дру отд
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Барлығы оның ішінде төсектер бойынша Всего в том числе по койкам									

Мейіргердің қолы

(Подпись медсестры) _____

НАУҚАСТАР ТІЗІМІ

СПИСОК БОЛЬНЫХ

Түскен науқастардың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество поступивших	Басқа стационарлардан ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество переведенных из других стационаров	Осы ауруханаңың басқа бөлімшелерінен ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество переведенных из других отделений данной больницы	Шығарылғандардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество выписанных	Ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество переведенных		Қайтыс болғанда - дың тегі , аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество умерших
				Осы ауруханаңың басқа бөлімшелеріне в другие отделения данной больницы	Басқа стационарларға в другие стационары	
1	2	3	4	5	6	7

Ағымдағы күннің басында бос	

төсектердің саны (1 күні) Свободное количество коек на начало текущего дня (1 день)		Жақын арадағы бес күндегі бос төсек орындардың болжамды саны Прогнозное количество свободных коек на ближайшие пять дней								
		2 күн 2 день		3 күн 3 день		4 күн 4 день		5 күн 5 день		6 кү 6 де
барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлы всего
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

Бөлім меңгерушісінің қолы

(Подпись заведующего отделением) _____

Басшының қолы

(Подпись руководителя) _____

Стационардағы төсек қоры мен науқастар қозғалысын есепке алу парағы жоғары тұрған денсаулық сақтау органының сметасы мен бұйрықтарына сәйкес ауруханаңың құрамында бөлінген әр бөлімшеде толтырылады. Аурухана бойынша бұйрықпен өз ішінде арнайы бейінге (мысалы, хирургиялық және гинекологиялық бөлімшелер құрамындағы онкотөсектер, неврология бөлімшесінде балаларға арналған төсектер) бөлінген төсектері бар бөлімшелерде, параққа бірінші жолмен барлық төсектер саны және барлық науқастар қозғалысы туралы мәлімет жазылады (арнайы бейіндер төсектері туралы мәліметтерді қоса), ал арнайы бейіндердің төсектері мен науқастарының қозғалысы туралы мәлімет келесі жолдарда жазылады. Бөлімшелердің құрамынан арнайы бейіндерге бөлінген төсектер туралы жолдарды толтырғанда, бөлінген төсектердің бейініне сай келетін сырқатымен жатқан науқастар қозғалысы, бөлімшенің қай төсегінде жатқанына қарамастан көрсетіледі. Мысалы, хирургия бөлімшесінің құрамынан бұйрықпен урологиялық науқастарға 3 төсек бөлінді,ал іс жүзінде бөлімшеде 3 емес 5 урологиялық науқас жатқан жағдайда, бұл науқастар қозғалысы урологиялық төсектермен көрсетіледі. Сонымен қатар урологиялық сырқаты бар науқастар құрамында урологиялық төсектері жоқ басқа бөлімшелерге де жатқызылуы мүмкін. Бұл науқастар туралы деректер, тек олар жатқан бөлімшелердің мәліметінде көрсетіледі; құрамында урологиялық төсектері бар бөлімшенің урологиялық науқастары туралы мәліметке қосылмайды. Аурухана бойынша жиынтық мәлімет алу үшін, статистика бөлмесіне бөлімшелерден өткізіліп, тексерілген парақтардағы мәліметтерді бүкіл аурухана бойынша жүргізілетін науқастар мен төсек қорын есепке алу күнделігіне жазады. Ескерту: егер аурухана мен оның бөлімшелерінің есебін мейірбике жүргізетін болса, онда жеке-жеке парақтар толтыру керек емес. Мұндай ауруханаларда науқастар мен төсек қорын есепке алу күнделігі бүкіл аурухана бойынша жүргізіледі, арнайы бейіндегі бөлімшелер мен төсектер туралы деректер әр күн сайын толтырылып, айдың аяғында қосындысы шығарылады. 3 - бағанда жөндеу жұмыстарына, карантинге, басқа себептермен байланысты уақытша жиылған төсектерді қоса, смета аумағында іс жүзінде қанша төсек жазылғанын көрсетеді. Бұл санға бөлімшенің толып кетуіне байланысты палаталардың, дәліздердің және т.б. бос жерлерінде жазылған төсектер саны қосылмайды . 3 - бағанда көрсетілген төсектер санынан, 4 -бағанда жөндеуге және басқа себептермен жиылған

төсектер саны көрсетіледі. 5 – 15 - бағандарда өткен тәуліктер, кешегі таңғы сағат 9-дан бүгінгі таңғы сағат 9-ға дейін (бұрыннан жатқан, жаңадан түскен, бір бөлімшеден екіншісіне ауысқан, ауруханадан шыққан, қайтыс болған) болған науқастар қозғалысы жазылады. 16-17 - бағандарда бөлімшеде бүгінгі сағат 9-дан жатқан науқастар саны жазылады.Өткен күннің 16 - бағандағы науқастар саны бүгінгі күннің 5- бағанына көшіріліп жазылады. Күнделікті науқастар санының тепе-теңдігін тексеріп отырған абзал, яғни бүгінгі күннің басында көрсетілген науқастар саны (16), өткен күннің басындағы (5), жаңа түскен (6), және басқа бөлімшеден ауыстырылған (9) науқастар санының қосындысынан басқа бөлімшелерге ауысқан (10), шығарылған (11), және қайтыс болған (15) науқастар санын шегергендегі санға тең, 5 + 6 +9 – 10- 11 – 15 = 16. 20-21 бағандарда жақын арадағы бес күндегі бос төсек орындарының болжамды саны көрсетіледі. 22-31 бағандарда төсектердің бейіні бойынша ең жақын 5 күнге бос орындардың болжамды саны беріледі. Күнделікті деректерді бөлім меңгерушісі медициналық ұйымның статистика қызметіне беруі тиіс, олар одан әрі өңірлік емдеуге жатқызу бюросына ақпаратты жібереді. Стационардағы бос төсектерді есепке алу парағына бөлім меңгерушісі және басшысы қол қоюы тиіс.

Листок учета больных и коечного фонда стационара заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа здравоохранения.

По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделений, койки для детей в составе неврологического отделения и т.д.), в листке записываются первой строкой сведения о числе коек и движении больных в целом по отделению (включая и сведения по койкам узких специальностей), а последующие строки выделяются для сведения о койках и движении больных по узким специальностям. При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических больных - движение этих больных показывается по урологическим койкам. В то же время больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических больных, лежавших в отделении, имевшем урологические койки. Для получения суммарных данных по больнице сведения из листков отделений, полученных и проверенных в кабинете статистики, вносятся в дневник учета больных и коечного фонда, ведущийся по больнице в целом.

Примечание: Если учет в больнице и имеющихся в ней отделениях ведется сестрой, то заполнение отдельных листков нецелесообразно. В таких больницах ведется дневник учета больных и коечного фонда по стационару в целом, имеющимся в нем отделениям и койкам узкого профиля последовательно за каждый день месяца с последующим суммированием месячных сведений.

В гр. 3 листа показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая и койки , временно свернутые в связи с ремонтом, карантином и другими причинами. В это число не включаются приставные койки, развертываемые в палатах, коридорах и т.д. в связи с переполнением отделения. Из числа коек, показанных в гр. 3. в гр. 4 выделяются койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами. В графах 5-15 даются сведения о движении больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (числе состоявших и поступивших больных; числах переведенных из отделения в отделение выписанных и умерших) и в гр. 16 и 17 о числе больных, состоявших в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число больных,

показанное в гр. 16 предыдущего дня должно быть переписано в гр.5 текущего дня. Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы числа больных балансировались, т.е. чтобы число больных, показанное на начало текущего дня (гр. 16) было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 5), поступивших (гр.6) и переведенных (гр. 9), за минусом чисел, переведенных в другие отделения (гр. 10). выписанных (гр. 11) и умерших (гр. 15). т.е. числам в гр. 5 + 6 + 9 - 10 - 11 - 15 = гр. 16.

В графах 20-21 указывается количество свободных коек на начало текущего дня в разрезе профилей коек. В графах 22-31 даются сведения о прогнозном количестве свободных мест на ближайшие 5 дней в разрезе профилей коек. Данные ежедневно заведующим отделением передаются в статистическую службу медицинской организации, которая далее представляет информацию в региональное бюро госпитализации. Листок учета свободных коек в стационаре должен подписываться заведующим отделением и руководителем медицинской организации.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 007-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 007-1/е утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Стационардағы бос төсектерді есепке алу

ПАРАҒЫ

ЛИСТОК

Учета свободных коек в стационаре

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 008/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 008/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
записи оперативных вмешательств в стационаре
20___ жылғы (года) "_____"_____ күні

ОПЕРАЦИЯ № _____

20___ жылғы (года)_____басталды (начата)___ сағат (час)__минут (минута)

20___ жылғы (года) _____аяқталды (окончена) ___сағат (час)__ минут (минута).

Науқастың ТАӘ (ФИО больного)

_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Операцияға дейінгі диагноз (Диагноз до операции)_____

_____

Операциядан кейінгі диагноз (Диагноз после операции) _____

_____

Ауырсынуды басу (Обезболивание) _____

_____

Стационарлық науқас картасының
№___
№ карты стационарного
больного
Операция күні (Дата операции)
20__ жылғы (года) "____"
_____
Хирург
_____
Ассистенттер
(Ассистенты)_____
Анестизиолог _____

ОПЕРАЦИЯ СИПАТТАМАСЫ
ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ

_____

_____

_____

_____

Препараттың (алынып тасталған ағзаның, ағза бөлігінің) сипаттамасы (Описание препарата

(удаленного органа, части органа))

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Операцияның аяқталуы (Исход операции):_____

_____

_____

_____

_____

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 009/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 009/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы
Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред
Аурухана бөлімшесі (отделение больницы)_____

20____ жылғы(года) "____"_____ 20____ жылғы(года)"____"_____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

- Ірі ұйымдарда трансфузиялық заттардың жеке түрлеріне жеке журнал жүргізуге болады:

қанға, оның компоненттері мен препараттарына, қаналмастыру заттарына. Журналға

тіркеуден басқа әр трансфузия станционарлық науқастың медициналық картасында жазылу тиіс.

- В крупных организациях на отдельные виды трансфузионных сред можно вести отдельные журналы: на кровь, ее компоненты и препараты, кровезаменители. Кроме регистрации в журнале, каждая трансфузия должна быть записана в медицинскую карту стационарного больного.

р/с № п/п	Құю күні Дата переливания	Бірінші рет немесе қайталап құю Переливание первичное или повторное	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты ФИО больного	Науқастың туған күні Дата рождения больного	Науқастың мекенжайы Домашний адрес больного	Сырқатнама № № истории болезни	Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі Группа крови и резус принадлеж-ности больного	Құю көрсеті-лімдері Показания к переливанию
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Құйылатын донор қаны мен оның компоненттерінің тобы мен резус-тиістігі Группа крови и резус принадлежности переливаемой крови и ее компонентов донора	Консервіленген қан мен оның компоненттері Кровь консервированная и ее компоненты	Қан препараттары Препараты крови	Дезинтоксика-циалық әсердегі қаналмастырғыштар Кровезаменители дезинтокси-кационного действия	Гемодинамиқалық әсердегі қаналмастыр-ғыштары Кровезаменители гемодинамического действия	Парентералдық тамақтандыру қаналмастыр-ғыштары Кровезаменители для парентерального питания
10	11	12	13	14	15

			Құйылатын (шығарылатын			

Құйылған қан мөлшері Количество перелитой среды	Заттаңба №, сериясы № этикетки, серия	Шығарған ұйым Организация - изготовитель	) заттың дайындалу күні/сақтау мерзімі Дата заготовки/ срок годности (выпускаемой) переливаемой среды	Құю тәсілі Способ переливания	Посттрансфузиялық реакция және/немесе асқынулар Посттрансфузионные реакции и/или осложнения	Қан құйған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты, қолы Фамилия врача, проводившего переливание и его подпись
16	17	18	19	20	21	22

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 009-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 009-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 1 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета реципиентов крови и ее компонентов

20____ жылғы (года) "___"_____ 20____ жылғы (года) "__"_____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады 1. Заполняется ответственным лицом

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, 2. Страницы должны быть пронумерованы, мөрмен және ұйым басшысының қолымен прошнурованы, скреплены печатью и бекітілуі тиіс подписью руководителя организации

р/с № п/п	ТАӘ (толық және анық) ФИО (полностью и разборчиво)	Туған жылы, айы, күні Число, месяц и год рождения	Мекенжайы (облыс, аудан, қала, көше, үй, пәтер) Домашний адрес (область, район, город, улица, дом, квартира)	Жұмыс, оқу орны, жоғары оқу орны, мектеп Место работы, учебы, высшее учебное заведение, школа	Тұрғылықты жері бойынша емхана Поликлиника по месту жительства	Стационарда болған мерзімі Сроки пребывания в стационаре	Гемотрансфузия күні Дата гемотрансфузии
1	2	3	4	5	6	7	8

Құйылған қан компоненттерінің атауы, әрқайсысы бойынша заттаңба № көрсете отырып, әр компонент бойыншатрансфузия көлемі Наименование перелитых компонентов крови, количество трансфузий по каждому компоненту с указанием номера этикетки по каждому отдельно					Науқастың	Адамның иммундық тапшылық вирусы - болған жағдайда (бұдан әрі – АИТВ) - инфекцияларына, В және С гепатиттеріне тексеру күні, нөмірі, нәтижесі Дата, номер, результат обследования на вирус иммунодефицита человека –инфекции при наличии
Құрамында эритроцит бар Эритроцит-содержащие	Жаңа мұздатылған плазма - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖМП) Свежезамороженная плазма – при наличии (далее - СЗП)	Қан препараттары Препараты крови	Гемакон № № гемакона			

				Дозасы Доза	диагнозы Диагноз больного	(далее – ВИЧ), гепатиты В и С
9	10	11	12	13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 010/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 010/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

СТАЦИОНАРДА БОСАНУДЫ ЖАЗУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ ЗАПИСИ РОДОВ В СТАЦИОНАРЕ

20___жылғы (года) "___" _____ басталуы (начат)

20___жылғы (года) "___" _____ аяқталуы (окончен)

_____

Р/с № п/п	Түскен күні Дата поступления	Босану тарихының № истории родов	Босанушының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество роженицы	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Қала немесе ауыл тұрғыны Житель города, сельской местности	Нешінші жүктілік, нешінші босану Которая беременность, которые роды	Босануға психикалық профилактикалық Даярлау. Дәрі-дәрмекпен босанудағы ауырсынуды басу (қандай дәрімен, көрсетіңіз) Психопрофилактическая подготовка к родам. Медикаментозное обезболивание родов (указать чем)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

№ 010/е н., 3-беті

стр 3 ф. № 010/у

Операциялар, босануларда көрсетілген жәрдем ақша (қайсысы, көрсетіңіз) Операции, пособия в родах (указать какие)	Босанған күні мен уақыты (күні,айы, сағ,мин.) Дата и время родов (число, месяц, час, минута)	Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер Сведения о новорожденном				Қай бөлімшеге жолданды В какое отделение направлена	Босандырған кімдер (дәрігер, акушерка,) қолы Кто принимал роды (врач, акушерка) подпись	Ескертпе Примечание
		Тірі, өлі туды (жазыңыз) Родился живой, мертвый (вписать)	Жынысы Пол	Салмағы Масса (вес)	Бойы Рост			
10	11	12	13	14	15	16	17	18

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 011/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ОПЕРАЦИЯ КЕЗЕҢІ КАРТАСЫ
КАРТА ОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бекітілген № 011-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 011-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 011-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Реанимация және жіті терапия бөлімшесі (палатасы) науқасының
ЗЕРТХАНАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР ПАРАҒЫ
ЛИСТ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
больного отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ТЕКСЕРУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-6/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 011-6/у утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 011-6/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 012/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 012/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 012/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 013/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 013/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 013/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 014/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 014/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Патологиялық-гистологиялық зерттеуге
ЖОЛДАМА*
(материалдың жолданған күні мен сағаттары)
НАПРАВЛЕНИЕ*
на патолого-гистологическое исследование
(дата и часы направления материала)

20__ жыл (год) "__" _____ _____ сағат (час.)

_____

Бөлімше (Отделение) _____ Науқастың стационарлық

(амбулаторлық) картасының № (Карта стационарного больного

(амбулаторная карта)) № _____

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество

больного) _____

2. Жынысы Е/Ә (Пол М /Ж)

3. Туған күні (Дата рождения) _____

4. Биопсия бірінші рет, екінші рет, (керегінің астын сызыңыз).

(Биопсия первичная, вторичная, (нужное подчеркнуть))

5. Қайталанғанда бірінші жолғы биопсияның № мен күнін көрсетіңіз (При повторной биопсии указать № и дату первичной) _____

6. Операцияның күні және түрі (Дата и вид операции) _____

7. Материалды маркілеу, объектілер саны (Маркировка материала, числа объектов) _____

_____

_____

8. Клиникалық деректер (Клинические данные) _____

_____

_____

_____

_____

(Сырқаттың ұзақтығы, ісік болса-жүргізілген ем, - анық орналасуы, өсу жылдамдығы, өлшемдері, консистенциясы, қоршаған тіндермен байланысы, метастаздары, басқа ісік түйіндерінің бар болуы, арнаулы ем: лимфа түйіндерін зерттегенде қан талдауын, эндометрия қырындысын; сүт бездерін зерттегенде - әдеттегідей келген соңғы етеккірдің басталуы мен аяқталуын, етеккір функциясының бұзылу сипатын, қан кетуінің

басталуын көрсетіңіз).

(продолжительность заболевания, проведенное лечение при опухолях –

точная локализация, темпы роста, размеры, консистенция, отношение к

окружающим тканям, метастазы, наличие других опухолевых узлов,

специальное лечение; при исследовании лимфоузлов - указать анализ

крови, соскобов эндометрия, молочных желез – начало и окончание

последней нормальной менструации, характер нарушения менструальной

функции, дата начала кровотечения)

9. Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) _____

_____

_____

_____

Емдеуші дәрігердің тегі (Фамилия лечащего врача) _____

_____

қолы (подпись) _____

Патологиялық зерттеу (Патологическое исследование) № _____

Түскен күні мен сағаттары (Дата и часы поступления) _____

_____

_____

Диагностикалық биопсия (Биопсия диагностическая) _____

Жедел биопсия (Биопсия срочная) _____

Операциялық материал (Операционный материал) _____

Кесектер саны (Количество кусочков) _____ блоктар (блоков)_____

Бояу әдістемесі (Методика окраски) _____

Макро және микроскопиялық сипаттау (Макро-и микроскопическое

описание): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Патологогистологиялық қорытынды (диагноз) (Патологогистологическое

заключение (диагноз)) _____

_____

_____

_____

Код _____

Зерттеу күні (Дата исследования) 20__жылғы (года) "__" _____

Патологоанатомның тегі (Фамилия патологоанатома) _____

қолы (подпись)

Зертханашының тегі (Фамилия лаборанта) _____

қолы (подпись)

* Көшірме қағазбен екі дана толтырылады (Заполняется под

копирку в двух экземплярах)

Қажеттісін жазып, астын сызыңыз (Необходимое вписать,

подчеркнуть)

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 015/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 015/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Мәйіттердің түсуі мен берілуін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации поступлений и выдачи трупов
за 20__ жыл (год) _____ күні

	Мәйіттің түскен	Қайтыс болған адамның		Жынысы (ер,	Мәйітті кім	Мәйіт әкелінген аурухана бөлімшесінің немесе осы	Стационарлық науқас	Қайтыс болған адам

Р/с № п/п	күні Дата поступления трупа	тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество умершего	Туған күні Дата рождения	әйел) Пол (муж., жен.)	қабылдап алды (Т.А.Ә.) Кем принят труп (Ф.И.О.)	ауруханың аты Название отделения данной больницы или больницы откуда поступил труп	картасының № № карты стационарного больного	жерленетін зират атауы Название кладбища, где будет захоронен умерший
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Мәйіттерді беруді негіздеу Обоснование выдачи трупов	Мәйітті кім берді (Т.А.Ә.) Кем выдан труп (Ф.И.О.)	Мәйітті беру немесе ауруханада жерлеген күн Дата выдачи трупа или захоронения больницей	Кімнің өкімі бойынша мәйіт ашусыз берілді По чьему распоряжению выдан труп без вскрытия	Мәйіт жерлеуге берілген туыстарының немесе басқа адамдардың қолхаты және олардың төлқұжатының №, сериясы Расписка родственников или лиц, кому выдан труп для захоронения и №, серия паспорта	Ілесушінің тегі мен қолы Фамилия и роспись сопровождающего
10	11	12	13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 016/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 016/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Стационар, бөлімше немесе төсек бейіні бойынша науқастар мен төсек қоры қозғалысын есепке алудың
ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

<table>
<tr><td colspan="2">А5 форматы
Формат А5
КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Код организации по ОКПО</td><td colspan="2">А5 форматы
Формат А5
КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
_____
Код организации по ОКПО</td></tr>
<tr><td>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения Республики Казахстан</td><td rowspan="2">Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 017 /е нысанды медициналық құжаттама</td><td>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения Республики Казахстан</td><td rowspan="2">Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 018/е нысанды медициналық құжаттама</td></tr>
<tr><td>Ұйымның атауы
Наименование организации</td><td>Медицинская документация Форма № 017/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907</td><td>Ұйымның атауы
Наименование организации</td><td>Медицинская документация Форма № 018/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2">Трансплантау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу
АКТІСІ
АКТ
об изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации
Биологиялық өлімді констатациялау уақыты (Время констатации биологической смерти) _____
_____
Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____
_____
_____
_____
Өлімнің себебі (Причина смерти) _____
_____
_____
_____
_____</td></tr>
</table>

Биологиялық өлімді констатациялау
АКТІСІ
АКТ
констатации биологической смерти
ТАӘ (ФИО)_____
Сырқатнаманың№.
(№ истории болезни) _____
__
Емдеу ұйымының атауы
(Наименование лечебной организации)_____
_____
_____
_____
_____
Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____
_____
_____
Өлім себебі (Причина смерти)_____
_____
_____
Комиссия құрамы (Состав комиссии):
Реанимация бөлімшесінің меңгерушісі (
Заведующий реанимационным отделением) _____
_____
_____
Дәрігер-реаниматолог (Врач-реаниматолог) __
_____
_____
Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____
_____
Сот-медицина сарапшысы (Судебно-медицинский
эксперт) _____
_____
_____
_____
Азаматтың биологиялық өлімін
констатациялады
(Констатировали биологическую смерть
гражданина(ки) _____в_____ сағат(
час)_____ мин. (дәл уақыты)
(точное время) 20 ж. (г). "___" _____
____
Қолдары: (Подписи): _____
20 ж. (г). "__"_____

1. Донорлық ағзалар мен тіндердің
алынуы (бүйректер, жүрек, өкпелер,
бауыр, т.б.)
(Изъятие донорских органов и тканей (
почки, сердце, легкие, печень,т.д.) __
_____
___
_____
_____
науқастың өлімі (ми өлімі)
констатацияланған соң, рұқсат берген
адам произведено после констатации
смерти (смерти мозга) больного по
разрешению) _____
__
_____
_____
(ұйымын, лауазымын, ТАӘ. көрсетіңіз)
(указать организацию, должность,
фамилию, имя, отчество)
2. Донорлық ағзалар мен тіндерді алуды
жүргізген дәрігер (лер)-хирург (тар) (
Производил (и) изъятие донорских
органов и тканей врач (и)-хирург (и))
_____
_____
_____
_____
_____
(ұйымын, лауазымын, ТАӘ. көрсетіңіз)
(указать организацию, должность,
фамилию, имя, отчество)
3. Донорлық ағзаларды алу тәсілі (
құрал қолдану әрекеттері мен
операциялардың сипаттамасы)
(Способ изъятия донорских органов (
описание инструментальных вмешательств
и операции)) _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
4. Донорлық ағзалар мен тіндерді алу
кезінде қатысқандар (При изъятии
донорских органов и тканей
присутствовали):
-сот-медицина сарапшысы (
судебно-медицинский эксперт) _____
_____
-реаниматолог _____
_____

	_____ _____ 5. Донорлық ағзалар мен тіндер қайда салынды, кімге берілді (Куда помещены и кому переданы донорские органы и ткани) _____ _____ _____ _____ _____ _____ 6. Алудың басталған уақыты (Время начала изъятия) _____ _____ 7. Алудың аяталған уақыты (Время окончания изъятия) _____ _____ Қолдары: (Подписи): Реаниматолог _____ _____ Сот-медициналық сарапшысы (Судебно-медицинский эксперт) _____ _____ Хирург-дәрігер (лер) (Врач (и)-хирург (и) _____ _____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 019/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 019/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау
АКТІСІ
АКТ
констатации смерти на основании смерти мозга

ТАӘ (ФИО) _____

Сырқатнама № (№ истории болезни) _____

Емдеу ұйымының атауы (Наименование лечебной организации) _____

_____

Ми өліміне әкеп соққан ауруының диагнозы (Диагноз заболевания,

приведшего к смерти мозга) _____

_____

Комиссия құрамы (Комиссия в составе):

Емдеуші анестезиолог-реаниматор дәрігер (Лечащего

врача-анестезиолога-реаниматолога) _____

невропатолог (невропатолога)

_____

маман-дәрігер (врача-специалиста)

_____

азаматтың жағдайын қарап анықтады (обследовала состояние гражданина и

установила):

1. Сананың жай-күйі мен сыртқы әсерлерге мақсатты серпілістері

бойынша (По состоянию сознания и целенаправленных реакций на внешнее воздействие) _____
_____

_____

2. Өз еркімен дем алуы бойынша (По состоянию самостоятельного

дыхания) _____

_____

2.1. Ажырату тесті кезінде (При разъединительном тесте) _____

3. Бұлшық еттер тонусы бойынша (По состоянию тонуса мышц) _____

4. Қарашықтар жағдайы бойынша (По состоянию зрачков) _____

_____

5. Ми деңгейінде тұйықталатын сыртқы әсерлерге рефлекстік серпілістер бойынша (зерттелген серпілістерді көрсетіңіз, жұлын тарапынан жауап бар-жоғын көрсетіңіз) (По рефлекторным реакциям на внешние воздействия, замыкающиеся на уровне головного мозга (перечислить исследованные реакции, указать наличие спинальных ответов)) _____

_____

_____

6. Дене температурасы (При температуре тела) _____

7. Артериялық қан қысымы (При артериальном давлении) _____

8. Электроэнцефалографиялық зерттеулер деректері бойынша (По данным электроэнцефалографических исследований) _____

_____

9. Ангиография деректері бойынша (По данным ангиографии) _____

_____

10. Бақылау мерзімі (При сроке наблюдения в течение) _____

сағат, дүркін-дүркін неврологиялық қарау әр (часов с периодичностью

неврологических осмотров через каждые) _____ сағат сайын

(часов).

11. Қосымша зерттеулердің деректерін (токсикологиялық, мидың зат

алмасуын анықтау және.т.б.) ескере отырып (с учетом данных

дополнительных исследований (токсикологических, определения

метаболизма мозга и др.)) _____

_____

_____

Ми өлімі нысанында өлімнің болуын констатациялады (Констатировала

наступление смерти в форме смерти мозга)

20__ жылғы (года) "__" _____ в _____ сағ.(час.) _____ мин.

Қолдары (Подписи):

019/е нысанының артқы беті

Оборотная сторона ф. № 019/у

Ескерту: қосымша зерттеулер туралы 8, 9, 11- тармақтардағы толтыру

өлім себебін констатациялау мен таңдап алынған бақылау

режиміне байланысты (Нұсқауды қараңыз) жасалады.

Примечания: Заполнение п.п. 8.9. и пункта 11 о дополнительных

исследованиях производится в зависимости от констатации

причины смерти и избранного режима наблюдения (см.

Указания)

НҰСҚАУ

Ми қызметінің толық, біржолата тоқтауы нәтижесінде қайтыс болуды анықтау.

1. Қайтыс болу – ми қызметінің толық, біржолата тоқтауымен сипатталатын дененің тұтастай өлу жағдайы.

Қайтыс болуды анықтауда ми қызметінің тоқталуы және оның біржолата тоқтағаны дәлелденуімен қосылып шешуші анықтауыш болып табылады.

2. Қайтыс болудың келесі, болуы шартты және жеткілікті, ми қызметінің тоқтауын және оның біржолата тоқтағанын, жүрек қызметің жасанды түрде реанимациялық көмек (өкпені жасанды түрде желдету, жүрек-қан тамырларын ширату) шараларына қарамастан орын алған комплекс-белгілер негізінде анықталады.

Сананың толық және орнықты түрде жоғалуы.

Өкпені жасанды түрде желдету аппаратынан ажыратқанда өз еркімен тыныс алуының орнықты түрде жоғалуы.

Барлық бұлшық еттердің тонусын жоғалтуы.

Жұлыннан жоғары деңгейде түйісетін сыртқы әсерлерге барлық серпілістер мен барлық рефлекстердің жоғалуы.

Көз қарашығының орнықты түрде кеңеюі мен серпілісінің жоғалуы; олардың ортадағы қалыпта бекітілуі.

Гипотензиялық беталыс – с б.б. 80 мм және одан төмен, өздігінен дене қызуының төмендеуі.

2.2. Барлық көрсетілген белгілер, егер олар 12 сағат бойы сақталса,

егер осы уақыттан кейін электроэнцефалографияда мидың өзіндік

және шақырылған (жасанды) электрлік белсенділігі жоғалса, онда

олар қайтыс болуды анықтауға негіз болады.

Электроэнцефалографияны қолдану мүмкіндігі болмаған жағдайда бақылау мерзімі 24 сағатқа дейін ұзартылады.

2.3. 2.1.1.-2.1.6. -тармақтарының белгілерін қайтыс болуды белгілеу

мақсатында қолдану, қайтыс болу себебін тек құжаттау арқылы

анықтаған жағдайда қолданылады.

2.4. 2.1.1.-2.1.6. белгілері жарамсыз:

- дене қызуы 32° С және одан төмен болса

- ішкі – және сыртқы улармен улану белгілері болса, оның ішінде

есірткілік және седативті препараттар мен миорелаксанттар

әсерінен болса.

- 6 жасқа дейінгі балаларға, олар үшін сәйкес келетін

диагностика әлі қалыптаспаған.

2.5. Қайтыс болуды ми өлімі негізінде анықтау кезінде, бұл жағдайдың

себебі бұлыңғыр болса, оның ішінде улануы туралы күдік болса,

онда маңызды әдіс болып табылатын төрт магистральді артерия

бойынша (екі күре тамыр мен екі омыртқа тамыры) мидағы қан

айналымының тоқтауы. Бұл жағдайда ми өлімінің барлық белгілері

болса (2.1.1.-2.1.6. т.т.) тамырлармен қан айналымының тоқтауы

ангиографиялық әдіспен әр 30 минут сайын үш рет расталады.

Электроэнцефалографиялық тіркеу міндет емес.

3. Сыртқы улармен улану жағдайында, улы заттың табиғаты анықталған соң, қайтыс болу ми өлімі негізінде анықталу мүмкіндігі:

3.1. 2.1.1.-2.1.6.- тармақтарында көрсетілген клиникалық белгілердің сақталуы 3 тәуліктен кем болмаса;

3.2. Жоғарыда көрсетілген (2.1.1.-2.1.6. т.т.) клиникалық белгілер қанда улы заттар жоғалғаны зертханалық зерттеулер деректерімен құжатталған соң 24 сағат бойы сақталса.

3.3. Көрсетілген клиникалық белгілер (2.1.6. т.) болса және 4 магистральді тамырда 30 минут бойы қан айналымының тоқтауы ангиографиялық әдіспен дәлелденсе.

4. Ішкі улармен уланған жағдайда (бауыр энцефалопатиясы, гипосмостық кома, уремияның соңғы сатысы және т.б.), ми өлімі диагнозы зат алмасуының бұзылуын түзеуге арналған барлық шаралар қолданылып біткен соң ғана қойылады. Мұндайда диагноз сыртқы улармен улану жағдайында көрсетілген ми өлімін диагностикалаудың 3.1. және 3.2. тармақтары негізінде қойылады.

5. Бақылау мерзімін санауды бастауды 2.1.1.-2.1.6. -тармақтарының белгілері мен егер тіркелсе электроэнцефалография деректері негізінде емдеуші дәрігер мен невропатолог анықтайды.

6. Бақылау мерзімі кезінде науқас тұрақты қадағалауда болады: 12 және 24 сағаттық қадағалау мерзімінде неврологиялық қарау 2 сағатта 1 реттен кем болмауы, 3 тәуліктік қадағалау мерзімінде – 3 сағатта 1 реттен кем болмауы тиіс.

7. Қайтыс болуы ми өлімі формасы бойынша болғаны жайлы шешімді құрамы төмендегідей дәрігерлер комиссиясы қабылдайды: емдеуші дәрігер-анестезиолог-реаниматолог және невропатолог.

Реаниматологтың жұмыс тәжірибесі 5 жылдан кем болмауы керек.

Арнаулы зерттеулер жүргізілгенде (электроэнцефалографиямен тіркеу, ангиография) комиссия құрамына сол зерттеулер маманы кіреді. Шешімді реанимация бөлімшесінің меңгерушісі немесе оны алмастырушы адам бекітеді. Комиссия мүшелері ми өлімі негізінде қайтыс болуды анықтау туралы акт құрастырып, оған қолдарын қояды. Комиссияға трансплантолог-дәрігер кіре алмайды.

8. Қайтыс болу кезі жоғарыда көрсетілген қадағалау мерзімінің бітуіне сәйкес дәрігерлер комиссиясының есебі бойынша саналады.

9. Қайтыс болуы анықталған соң реанимациялық шараларды тоқтату және өкпені жасанды түрде желдету аппаратынан ажыратуды науқасты емдеген дәрігер жүзеге асыра алады.

УКАЗАНИЯ
По констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функции головного мозга (к ф. № 019/у)

1. Смерть – это состояние гибели организма как целого с полным необратимым прекращением функций головного мозга. Решающим для констатации смерти является сочетание прекращения функции головного мозга с доказательствами необратимости этого прекращения.

2. Смерть констатируется на основании следующего комплекса-признаков, наличие которых необходимо и достаточно для установления как факта полного прекращения функционирования головного мозга, так и необратимости этого состояния даже при искусственно поддерживаемой с помощью реанимационных мероприятий сердечной деятельности (искусственная вентиляция легких, сердечно-сосудистые стимуляторы):

Полное и устойчивое отсутствие сознания;

Устойчивое отсутствие самостоятельного дыхания при отключении

аппарата искусственной вентиляции легких;

Атония всех мышц;

Исчезновение любых реакций на внешнее раздражение и любых видов

рефлексов, замыкающихся выше уровня спинного мозга;

Устойчивое расширение и реактивность зрачков и их фиксация в

среднем положении;

Тенденция к гипотензии – 80 мм. рт.ст. и ниже, спонтанная

гипотермия.

2.2. Все указанные признаки дают основания для констатации смерти

при условии, если сохраняются в течение не менее 12 часов и

если по истечению этого времени на электроэнцефалографии

зарегистрировано полное отсутствие спонтанной и вызванной

электрической активности мозга. При невозможности использования электроэнцефалографии срок наблюдения продлевается до 24 часов;

2.3. Использование признаков в п. 2.1.1.-2.1.6. в целях установления смерти возможно только при условии документированного определения причинны смерти;

2.4. Признаки 2.1.1.-2.1.6. не действительны:

- при температуре тела 32°C и ниже

- при наличии признаков эндо- и экзогенной интоксикации, в частности, при действии наркотических и седативных препаратов и миорелаксантов;

- у детей до 6 лет, для которых соответствующая диагностика еще не разработана.

2.5. Существенным способом констатации смерти на основании смерти мозга в случаях неясности причин этого состояния, в том числе и при подозрении на интоксикацию, является установление прекращения кровообращения в мозге по всем четырем магистральным артериям (двум сонным и двум позвоночным). В этом случае факт прекращения циркуляции по сосудам подтверждается ангиографически трижды с интервалом времени 30 минут при

наличии всех признаков смерти мозга (пп. 2.1.1.-2.1.6.). При этом регистрация электроэнцефалографией не обязательна.

3. В случаях экзогенной интоксикации после определения природы токсического вещества смерть на основании мозга может быть констатирована:

При сохранении указанных выше (пп. 2.1.1.-2.1.6.) клинических признаков в течение не менее 3 суток;

При сохранении указанных выше клинических признаков (пп. 2.1.1.-2.1.6.) в течении 24 часов после исчезновения токсических веществ в крови, что документируется данными лабораторных исследований;

При наличии указанных клинических признаков (пп 2.1.6.) и ангиографически доказанном прекращении кровообращения по 4-м магистральным сосудам в течение 30 минут.

4. В случае эндогенной интоксикации (печеночная энцефалопатия, гипоосмолярная кома, терминальная уремия и др.) диагноз смерти мозга устанавливается после принятия всех возможных мер, направленных на коррекцию метаболических нарушений. В этом случае такой диагноз устанавливается на основании пп. 3.1. и 3.2., указанных для диагностики смерти мозга в случае

экзогенной интоксикации.

5. Начало отсчета срока наблюдения устанавливается лечащим врачом и невропатологом на основании признаков 2.1.1.-2.1.6. и данных электроэнцефалографии, если она регистрировалась.

6. В течение контрольного срока больной находится под постоянным наблюдением с периодичностью неврологического осмотра не реже, чем 1 раз в два часа при 12 и 24 часовом сроке наблюдения и не реже 3 часов – при 3-х суточном сроке наблюдения.

7. Решение о наступлении смерти в форме смерти мозга принимается комиссией врачей в составе: лечащего врача – анестезиолога – реаниматолога с опытом работы по реанимации не менее 5 лет и невропатолога. При проведении специальных исследований (регистрация электроэнцефалографией, ангиография) в состав комиссии включается соответствующий специалист. Решение утверждается зав. отделением реанимации или лицом его заменяющим. Члены комиссии составляют и подписывают акт о констатации смерти на основании смерти мозга. В комиссию не может входить врач-трансплантолог.

8. Момент смерти отсчитывается от времени, когда по расчетам комиссии врачей истекают указанные выше сроки наблюдения.

9. После констатации смерти могут быть прекращены реанимационные

мероприятия и выключен аппарат искусственной вентиляции легких,

что осуществляет врач, лечащивший больного.

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды_____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау міндетін атқарушының министрінің 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 021/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 021/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 021/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Республикалық деңгейде мамандандырылған
консультациялық-диагностикалық көмек алуға
жолдама
Направление
на получение специализированной консультативно-диагностической помощи
на республиканском уровне

Жолдама нөмірі (Номер направления) ¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦__¦ жылы (год) ¦__¦__¦__¦__¦

Жіберген медициналық ұйымның атауы (Наименование направляющей медицинской организации)
_____

_____

Тегі/Фамилия_____Аты/Имя_____Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии)_____

Туған жылы (Год рождения) ¦__¦__¦__¦__¦ Күні (Дата) ¦__¦__¦ Айы (Месяц) ¦__¦__¦ Жынысы (Пол) ¦е (м)¦ә (ж)¦

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____ ЖСН/ ИИН_____

Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

Жұмыс, үй телефоны (Рабочий, домашний телефон) _____

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы) _____

Жіберген кездегі диагнозы (Диагноз при направлении) _____

_____

Негізгі (Основной) АХЖ-10 диагноз коды (код диагноза МКБ 10)

_____

Қосалқы (Сопутствующий) АХЖ-10 диагноз коды (код диагноза МКБ 10) _____

Күні (Дата) _____

Жіберу мақсаты/Цель направления: Республикалық деңгейде мамандандырылған консультациялық-диагностикалық көмек көрсету (на специализированную консультативно-диагностическую
помощь республиканского уровня)

Жіберген медициналық ұйымның басшысы / Руководитель направляющей медицинской организации
_____/_____/_____

(қолы) (подпись) (Т.А.Ә.) (Ф.И.О.)

Мөр орны

(Место печати)

(болған жағдайда при его наличии)

Республикалық деңгейде мамандандырылған консультациялық-диагностикалық көмек көрсететін медициналық ұйымның басшысы/

Руководитель медицинской организации,

оказывающей специализированную

консультативно-диагностическую помощь

на республиканском уровне

_____/_____/(қолы) (подпись) (Т.А.Ә.) (Ф.И.О.)

Мөр орны (Место печати)

(болған жағдайда при его наличии)

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 022/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 022/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі) оқиғаларды тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета происшествий в наркологической организации для принудительного лечения (отделении)

20__ жылы(года) "__" _____ басталды(начат)

20__ жылы(года) "__" _____ аяқталды(окончен)

Журналды жүргізу тәртібі/Порядок ведения журнала
1. Журнал беттеріне нөмір қойылады, тігіледі, мөрмен бекітіледі, ұйымның бас дәрігерімен куәландырылады.
2. Журнал "Психикалық белсенді заттарды (ПБЗ) пайдаланудан пайда болған психикалық және мінез-құлықтың бұзылуынан зардап шеккен науқастар контингенттері туралы есеп" №37 жылдық есеп нысанын құру үшін есеп нысаны болып табылады (2602 және 2603 кесте ішіндегі жолдар).
3. 3 бағанда барлық оқиғалар жазбасы жүргізіледі.
4. Журналға міндетті түрде ықтиярсыз емдеуге арналған наркологиялық ұйымдардағы (бөлімшелердегі) жіберілген кім жасаса да тәуелсіз барлық қылмыстар, өзіне қол жұмсау немесе өзіне қол жұмсағысы келгендер, топпен және бір өзі тағамнан бас тарту, апаттық жағдайлар, өрт, от жіберу, эпидемиялық аурулар, өлімге әкеліп соқтырған бақытсыз жағдайлар, ықтиярсыз емдеуге арналған наркологиялық ұйым қызметкерлері мен ондағы орналасқан тұлғаларды жарақаттау және зиян келтіру, заңды бұзу фактілері енгізіледі.
1. Страницы журнала нумеруется, прошнуровывается, скрепляется печатью, заверяется главным врачом организации.
2. Журнал является учетной формой для составления годовой отчетной формы №37 " Отчет о контингентах больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (ПАВ)" (подтабличные строки 2602 и 2603).
3. В графе 3 производятся записи всех происшествий.
4. В обязательном порядке в журнал заносятся все допущенные в наркологической организации для принудительного лечения (отделении) преступления, независимо от того, кем они совершены, самоубийства и покушения на самоубийства, групповые неповиновения, групповые и одиночные отказы от пищи, стихийные бедствия, пожары, поджоги, эпидемические заболевания, несчастные случаи, повлекшие гибель, ранения и увечья работников наркологической организации для принудительного лечения и лиц находящихся в них, факты нарушения законности.

Р.с. № № пп	Күні, сағаты және минуты Дата, часы и минуты	Оқиға сипаты және оның салдары Характер происшествия и его последствия	Оқиғаға байланысты қабылданған шаралар Меры, принятые в связи с происшествием	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 022-1/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 022-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 022-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 024/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 024/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Консервіленген сүйек кемігін есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ УЧЕТА
консервированного костного мозга

20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	Қан тобы Группа крови	Резус-тиістілігі Резус принадлежность	Дайындалған күні Дата заготовки	Заттаңба № этикетки	Сүйек кемігін мұздатуға дайындық Подготовка костного мозга к замораживанию			
						салқындатқыш ерітінді охлаждающий раствор	қанның (сарысудың) № мен дайындалған күні АВ (N) топтары № и дата заготовки крови (сыворотки) АВ (N) группы	контейнерлер № № контейнеров	конте сүйек кемі өлшем көлем объем костн взвес в кон

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

024/е н. артқы беті

Разворот ф. № 024/у

Мұздату күні Дата замораживания	ЕРІТУ РАЗМОРАЖИВАНИЕ				
	Күні Дата	Контейнерлер № контейнеов	Трансплантауға дайындалған сүйек миының көлемі мен құтылардың саны Объем костного мозга, подготовленнного к трансплантации и количествофлаконов	Ядролы клеткалардың саны млрд-пен Количествоядросодержащихклеток в млрд.	Клеткалардың өмі қабілеттілігі (э сынамасы) Жизнеспособность (эозиновая проба)
15	16	17	18	19	20

А4 форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

Код формы по ОКУД

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Қатерлі ісікпен ауырған стационарлық науқастың
медициналық картасынан
КӨШІРМЕ*

(барлық стационарларда толтырылады)

ВЫПИСКА*
из медицинской карты стационарного больного
злокачественным новообразованием

(заполняется всеми стационарами)

Көшірмені берген ұйымның мекенжайы _____

(Адрес организации, выдавшего выписку) _____

Көшірме жолданған ұйымның аты мен мекенжайы _____

(Название и адрес организации, куда направляется выписка) _____

Қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылды (Диагноз

злокачественного нрвообразования установлен

впервые в жизни): Иә (Да) - 1, Жоқ (Нет) - 2

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество больного)

_____

Жынысы (Пол): Е (М) -1, Ә (Ж) - 2 _____ Ұлты (Национальность) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жұмыс орны (Место работы) _____

Кәсібі (Профессия) _____

Науқастың мекенжайы (толық) (Адрес больного (полностью)) _____

_____

Стационарға түскен күні (Дата поступления в стационар) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Шыққан немесе қайтыс болған күні (Дата выписки или смерти) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Стационарда болу ұзақтығы (күнмен) (Длительность нахождения в

стационаре (в днях)) _____

Арнаулы емдеудің басталған күні (Дата начала специального лечения)

_____

Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)

_____

_____

Сатысы (Стадия) _____

Диагноздың расталуы (Диагноз подтвержден): морфологиялық

(морфологически) -1, цитологиялық (цитологически) -2 рентгенологиялық

(рентгенологически) -3, эндоскопиялық (эндоскопически) -4, изотоптық

әдіспен (изотопным методом - 5, тек клиникалық (только клинически)

-6,- ИГХ-7, миелограмма (миелограмма)-8, иммунофенотиптеу

(иммунофенотипирование)-9, иммунологиялық (иммунологический)-10,

цитогенетика (цитогенетика)-11, цитохимия (цитохимия) -12,

Қан/несептегі М-гардиент (М-градиент в крови/моче) -13, Көпше иеломадағы Lg (Lg пр множественной миеломе) -14, рентгенография (рентгенография) -15.

(С81-96) -нұсқаулықты көрсету(указать вариантность):

☐ -L1;

☐ -L2;

☐ -L3;

☐ -L4;

☐ -L5;

☐ -M0;

☐ -M2;

☐ -M3;

☐ -M4;

☐

-M5;

-M6;

-M7

(С81-96) қауіп тобы (группа риска): 1-стандартты (стандартный);

2-жоғары (высокая); 24.9-резистілік (резистентность): 1-бірінші

(первичная); 2-екінші (вторичная).

Ісіктің гистологиялық құрылысы (Гистологическая структура опухоли)

_____

Емдеу (Лечение): радикалді (радикальное) - 1, паллиативті

(паллиативное) - 2 _____

1. Тек хирургиялық (Только хирургическое) _____

операция күні, аты, көлемі (дата операции, название и объем) ___

_____

2. Тек сәулелік (Только лучевое) _____

әдістемесі, қолданылу кезегі, сәулелеудің әр түрлері үшін дозасын

жеке көрсетіңіз

_____

(методика, последовательность применения, доза раздельно для

различных видов облучения)

а) қашықтықтық гамматерапия (дистанционная гамматерапия) _____

б) рентген терапиясы (рентгенотерапия) _____

в) жылдам электрондар (быстрые электроны) _____

г) біріктірілген (сочетанное): 1-түйісуші және қашықтықтық

гамматерапия (контактная и дистанционная гамматерапия) _____

д) 2-түйісуші гамматерапия мен терең рентген терапиясы (контактная

гамматерапия и глубокая рентгенотерапия) _____

3. Аралас (Комбинированное): операция күні мен оның сипаты, сәулелеу

әдістемесі мен түрі, қолданылу кезегі, сәулелеудің әр түрлері үшін

дозасын жеке көрсетіңіз (дата операции и ее характер, методики и вид

облучения, последовательность применения, доза раздельно для каждого

вида облучения) _____

а) хирургиялық және гамматерапия (хирургическое и гамматерапия)

_____

б) хирургиялық және рентген терапиясы (хирургическое и

рентгенотерапия) _____

в) хирургиялық және біріктірілген сәулелік (хирургическое и

сочетанное лучевое) _____

4. Тек химиятерапиялық (Только химиотерапевтическое): дәрілердің

атауы, дозалары (название лекарств, дозы) _____

_____

4.1. С91-95.9) үшін химиятерапия бойынша емдеу сатылары (Этапы лечения по химиотерапии для: (С91-95.9)) а) индукция (индукция); б) консолидация (консолидация); в) реиндукция (реиндукция); г) қолдаушы терапия (поддерживающая терапия); д) қайталануға қарсы курс (противорецидивный курс); е) симптоматикалық терапия (симптоматическая терапия) _

4.2. В гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита В): |_| - химия

_

терапияға дейін (до химиотерапии); |_|-химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); П-химия терапиядан кейін (После химиотерапии) С

_

гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита С): |_| - химия терапияға дейін (до химиотерапии); П-химия терапия кезінде (На фоне

_

химиотерапии); |_|-химия терапиядан кейін (После химиотерапии) тек гормондармен (только гормональное) _____

5. Комплекстік емдеу (Комплексное лечение) _____

6. Жүргізілген емдеу (операция түрі, көлемі) (проведенное лечение (вид операции, объем)) _____

_____

_____

7. Емдеудің басқа түрлері (Другие виды лечения) _____

8. Ұсыныстар (Рекомендации) _____

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты мен қолы _____

(Фамилия, имя, отчество и подпись врача) _____

20_жылғы (года) "__" _____

*Көшірме науқастың мекенжайы бойынша онкологиялық диспансерге

(бөлмеге) жіберіледі

*Выписка пересылается в онкологический диспансер (кабинет) по месту

жительства больного.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Науқаста асқынған түрдегі қатерлі ісік (IV клиникалық топ) анықталған жағдайға толтырылатын
ХАТТАМА*

ПРОТОКОЛ*
на случай выявления у больного запущенной формы
злокачественного новообразования (клиническая группа IV)

_____

(2 дана толтырылады: біріншісі стационарлық науқастың медициналық

картасында, амбулаторлық картасында қалады. Екіншісі науқастың

мекенжайындағы онкологиялық диспансерге жіберіледі.)

(составляется в 2-х экземплярах: первый остается в медицинской карте

стационарного больного, амбулаторной карте. Второй пересылается в

онкологический диспансер по месту жительства больного).

Стационарлық науқастың медициналық картасының № (амбулаторлық

картасының) (№ медицинской карты стационарного больного (амбулаторной

карты)) _____

1. Қай емдеу ұйымында толтырылды (Составлен лечебной организацией

_____

(аты мен орналасқан жері)

_____

(название и его местонахождение)

2. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество

больного) _____

3. Жасы (Возраст) _____ 4. Жынысы (Пол) Е (М) 1 - Ә (Ж) - 2

_

_____ |_|

5. Науқастың тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного местожительства

больного) _____

_____

_ _ _ _

6. Диагноз _____ |_|_|_|_|

_

7. Сатысы (Стадия) _____ |_|

8. Қатерлі ісіктің асқынғаны анықталған күн (Дата установления

запущенности рака)

күні число	айы месяц	жылы год

9. Алғашқы белгілердің пайда болу кезі (Дата появления первых признаков)

10. Науқастың сырқаты бойынша бірінші рет медициналық көмек сұрап

келуі

(Первичное обращение больного за медицинской помощью по поводу

заболевания)

күні (дата) _____ қай емдеу ұйымына (в какую лечебную организацию)

_____

_____

_____

11. Алғашқы рет қатерлі ісік диагнозы қойылған күн (Дата установления

первичного диагноза злокачественного новообразования) _____

_____ қай ұйымда (в какой организации)

Науқастың осы сырқаты салдарынан хронологиялық тәртіпте дәрігерлер

мен емдеу ұйымдарына қаралуы туралы, әр емдеу ұйымы туралы мыналарды

көрсетіңіз (Указать в хронологическом порядке этапы обращения

больного к врачам и в лечебные организации по поводу данного

заболевания, о каждой лечебной организации необходимо отметить

следующее):

1. Емдеу ұйымының атауы (Наименование лечебной организации) _____

2. Барған күні (Дата посещения) _____

3. Зерттеу әдістері мен олардың нәтижесі (Методы исследования и их

результаты) _____

4. Қойылған диагноз (Поставленный диагноз) _____

5. Жүргізілген ем (Проведенное лечение) _____

_____

_____

* Бұл хаттама III сатыдағы көзге көрінетін жерде орналасқан қатерлі ісік үшін де толтырылады.

* Настоящий протокол составляется и на III стадию злокачественных новообразований визуальных локализаций.

12. Асқыну себептерін анықтау үшін келесі сұрақтардың жауабын хронологиялық тәртіппен толтырыңыз (В хронологическом порядке заполнять следующие вопросы для выяснения причин запущенности):

12.1. Науқастың медициналық көмек алуға емдеу ұйымына дер кезінде қаралмауы (керегінің астын сызыңыз) (Несвоевременное обращение больного за медицинской помощью в лечебную организацию (нужное подчеркнуть)):

а) ФАП-ке, ЖДА-ға, АДА-ға, аудандық (қалалық) емханаға 3 ай, 6 ай, 1 жыл бұрын қаралды (обратился (-лась) в ФАП, СВА, СВБ, районная (городская) поликлиника 3 мес., 6 мес., 1 год тому назад)

б) дәрігерге ешқашан қаралмаған немесе бірінші рет қаралуы (никогда не обращался (-лась) к врачу или обратился (-лась) впервые) күні

(дата) _____.

12.2. Науқастың медициналық көмек алуға онкологиялық ұйымға дер кезінде қаралмауы (керегінің астын сызыңыз)

Несвоевременное обращение больного за медицинской помощью в онкологическую организацию (нужное подчеркнуть):

а) 2 ай, 3 ай, 6 ай және одан ұзақ онкобөлмеге, онкодиспансерге (онкокабинет, онкодиспансер за 2 мес., 3 мес., 6 мес. и более месяцев).

б) расталған күні (дата подтверждения) _____ немесе "обыр" диагнозының жоққа шығарылған күні (или дата исключения диагноза "рак") керегінің астын сызыңыз және күнін жазыңыз (нужное подчеркнуть и вписать дату) _____.

12.3. Жалпы емдеу желісінде ұзақ тексерілуі (аудандық, облыстық емхана – керегінің астын сызыңыз) (Длительное обследование в общей лечебной сети (районная, областная поликлиника - нужное подчеркнуть)):

а) мерзімдері (жазыңыз) (сроки (вписать)) _____

12.4. Онкологиялық ұйымда ұзақ тексерілуі (диспансер, институт – керегінің астын сызыңыз) (Длительное обследование в онкологических организациях (диспансер, институт - нужное подчеркнуть)):

а) тексеру мерзімдері 1 ай, 2 ай, 3 ай және одан ұзақ (керегінің астын сызыңыз) (сроки обследования 1мес., 2 мес., 3 мес. и более месяцев (нужное подчеркнуть)).

12.5. Ауру ағымының астыртын өтуі (керегінің астын сызыңыз) Скрытое течение болезни (нужное подчеркнуть):

а) ешқашан ауырмаған (никогда не болел)

б) ұзақ ауырған (гастрит, ойық жара ауруы, пневмония, бронхит, туберкулез, көтеу, түймешік, тері аурулары, сүт безіңде ісік немесе жаңа пайда болымдар болуы, жатыр мойнының жалақ жарасы және т.б.) (долго болел (гастрит, язвенная болезнь, пневмония, бронхит, туберкулез, геморрой, полип, кожные болезни, наличие опухоли или образования в молочной железе, эрозия шейки матки и др.))

в) обыр бірінші рет аудандық, облыстық, республикалық емханада, диспансерде, институтта қойылды (рак установлен впервые в районной, областной, республиканской поликлинике, диспансере, институте) күні (дата) _____.

12.6. Диагностика қателігі (керегінің астын сызыңыз) (Ошибка в диагностике (нужное подчеркнуть)): а) клиникалық (клинической), б) рентгенологиялық (рентгенологической), в) патогистологиялық (патогистологической), г) УДЗ (УЗИ), д) эндоскопиялық (эндоскопической)

13. Қосымша ескертулер (Дополнительные замечания) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

14. Осы жағдайды талқылау туралы деректер (Данные о разборе

настоящего случая) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

а) конференция өткен ұйымның атауы (наименование организации, где

проведена конференция)

_____

_____

б) конференция өткен күні (дата проведения конференции)_____

в) шығарылған тұжырымдар (организационные выводы) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Хаттаманы толтырған дәрігердің қолы

(Подпись врача, составляющего протокол) _____

Бас дәрігердің қолы

(Подпись главного врача) _____

Хаттаманың толтырылған күні

(Дата составления протокола) 20__ жылғы (года) "__" _____

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Материалды цитологиялық зерттеуге
ЖІБЕРУ
Направление
материала на цитологическое исследование

Квитанция № (квитанции) _____

Квота № (квоты) _____

Материал АЛҒАШҚЫ, ҚАЙТАЛАП алынған (астын сызыңыз)

Материал ПЕРВИЧНЫЙ, ПОВТОРНЫЙ (подчеркнуть)

Алғашқы зерттеудің № (первичного исследования) _____

Бөлімше (Отделение) _____

Сырқатнаманың № (истории болезни) _____

Науқас (Больной) _____

тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз) (Пол: (муж, жен – подчеркнуть))

Науқастың жасы (возраст больного) _____ жаста (лет)

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз)

_____

_____

Сырқатнама, объективті статусы (История заболевания, объективный

статус) _____

_____

_____

_____

_____

Параклиникалық зерттеу әдістерінің (ФГДС, УДЗ, КТ, МРТ,

рентгенография және т.б. басқалары) деректері

(Данные параклинических методов исследования (ФГДС, УЗИ, КТ, МРТ,

рентгенография и др.)) _____

_____

_____

_____

Зертханалық зерттеу әдістерінің деректері (Данные лабораторных

методов исследования):

_____

_____

_____

_____

Емдеу түрі, дозасы, тиімділігі (Вид лечения, доза, эффект):

_____

_____

_____

_____

Материалды алу орны мен сипаттамасы (Место взятий материала и его характеристика)

_____

_____

_____

_____

Жіберілген әйнектер саны (Количество посылаемых стекол)

_____

Материал жолданған күн (Дата направления материала)

20__ жыл (год) "__" _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

қолыңыз анық болсын (подпись разборчиво)

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 033/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 033/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Трансплантау үшін мәйіттің бүйрегін алу туралы
АКТ

АКТ
об изъятии почки у трупа для трансплантации

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 034/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 034/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

КОНСЕРВІЛЕНГЕН ДОНОРЛЫҚ ТІНДЕРДІҢ ЖӘНЕ (НЕМЕСЕ) АҒЗАЛАРДЫҢ (АҒЗАЛАРДЫҢ БӨЛІКТЕРІ) ПАСПОРТЫ
ПАСПОРТ КОНСЕРВИРОВАННОЙ ДОНОРСКОЙ ТКАНИ И (ИЛИ) ОРГАНА (ЧАСТИ ОРГАНА)

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алған денсаулық сақтау ұйымы

(Организация здравоохранения, где производилось изъятие ткани и (или) органа (части органа)_____

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) атауы, саны (Наименование, количество ткани и (или) органа (части органа)) _____

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) алынған күні және уақыты

(Дата и время изъятия ткани и (или) органа (части органа) _____

Донордың ТАӘ жасы, жынысы (ФИО донора, возраст, пол) _____

_____

Қан тобы, резус (Группа крови, резус) _____

Түскен уақыты (Дата поступления) _____

Сырқатнаманың № (№ истории болезни)_____

Диагноз (Диагноз) _____

Өкпенің жасанды ауаны жаңартуда болу уақыты (Время нахождения на искусственной

вентиляции легких)_____

_____

Гипотензия уақыты (Время гипотензии) _____

Соңғы тәуліктегі, сағаттағы диурез (Диурез в последние сутки, часы) _____

Донорды фармдайындау (Фармподготовка донора) _____

_____

Ишемия кезеңі (Период ишемии) _____

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алу ерекшеліктері (Особенности

изъятия ткани и (или) органа (части органа)) _____

_____

Жуу кезіндегі қысым (Давление при отмывке) _____

Жуу сатысы (Степень отмывки) _____

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) консервілеу әдісі,

консервілейтін ерітіндінің атауы (Способ консервации органа (части органа), название консервирующего раствора):_____

_____

Консервілейтін ерітіндінің пайдалану мерзімі (Срок годности консервирующего раствора):_____

_____

ИФА және (немесе) ПЦР өткізу күні және зерттеу нәтижелері (Дата проведения и результаты исследования иммуноферментного анализа - при наличии (далее - ИФА) и (или) полимеразной цепной реакции - при наличии (далее – ПЦР) на:

- АИТВ (ВИЧ): _____

- Гепатит В: _____

- Гепатит С: _____

- Сифилис: _____

Консервілеу кезеңі: оң (Период консервации):

Бүйректің оң (правой) _____ сол (левой) _____

Өкпенің оң (правой) _____ сол (левой) _____

Жүректің _____

Бауырдың _____

Басқа (Другое) _____

Реципиенттердің ТАӘ (ФИО реципиентов) 1._____ 2. _____

Жасы, қан тобы (Возраст, группа крови) 1. _____ 2. _____

Донордың иммунологиялық көрсеткіштері (Иммунологические показатели донора) _____

_____

Реципиенттердің (Реципиентов) 1. _____ 2. _____

Трансплантат функциялары (Функции трансплантата) _____

Денсаулық сақтау ұйымының атауы, тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алған және консервілеген тұлғалардың қызметі, ТАӘ (Название организации здравоохранения, ФИО, должность лиц, проводивших изъятие и консервацию органа (части органа)):_____

_____

_____

Консервілеуге жауапты тұлғалардың ТАӘ, қолы (ФИО, подпись ответственных лиц за консервацию):_____

_____

_____

Күні, айы, жылы, уақыты (День, месяц, год, время) : "_____"

_____ 20__ жыл (год) " ___" сағат (час) "_____" минут (минута)

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 041/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 041/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 041/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 056/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 056/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы комиссиялық куәландырудың № _____ медициналық қорытындысының түбіртегі
Корешок медицинского заключения №_____
по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его больным с психическим расстройством (заболеванием)
(от) 20__ жылғы (года) "__" _____ күні

_____

стационарлық науқастың медициналық картасына, амбулаторлық картаға

тігіледі. (подшивается в медицинскую карту стационарного больного,

амбулаторную карту)

Дәрігерлер комиссиясының құрамы:

Врачебная комиссия в составе:

Төраға (Председателя) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)

Комиссия мүшелері (Членов комиссии) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)

_____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)

бұйрығымен құрылды (созданная приказом) _____

Денсаулық сақтау органы (Орган здравоохранения)

№ _____ (от) 20__ жылғы (года) "__" _____ күні

азаматты куәландырды (освидетельствовала гр) _____

_____ мекенжайы, (проживающего по адресу): _____

күні,айы, жылы (число, месяц, год)

_____

_____

Стационарлық науқастың медициналық картасы (амбулаторлық картасы)

Медицинская карта стационарного больного (амбулаторная карта)

_____

ұйымның атауы мен № (наименование и № организации)

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 056/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 056/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы комиссиялық куәландырудың медициналық қорытындысы № _____
Медицинское заключение № _____
по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его больным с психическим расстройством (заболеванием)
(от) 20__жылғы (года) "__" _____күні

_____

Жергілікті маслихаттар әкімшілігіне немесе мекенжайындағы учаскелік

сайлау комиссиясына жіберіледі

Направляется в администрацию местных маслихатов или в участковую

избирательную комиссию по месту жительства.

Дәрігерлер комиссиясының құрамы:

Врачебная комиссия в составе:

Төраға (Председателя) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)

Комиссия мүшелері (Членов комиссии) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)

_____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)

_____

бұйрығымен құрылды (созданная приказом) _____

денсаулық сақтау органы (орган здравоохранения)

№ _____ (от) 20__ жылғы (года) "___" _____ күні

Тұлға куәландырды (освидетельствовала лицо) _____

ТАӘ (ФИО)

_____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

мекенжайы (проживающего по адресу) _____

_____

Қорытынды (Заключение): Жеке тұлға (физическое лицо) _____

_____

_____

_____

Қысқа сыртартпа (Краткий анамнез) _____

_____

_____

_____

Психикалық статусы (Психический статус) _____

_____

_____

_____

Диагноз _____

_____

_____

Қорытындысы (Заключение): Жеке тұлға (физическое лицо)) _____

ТАӘ (ФИО)

_____

_____

_____

дәрігерлік комиссиясымен өзінің психикалық жағдайы бойынша психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп танылды, танылмады (керексізін сызып тастаңыз) және заң бойынша сайлаушылар қатарында бола алады, бола алмайды (керексізін сызып таста) (по своему психическому состоянию признан, не признан (ненужное вычеркнуть) врачебной комиссией больным с психическим расстройством (заболеванием) и в соответствии с законом, может, не может (ненужное вычеркнуть), быть включен в списки избирателей по выборам в) _____

сайлаулар атауы (наименование выборов)

М.О. Комиссия төрағасы (Председатель комиссии) _____

қолы (подпись)

М.П. Комиссия мүшелері (Члены комиссии) _____

қолы (подпись)

№ 056/е н.артқы беті

_____

Т.А.Ә (Ф.И.О)

дәрігерлік комиссиясымен өзінің психикалық жағдайы бойынша психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп танылды, танылмады (керексізін сызып тастаңыз) және заң бойынша сайлаушылар қатарында бола алады, бола алмайды (керексізін сызып таста) (по своему психическому состоянию признан, не признан (ненужное вычеркнуть) врачебной комиссией больным с психическим расстройством (заболеванием в соответствии с законом, может, не может (ненужное вычеркнуть), быть включен в списки избирателей по выборам) _____

сайлаулар атауы (наименование выборов)

М.О. Комиссия төрағасы (Председатель комиссии) _____

қолы (подпись)

М.П. Комиссия мүшелері (Члены комиссии) _____

қолы (подпись)

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 066/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 066/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы
Статистическая карта выбывшего из стационара

№ _____

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған

емдеуге жатқызу коды

Код госпитализации, определенный

Бюро госпитализации

1.Тегі/Фамилия_____

Аты/Имя_____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии)
_____

2.Туған күні (Дата рождения) /_____/_____/_____/ 3.Жынысы (Пол):ер (муж) -1, әйел (жен)-2

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

4. Рост _____, вес_____Баланың туған кездегі салмағы (Масса ребенка при рождении) _____г, бойы (рост)_____см (1-жасқа дейінгі балаларға толтырылады (заполняется на детей до 1 года))

5. Ұлты (Национальность) _____6.Тұрғыны (Житель): қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

7. Оралман: 1 – иә (да), 2 – жоқ (нет)

8. ЖСН (ИИН) ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

9. Медициналық тіркеу нөмірі |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

(Регистрационный медицинский номер)

10.Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): область_____, ауданы (район) _____, елдімекені (населенный пункт) _____, көшесі (улица)_____, үйінің (дом) № ____, пәтерінің (кв.) №_____, тел._____

11. ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

12. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус):

□

- қызметкер (служащий),

□

- жұмыскер (рабочий),

□

- ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

□

- зейнеткер (пенсионер),

□

- оқушы (учащийся),

□

- үй шаруасындағы әйел (домохозяйка),

□

– жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом),

□

- табынушы (служитель культа),

□

- жұмыссыз (безработный),

□

- басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): Ұлы отан соғысының мүгедегі - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰОСМ) (инвалид Великой Отечественной войны - при наличии (далее - ИВОВ) – 1, Ұлы отан соғысының қатысушы - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰОСҚ) (участник Великой Отечественной войны - при наличии (далее - (УВОВ) – 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, радиация әсерін алған тұлғалар (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9, қоныс аударушылар (переселенцы) – 10, басқалар (прочие) – 11.

14. Пациент жолданды (Пациент направлен):

БМСК(ПМСП)-1, ДЕЕК (КДП)-2, өзі қаралды (обратился самостоятельно)-3, жедел жәрдемнен (скорой помощью)-4, басқа стационардан (другим стационаром)-5, әскери комиссариаттан (военкоматом)-6(керекті астын сызыңыз)

(нужное подчеркнуть).

15. Жолдаған медициналықұйымның болған жағдайда (бұдан әрі –МҰ) коды мен атауы:

(Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО)):

_____

16. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

_____АХЖ-10 коды (код МКБ-10)

17. Жарақаттың түрі: тұрмыстық, көшедегі, спортттық, мектептегі, мектепке дейінгі, жол-көлік, өндірістік (керекті астын сызыңыз)

Вид травмы: бытовая, уличная, спортивная, школьная, дошкольная, дорожно-транспортная, производственная (нужное подчеркнуть)

18.Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен атауы (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

_____

19. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрдеауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 - шұғыл түрде 7- 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7- 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

20. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

21. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), 1 жасқа дейінгі баланы емізетін анамен (бар/жоқ)/госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет)

22. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): _____

_____АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

_____

23. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации) _____/_____/_____ __ ____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

24. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки (смерти))_____/_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

25. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) _____

26. Бөлімше (Отделение): _____Код

атауы (наименование)

27.Төсек бейіні (Профиль койки): _____ Код

28. Реанимацияда болдыма (Находился в реанимации):иә (да), жоқ (нет) күндері (дней)_____

29.	**Диагноз**	**АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)**	**АХЖ-10 бойынша айқындау коды (уточняющий код по МКБ-10)**
Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз		1.	
		2.	
Асқынулары Осложнения			
Ілеспелі ауру 1 Сопутствующее заболевание 1			
Ілеспелі ауру 2 Сопутствующее заболевание 2			
Патологоанатомиялық диагноз/өлуінің себебі Патологоанатомический диагноз/ причина смерти			

30. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

31. Жазба актісінің (№, дата акта записи) № _____ күні _____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

32. МЭТ (МЭТ) № _____, КШТ (КЗГ) № _____

33 Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

34. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	**Медициналық техниканың коды Код медицинской техники**	**Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники**	**Қызметінің коды Код услуги**	**Қызметінің атауы Наименование услуги**	**Саны Количество**
1	2	3	4	5	6

35. RW-ғатексеру (Обследован на: RW)	☐ оң (положительно)	☐ теріс (отрицательно)	☐
АИТВинфекция (ВИЧ-инфекцию)	☐ оң (положительно)	☐ теріс (отрицательно)	☐

36. Қан компоненттерін құю (Переливание компонентов крови) иә (да)____, жоқ (нет)____

37. Трансфузиялардың кері салдары (неблагоприятные последствия трансфузий): иә (да), жоқ (нет)

38.Қантобы (Группа крови) _____ Резус-фактор _____

39. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие)(керекті астын сызыңыз)(нужное подчеркнуть)

40. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілгенқызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Өлшембірлігі Единица измерения	Саны Количество

Клиникалықбөлімшедеқолданылғандәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшембірлігі Единица измерения	Саны Количество

Қолданылғаноперациялықжәнеанестезиологиялықдәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Өлшембірлігі Единица измерения	Саны Количество

Реанимация бойыншақолданылғандәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Өлшембірлігі Единица измерения	Саны Количество

41. Пайдаланған донорлық қан, оның компоненттері мен препараттарының парағы
(Лист использованной донорской крови, ее компонентов и препаратов)

№	Код	Донорлық қан компоненттерінің атауы (наименование компонентов донорской крови)	Өлшембірлігі Единица измерения	Саны Количество
		Эритроцит бар ортаның барлық түрлері (эритроцитсодержащие среды всех видов)	Мөлшері (доза)	
		Плазманың барлық түрлері (плазма всех видов)	Мөлшері (доза)	
		Криопреципитат (криопреципитат)	Мөлшері (доза)	
		Тромбоциттік концентрат (тромбоцитный концентрат)	Мөлшері (доза)	
		Қанның басқа жасушалары (другие клетки крови)	Мөлшері (доза)	
		Қанның препараттары (альбумин) (препараты крови (альбумин))	Мөлшері (доза)	

Қысқартулар/Сокращение: КШТ - клиникалық-шығындытоптар (КЗГ – клинико-затратная группы);

ММК – мамандандырылған медициналықкөмек (СМП – специализированная медицинская помощь);

ЖММК – жоғарымамандандырылған медициналықкөмек (ВСМП – высокоспециализированная медицинская помощь);

42. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата Уақыты Время	Операцияның атауы мен коды Название и код операции	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2- жоспарлы Тип операции: 1 -экстренная, 2-плановая	Операциядан кейінгі асқынулар Послеоперационное осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)	Дәрігерлердің коды Коды врачей
Хирургиялық операциялар Хирургические операции						
__/__/__ ___:__						хирург
						ассистент
Код						анестезиолог
__/__/__ ___:__						хирург
						ассистент
Код						анестезиолог
__/__/__ ___:__						хирург
						ассистент
Код						анестезиолог
__/__/__ ___:__						хирург
						ассистент
Код						анестезиолог

43. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания):шықты (выписан) – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4

44. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения):сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) – 5

45. Дәрігер (Врач):Т.А.Ә.(болған жағдайда)

(Ф.И.О.) (при его наличии) _____ Код_____Қолы (Подпись)_____

46. Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением) Т.А.Ә.(болған жағдайда)

(Ф.И.О.)(при его наличии)_____ Код _____ Қолы (Подпись)_____

	Стационардан шыққан пациенттің картасы 066/е нысанына №1 қосымша парақ Вкладной лист №1 к форме 066/у карте выбывшего из стационара

Жүрек-тамырлық жүйесінің аурулары бар пациенттің картасы
Карта пациента
с заболеванием сердечно-сосудистой системы

ЖКС (ОКС): жоқ (нет)___ иә (да) ___

□

ST көтеруімен с подъемом ST

□

ST көтерусіз без подъема ST

№ , картаны толтыру күні (дата заполнения карты) /__/___/_____/

Емдеуге жатқызу бюросы белгілеген емдеуге жатқызу коды (Код госпитализации, определенный Бюро госпитализации)

1. Тегі (Фамилия)_____

Аты (Имя)_____ Әкесінің аты (Отчество)_____

2. Туған күні (Дата рождения) /_____/_____/_____/

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

Жасы (түскен кездегі толық жасы) Возраст (полных лет при поступлении) _____

3. Жынысы (Пол): ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Пациенттің дене салмағы (Вес) ____кг, Бойы (Рост) _____см (пациента) ДСИ (ИМТ)_____

5. Ұлты (Национальность) _____ 6. Тұрғын (Житель): қала (города) – 1, ауыл (села) – 2

7. Оралман: 1 –иә (да), 2 – жоқ (нет) 7. 1. Азаматтылығы (Гражданство)_____

8. ЖСН (ИИН)____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

9. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) |____|____|____|____|___
_|____|____|____|____|____|____|

10. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): облыс (
область)_____, аудан
(район)_____, елді-мекен (населенный пункт)_____, көше (улица)____
_____, үй № (№ дома)
____, пәтер № (№ кв.) _____, тел._____ ұялы телефон (мобильный телефон)_____

11. ӘАБЖ коды (Код КАТО) _____

12. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (
рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (
пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен
айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (
безработный), 10 - басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2,
интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) –
4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица,
подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге
шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы)
– 10; басқалар (прочее) – 11.

14. Пациент жіберілді (Пациент направлен): МСАК-1, КДК-2, өздігінен жүгіну-3, жедел
жәрдем-4, басқа стационар-5, әскери комиссариат-6, басқа-7, сот органдары-8, құқық қорғау
органдары-9, ҮЕҰ-10 (ПМСП-1, КДП-2, сам обратился-3, скорой помощью-4, другим стационаром-5,
военкоматом- 6, прочие-7, судебные органы-8, правоохранительными органами-9, НПО-10).

15. Жіберген медициналық ұйымның коды және атауы – болған жағдайда (бұдан әрі – МҰ)

Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО):

_____

16. Жіберген ұйымның қойған диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

_____АХЖ-10 коды (код МКБ-10)

17. МСАК көрсететін, бекітілген медициналық ұйымның коды және атауы (Код и название
медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)

18. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспары (плановая), 2 - ауру басталғаннан бастап алғашқы 6 сағатта шұғыл (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания) , 3 – 7-24 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 7- 24 часов), 4 - 24 сағаттан кейін шұғыл (экстренная после 24 часов).

19. Осы жылы осы ауру бойынша емдеуге жатқызу (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания): 1- алғашқы (впервые) 2 - екінші рет (повторно)

20. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-факторы _____

21. Түскен кездегі диагноз (Диагноз при поступлении): _____

_____АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

22.

□

ST көтеруімен ЖКС Орналасуы

(ОКС с подъемом ST Локализация):

□

алдыңғы (передний)

□

төменгі (нижний)

□

қапталық (латеральный)

□

оң жақ қарынша (ОҚ) (RV3R, RV4R бұру) (правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

□

белгісіз (неопределенная)

23.

□

ST көтерусіз ЖКС Орналасуы

(ОКС без подъема ST Локализация):

□

алдыңғы (передний)

□

төменгі (нижний)

□

қапталық (латеральный)

□

оң жақ қарынша (ОҚ)

□

белгісіз (неопределенная)

24. ЭКГ жасалған күні және уақыты (Дата и время проведения ЭКГ) _____/_____/_____ _____/_____

кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы)

25. Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) _____/_____/_____ _____/_____

кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

26 Басқа стационардан ауыстыру (Перевод из другого стационара) +)

Жоқ (нет)

Иә (да)

□

аймақтындыру бағыты бойынша ауыстырылды (переведен по маршруту регионализации)

□

А-аймағы (зона А) (100 км аз) (менее 100 км) _____

□

Б-аймағы (зона Б) (100 км артық) (более 100 км _____

27 Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) _____/_____/_____ __ ____/_____ кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

28 Дата и время выписки (перевода) из стационара)_____/_____/_____ _____/_____ кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

29. Индекстік жағдайдың уақыты (ишемия белгілерінің басталуы) Время от индексного события (начала симптомов ишемии) уақыты (время) (кк/аа) (дд/мм/) /) _____сағат (час.) _____мин. __ _____сағат (час) _____мин.

30. Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну)/ Ввремя обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) кк/аа (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин. __ _____ (дд/мм/) _____час. _____мин. _____ (сигналдық карта бойынша қабылданған қоңыраудың уақыты/ время принятого вызова по сигнальной карте)

31. Мед.персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты (Время первого контакта с медицинским персоналом) кк/аа (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин. _____

32. Жағдай орын алған орын (Место, где случилось событие)

□

үйде (дома)

□

жұмыста (на работе)

□

қоғамдың орында (в общественном месте)

□

басқа (др.)

33. Келу орны (Место прибытия):

қабылдау бөлімі (приемный покой),

РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП (қабылдау бөліміне соқпай) ОРиИТ/ БИТ/ ПИТ (минуя приемное отделение)

АКГ-зертханасы (қабылдау бөліміне соқпай, РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП) АКГ- лаборатория (минуя приемное отделение, ОРиИТ/БИТ/ПИТ)

басқа (др.)

34. Қауіп факторлары (Факторы риска).

Артериялық гипертензия

(Артериальная гипертензия)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) (диетотерапия, пероральды

терапия, инсулинотерапия)

□

белгісіз (неизвестно)

Шылым шегу (Курение)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) (кейде, үнемі) (иногда, постоянно)

□

белгісіз (неизвестно)

Алкоголь

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Артық дене салмағы (Избыточная масса тела)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Төмен фиказалық белсенділік (Низкая физическая активность)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Дислипидемия

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Тұқым қуалау бейімділігі (Наследственная предрасположенность)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (Случаи внезапной смерти в семье)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Басқалар (Другие) _____

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

35. Бұрын болған кардиалық сыртартқы (Предшествующий кардиальный анамнез)

Өткерген миокард инфаргі

Перенесенный инфаркт миокарда

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Журекшелер фибрилляциясы

Фибрилляция предсердий

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Тұрақты стенокардия ширыққан

Стабильная стенокардия напряжения

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Тұрақсыз стенокардия

Нестабильная стенокардия

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

ЭКС/ИКД /СРТ (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Жүрек қақпақшаларының ауруы

Болезни клапанов сердца

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Кардиомиопатия

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі

Хроническая сердечная недостаточность

□

жоқ (нет)

□

белгісіз (неизвестно)

□

иә (да) (NYNA бойынша ФК

□

I,

□

II,

□

III,

□

IV)

36. Ілеспелі кардиалық патология (Сопутствующая некардиальная патология)

МҚЖБ (ОНМК)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

(1-геморрагиялық инсульт, 2- ми инфаргі) (1 - геморрагический инсульт, 2 - инфаркт мозга)

□

белгісіз (неизвестно)

Бүйрек функциясының созылмалы ауруы (БСА)

Хроническая болезнь почек (ХБП)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Перифериялық тамырлар ауруы/ қолқа аневризмасы

Болезни периферических сосудов/аневризма аорты

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Соңғы 5 жылдың ішіндегі онкологиялық аурулар

Онкологические заболевания последние 5 лет

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

АІЖ аурулары (ойықжаралар, эрозиялар)

Болезни ЖКТ (язвы, эрозии)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

ӨСОА (ХОБЛ)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Өмір сүру сапасын төмендететін басқа аурулар

Другие заболевания, ухудшающие качество жизни

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Сыртартқысы анамнез

Семейный анамнез

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

37. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі (Текущее состояние при поступлении)

38. Белгілері (симптомы)

Кеудедегі жайсыздық/ ауырсыну

(Дискомфорт/боль в грудной клетке)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Ентігу (Одышка)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Жүректің тоқтауы (Остановка сердца)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Әлсіздік (Слабость)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Талу (Синкопе)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Другие симптомы

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Аурудың симптомсыз ағымы

Бессимптомное течение

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно) +

39. Физикалық деректері (түсу кезінде) Физикальные данные (при поступлении)

ЖЖЖ (ЧСС) минутына _____ соғу (уд.в мин)

Систолалық АҚ (АД систолическое) _____сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.) диастолалық (диастолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.), орта АҚ (среднее АД)_____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.).

40. Жүрек функциясының жеткіліксіздігі (ЖЖ) түскен кездегі Killip бойынша класс

Сердечная недостаточность (СН) класс по Killip при поступлении

□

I,

□

II ,

□

III,

□

IV

□

белгісіз (неизвестно)

41. Қан талдамасы (түскен кезде) (Анализ крови (при поступлении)

Вч-Тропонин I/T (түскен кезде) (при поступлении)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) ___

а) Вч-Тропонин I/T (ең жоғары мағына) (максимальное значение)_____

МВ-КФК

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

d – димер

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

BNP/pro BNP

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Гемоглобин

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Гематокрит

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Тромбоцит

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Глюкоза

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Липидты спектр (Липидный спектр) (ХС

□

жоқ (нет)

□

иә (да), ЛПНП

□

жоқ (нет)

□

иә (да) , ЛПВП

□

жоқ (нет)

□

иә (да) , ТГ

□

жоқ (нет)

□

иә (да))+

Креатинин

□

жоқ (нет)

□

иә (да) ____мкмоль/л

Креатинин шумақшалық сүзулу жылдамдығы (Скорость клубочковой фильтрации) креатинина_____
___(автоматический расчет)

Калий

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Магний

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Кальций

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

42. Аспаптық зерттеу әдістері (Инструментальные методы исследования)

43.ЭКГ (түскен кезде) (при поступлении)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) ;

Ырғақ (Ритм)

□

синустық (синусовый)

□

жүрекшелер фибрилляциясы (фибрилляция предсердий)

□

электрокардиостимулятор ырғағы (ритм электрокардиостимулятора) (ЭКС)

□

басқа (др.)

□

белгісіз (неизвестно)

QRS

□

қалыпты (норма)

□

Гис будасы солжақ аяқшасын оқшаулау (ГБСАО) (блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ))

□

Гис будасы оңжақ аяқшасын оқшаулау (ГБОАО) блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)

□

басқа (др.)

□

белгісіз (неизвестно)

ST T

□

ST сегментін көтерумен(с подъемом сегмента ST)

□

ST сегменті көтерусіз (без подъема сегмента ST))

□

Т ирегінің инверсиясы (инверсия зубца Т)

□

қалыпты ЭКГ (нормальная ЭКГ)

□

басқа (др.)

□

белгісіз (неизвестно)

44. ЭхоКГ (түсу кезінде) (при поступлении)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) ;

□

N Симпсоны бойынша солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)

(фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N) (>50%)

□

болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)

□

қалыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)

□

айқын сипатталған төмендеу (выраженное снижение) (<30%)

□

солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ

(не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)

Жергілікті жиырылғыштың бұзылған аймақтарының болуы (Наличие зон нарушенной локальной сократимости):

□

жоқ (нет)

□

иә (да) (

□

-гипокинезия,

□

-акинезия)

45. КТ

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

46. МРТ

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

47. Қауіп шкалдары (шкалы рисков):

48. GRACE ишемия қаупінің шкаласы (түсу кезіндегі қауіп санаты) (Шкала риска ишемии GRACE (категории риска при поступлении)

□

жоқ (нет) ,

□

иә (да)

Клиникалық себептері

Клинические признаки Баллдар

Баллы

Жасы (жас)

Возраст (лет)   <30

30-39

40-49

50-59

60-69

70-79

80-89

>90   0

8

25

41

58

75

91

100

Жүректің жиырылу жиілігі (минутына соғу)

Частота сердечных сокращений (ударов в минуту)   <50

50-69

70-89

90-109

110-149

150-199

>200 0

3

9

15

24

38

46

Систолалық артериялық қысым (ммрт.ст.)

Систолическое артериальное давление (ммрт.ст.) <80

80-99

100-119

120-139

140-159

160-199

>200 58

53

43

34

24

10

0

Сарысу креатинин деңгейі (мкмоль/л)

Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л) 0-35.3

35-70

71-105

106-140

141-176

177-353

>354 1

4

7

10

13

21

28

Жүрек функциясының жеткіліксіздік классы (Killip жіктемесі бойынша)

Класс сердечной недостаточности

(по классификации Killip) I

II

III

IV 0

20

39

59

Жүректің тоқтап қалуы (пациент түскен уақытта)

Остановка сердца (на момент поступления пациента) Иә (да) 39

ST сегментінің девиациясы

Девиация сегмента ST Иә (да) 28

Кардиоспецификалық ферменттердің деңгейі диагностикалық мағынада артуының болуы

Наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов

Иә (да) 14

Баллдар саны (Количество баллов)_____

GRACE электрондық калькулятор (Электронный калькулятор GRACE) http://www.outcomes.org/grace

GRACE 2 электрондық калькулятор (креатинин деңгейі және Killip бойынша ауырлық класстары туралы деректер болмаған кезде пайдаланылады)

Электронный калькулятор GRACE 2 (используется при отсутствии данных об уровне креатинина и классах тяжести по Killip) http://www.gracescore.org/WebSite/WebVersion.aspx

Баллдардың жалпы саны (Общее количество баллов) _____

□

Жоғары (Высокий) >140 балл (баллов)

□

Орташа (Средний) 109 – 140 балл (баллов)

□

Төмен (Низкий) <108 балл (баллов)

Клиническая оценка риска пациентов

ST ЖКС бар пациенттер қаупіннің стратификациясы (стратификация риска пациентов с ОКСбп ST):

□

жоқ (нет),

□

иә (да)

Өте жоғары қауіп өлшемшарттары (критерии очень высокий риска)

□

жоқ (нет) ,

□

иә (да)

□

гемодинамикалық тұрақсыздық немесе кардиогендік шок (гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок)

□

Кеудедегі қайталанатын немесе жалғасқан ауырсыну, дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты (рецидивирующая или продолжающаяся боль в грудной клетке, устойчивая к медикаментозному лечению)

□

Өмірге қауіпті аритмиялар немесе жүректің тоқтауы (жизнеугрожаемые аритмии или остановка сердца)

□

МИ механикалық асқынулары (механические осложнения ИМ)

□

Рефрактерлі стенокардиямен немесе ST сегментінің ауытқуы бар жүрек функциясының жіті жеткіліксіздігі (острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией или отклонением сегмента ST)

□

ST сегментінің немесе Т ирегінің қайталанған динамикалық өзгерістері, әсіресе ST сегментінің ауыспалы элевациясымен (повторные динамические изменения сегмента ST или зубца Т, особенно с преходящей элевацией сегмента ST)

Жоғары қауіп өлшемшарттары (Критерии высокого риска)

□

жоқ (нет) ,

□

иә (да)

□

МИ байланысты, жүрек тропониндері деңгейінің көтерілуі немесе төмендеуі (Подъем или снижение уровня сердечных тропонинов, связанного с ИМ)

□

ST сегментінің немесе Т ирегінің динамикалық өзгерістері (симптомдық немесе асимптомдық) (динамические изменения сегмента ST или зубца Т (симптомные или асимптомные)

□

GRACE шкаласы бойынша баллдардың сомасы >140 (Сумма баллов по шкале GRACE >140)

Аралық қауіп өлшемшарттары (Критерии промежуточного риска)

□

жоқ (нет),

□

иә (да)

□

Қант диабеті (Сахарный диабет)

□

Бүйрек функциясының жеткіліксіздігі (ШСЖ<60 мл/мин/1,73 м^2) (Почечная недостаточность (СКФ <60 мл/мин/1,73м^2)

□

Дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты (устойчивая к медикаментозному лечению)

□

ОҚ ШФ <40% немесе жүрек функциясының іркілген жеткіліксіздігі(ФВ ЛЖ <40% или застойная сердечная недостаточность)

□

Ерте инфарктен кейінгі стенокардия (Ранняя постинфарктная стенокардия)

□

Жақында өткізілген ТКА (недавнее проведение ЧКВ)

□

Бұрын жасалған АКШ (предшествующее АКШ)

□

GRACE қауіп шкаласы бойынша баллдардың қосындысы >109 және

<140 (Сумма баллов по шкале риска GRACE >109 и <140)

Төмен қауіп өлшемшарттары (Критерии низкого риска)

□

жоқ (нет) ,

□

иә (да)

□

Жоғарыда аталмаған кез келген сипаттамалар (ишемияның қайталанған белгілері жоқ, өзгеріссіз. ЭКГ, тропонин деңгейі жоғарламаған) Любые характеристики, не перечисленные выше (нет повторных симптомов ишемии, нет изменений. ЭКГ, нет повышения уровня тропонинов)

49. CRUSADE қан кету қауіп шкаласы (Шкала риска кровотечения CRUSADE)

Көрсеткіш (предиктор)

Показатель (предиктор) Мағыналар интервалы

Интервал значений Баллдар

Баллы

Бастапқы гематокрит (%)

Исходный гематокрит (%) < 31

31-33.9

34-36.9

37-39.9

≥ 40 9

7

3

2

0

Креатинин клиренсі *

Клиренс креатинина ≤ 15

>15-30

>30-60

>60-90

>90-120

>120 39

35

28

17

7

0

Жүрек жиырылуының жиілігі (минутына/соғу)

Частота сердечных сокращений (уд/мин) ≤ 70

71-80

81-90

91-100

101-110

111-120

≥ 121 0

1

3

6

8

10

11

Жынысы

Пол Ер (Мужской)

Әйел (Женский) 0

8

CRUSADE электрондық калькуляторы (Электронный калькулятор CRUSADE электрондық): http://www.crusadebleedingscore.org/

Баллдардың жалпы саны (общее количество баллов) _____

CRUSADE қан кету қаупі (риск кровотечений CRUSADE)

□

жоқ (нет) ,

□

иә (да) +

51. Тромботикалық асқынулар қаупін бағалауға арналған CHA2DS2-VASC шкаласы (Журекшелер фибрилляциясы кезінде)

Шкала CHA2DS2-VASC для оценки риска тромботических осложнений (при фибрилляции предсердий)

Баллдардың жалпы саны:_____ (баллдар қосындысы 1 және одан жоғары болғанда инсульттің даму қаупі бар (антикоагулянтты терапия тағайындау қажет)

Общее число баллов:_____ (при сумме баллов 1 и более есть риск развития инсульта (необходимо назначить антикоагулянтную терапию)

52. Емдеу (Лечение)

Атауы

Наименование Түскенге дейін қабылдады

Получал до поступления Стационарда тағайындалды және қабылдады

Назначено и получал в стационаре

Емдеуге жатқызудың алғашқы тәулігі

(24 сағатқа дейін)

первые сутки госпитализации (до 24 часов) 24 сағаттан кеш

позже 24 часов

Ацетилсалицил қышқылы

Ацетилсалициловая кислота

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Тикагрелор

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Клопидогрел

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

*Тромбоциттердің гликопротеин IIb/IIIa рецепторларының ингибиторлары

Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

ФЕГ (гепарин)

(НФГ (гепарин)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Фонда паринукс

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

ТМГ(эноксапарин)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

*Бивалирудин

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

b-блокаторлары

(ампулалардағы метопролол)

b-блокаторы

(метопролол в ампулах)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

басқа (другое)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

b-блокаторлары

b-блокаторы

(метопролол-тартрат) короткого действия

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

басқа (другое)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Нитроглицерин (таблеткалар*ампулалар, аэрозоль)

Нитроглицерин (таблетки*ампулы, аэрозоль)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

другое

□

Белгісіз (неизвестно)

□

басқа (другое)

Аз уақыт әсер ететін нитраттар (мононитраттар)

Нитраты короткого действия

(мононитраты)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Аз уақыт әсер ететін ААФИ

ИАПФ короткого действия

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

басқа (другое)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Есірткілік анальгетик (ампулалардағы морфин) Наркотический анальгетик (морфин в ампулах)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

БРА (ААФ ингибиторлары жақпаған кезде)

БРА (при непереносимости ингибиторов АПФ)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Статиндер

Статины

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Седативті, анксиолитикалық терапия (ампулалардағы Диазепам)

Седативная, анксиолитическая терапия (диазепам в ампулах)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

басқа (другое)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Са антагонисттері (b-блокаторлар жақпаған кезде ұзақ әсер ететін)

Антагонисты Са (длительного действия при непереносимости b-блокаторы

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Амиодарон

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Басқа антиаритмиктер

Другие антиаритмики

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Инсулин

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Қант деңгейін түсіретін препараттар

Сахароснижающие препараты

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

К дәруменінің антагонистері/ Пероральды антикоагулянттар**

Антагонисты витамина К/ Пероральные антикоагулянты** Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Альдостерон антагонисттері

(Спиронолактон /*эклеренон Антагонисты альдостерона

(Спиронолактон /*эклеренон

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Диуретиктер

Диуретики

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Инотроптар (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)

Инотропы (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Дигоксин

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Кардиоверсия дефибриляция

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

Қанайналымды механикалық қолдау құрылғысы (Механические устройства поддержки кровообращения)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да) Экстракорпоральная мембранная оксигенация

□

Impella

□

Внутриаортальная баллонная контрпульсация

□

Баска/другие

□

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

Экстракорпоральная мембранная оксигенация

□

Impella

□

Внутриаортальная баллонная контрпульсация

□

Баска/другие

□

□

Белгісіз (неизвестно)

гипотермия

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

ӨЖЖ

ИВЛ

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

* Препараттардың патенттелмеген атауы (Непатентованное название препаратов)

** CHA2DS2-VASc шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Шкала CHA2DS2-VASc (при назначении пероральных антикоагулянтов)

*** HAS-BLED шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Шкала HAS-BLED (при назначении пероральных антикоагулянтов)

Әріп

Буква Клиникалық сипаттамасы

Клиническая характеристика Баллдар

Баллы

H Гипертензия 1

A Бүйрек функциясының бұзылуы және

(әрбіріне 1 балл)

Нарушение функции почек и (1 балл каждое) 1+1

S Ми инфаргі

Инфаркт мозга 1

B Қан кету

Кровотечение 1

L Тұрақсыз МНО /Лабильное МНО

1

E Егде жас (>66 лет)

Пожилой возраст (>66 лет) 1

D Дәрі-дәрмек немесе алкоголь (әрбіріне 1 балл)

Лекарства или алкоголь (1 балл каждое) 1+1

Баллдардың ең жоғары саны

Максимальное число баллов 9

Баллдардың жалпы саны: _____ (3 және одан жоғары баллдардың қосындысында қан кету даму қаупі бар (сақтықпен антикоагулянтты терапияны тағайындау қажет)

Общее число баллов: _____ (при сумме баллов 3 и более есть риск развития кровотечения (необходимо с осторожностью назначать антикоагулянтную терапию)

52. Тромболитикалық терапия

Тромболитическая терапия

□

Жоқ (нет), Тромболитикалық терапияны жасамау себептері

Причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

□

кеш жүгіну (12 сағаттан артық) (позднее обращение (более 12 часов)

□

қарсы көрсетімдер (противопоказания)

□

абсолютты (абсолютные),

□

салыстырмалы (относительные)

□

ЭКГ өлшемшарттары жоқ (нет ЭКГ критериев)

□

бастапқы ТКА (первичное ЧКВ)

□

Иә (да),

тромболизистік терапия өткізу уақытының басталуы (время начала проведения тромболизисной терапии (кк/аа) (дд/мм/) /) _____сағат (час.) _____мин. _____сағат (час) _____мин.

тромболизистік терапия өткізу уақытының соны (время окончания проведения тромболизисной терапии (кк/аа) (дд/мм/) /) _____сағат (час.) _____мин. _____сағат (час) _____мин.

53. Тромболитикалық терапия өткізу кезеңі

Этап проведения тромболитической терапии

□

Емдеуге жатқызуға дейін (Догоспитальный)

□

Емдеуге жатқызу (Госпитальный)

□

қабылдау бөлімі (приемный покой)

□

ҚТП/ БИТ (ПИТ/БИТ)

□

басқасы (др.)

54.

□

тиімсіз (неэффективная)

□

тиімді (60 мин. ішінде ST 50% және одан жоғары төмендеуі, реперфузиялық аритмиялар) (
эффективная (снижение ST в течение 60 мин. на 50% и более, реперфузионные аритмии

55 Препарат

а) препарат түрі (тип препарата):

□

фибринге тән (фибринспецифичный)

□

фибринге тән емес (нефибринспецифичный)

б) препарат атауы (наименование препарата):

□

альтеплаза (актилизе)

□

тенектеплаза

□

ретеплаза

□

др.

в) дозасы (доза)

□

толық доза (полная доза)

□

жарты доза (половинная доза)

58. Тромболизис асқынуының болуы (Наличие осложнений тромболизиса)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

56. Коронароангиография.

КАГ

□

Иә (Да) Күні (Дата) _____(кк/аа) (дд/мм/) ____ сағат (час.) _____мин.

Атауы (название) _____қызмет коды (код услуги)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

57. Антитромбоцитарлы препараттар (Антитромбоцитарные препараты)

58. Тигагрелордың жүктемелі дозасы (Нагрузочная доза тигагрелора)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) +

□

АКГ зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

□

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

□

180 мг

□

басқа (др.)

□

белгісіз (неизвестно)

62 Клопидогрелдің жүктемелі дозасы (Нагрузочная доза клопидогреля)

□

жоқ (нет)

□

Иә (да) +

□

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

□

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

□

300мг

□

600мг

□

басқа (др.) _____

□

белгісіз (неизвестно)

59. Тромбоциттер рецепторларының IIb/IIIa гликопротеинді ингибиторлары (тромботикалық асқынулар қаупі кезінде) Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (при риске тромботических осложнений)

□

жоқ (нет)

□

Иә (да)

□

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

□

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

□

Абциксимаб

□

Тирофибан

□

Эптифибатид

60. Антикоагулянттар (Антикоагулянты)

61.НФГ (гепарин)

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да)

□

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

□

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

62.НФГ+ ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да)

□

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

□

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

63. Фондаринукс+ НФГ

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да)

□

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

□

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

64. Эноксапарин

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да)

□

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

□

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

65.Бивалирудин

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да)

□

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

□

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

66. Тамырлы қол жетімдік (Сосудистый доступ):

□

радиалды (радиальный)

□

санды (бедренный)

67. Қалыпты КАГ (нормальная КАГ):

□

Иә (да)

□

жоқ (нет)

Егер жоқ болса (Если нет):

СКА діңгегі

Ствол ЛКА АТА

ПНА УЗ

ОВ ОКА

ПКА Шунт Басқа (др.)

окклюзия

стеноз≥50%

стеноз<50%

коронароспазм

инфарктқа тәуелді артерия/Инфаркт зависимая артерия

Интактты

Интактные

68. Көп тамырлы зақымдану (Многососудистое поражение)

□

2,

□

3

□

және жоғары) (и более)

□

белгісіз (неизвестно)

. TIMI бойынша ИЗА немесе симптомдық тамырдағы қанағым (Кровоток по TIMI в ИЗА или симптомном сосуде):

□

0

□

1

□

2

□

3

69. Реваскуляризация әдісін таңдау (қажет болған жағдайда) Выбор метода реваскуляризации (в случае необходимости)

70 Syntax шкаласы (Шкала Syntax) _

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

баллдардың жалпы саны (общее количество баллов)_____+

71. "Жүрек тобы" консилиумды таңдау (Выбор консилиума "группа Сердце")

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

ТАК (ЧКВ),

□

АКШ,

□

басқа (другое)

□

ST көтеруімен ЖКС (ОКС с подъемом ST):

□

Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.) (Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания):

□

Сәтсіз тромболизистен кейін шұғыл ТАК (неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса)

□

Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат) ЧКВ после успешного тромболизиса (фармакоинвазивная стратегия (3-24 ч.)

□

Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе ОҚ ШФ <40-50 жағдайда шығу алдында) (избирательное ЧКВ (перед выпиской при выявлении стресс-индуцируемой ишемии миокарда или ФВ ЛЖ<40-50)

□

Реперфузиялық емсіз (без реперфузионного лечения)

□

ST көтерусіз ЖКС (ОКС без подъема ST):

□

Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия/рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар ЖТ/ҚФ) (жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ) (срочное ЧКВ <2 часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ)

□

Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл) (ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при клинических признаках высокого риска и баллы по шкале GRACE >140 баллов)

□

Ерте инвазивті стратегия <72 сағат (қалыпты -140 балл) (поздняя инвазивная стратегия <72ч. (при клинических признаках умеренного риска и баллы по шкале GRACE 109-140 баллов)

□

Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған жағдайда шығу алдында ТС бар пациентерде төмен қауіпы және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде) (избирательное ЧКВ (перед выпиской у больных с НС при выявлении стресс-индуцируемой ишемии миокарда при низком риске и баллах по шкале GRACE <108)

□

Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде) (консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов)

72. Теріастылық коронарлық араласу (Чрескожное коронарное вмешательство)

Атауы (название)_____және операция коды (и код операции)

73. Баллонды үрлеу/ стентті орнату күні және уақыты (дата и время раздувания баллона/ установки стента) _____(кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин.

□

ST көтеруімен ЖКС (ОКС с подъемом ST):

□

Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.) (Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания):

□

Сәтсіз тромболизистен кейін шұғыл ТАК (неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса)

□

Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат) ЧКВ после успешного тромболизиса (фармакоинвазивная стратегия (3-24 ч.)

□

Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе ОҚ ШФ <40-50 жағдайда шығу алдында) (избирательное ЧКВ (перед выпиской при выявлении стресс-индуцируемой ишемии миокарда или ФВ ЛЖ<40-50)

□

Реперфузиялық емсіз (без реперфузионного лечения)

□

ST көтерусіз ЖКС (ОКС без подъема ST):

□

Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия/рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар ЖТ/ҚФ) (жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ) (срочное ЧКВ <2 часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ)

□

Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл) (ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при клинических признаках высокого риска и баллы по шкале GRACE >140 баллов)

□

Ерте инвазивті стратегия <72 сағат (қалыпты қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар 109-140 балл) (поздняя инвазивная стратегия <72ч. (при клинических признаках умеренного риска и баллы по шкале GRACE 109-140 баллов)

□

Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде) (консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов)

СКА діңгегі

Ствол ЛКА АТА

ПНА УЗ

ОВ ОКА

ПКА Шунт Басқа (др.)

Жабыны бар стент*

Стент с покрытием*

Жабыны жоқ стент**

Стент без покрытия**

Тромб аспирациясы

Аспирация тромба

Тек баллнодық ангиопластика

Только баллонная ангиопластика

Қанағымның және басқаның фракциялық резервін өлшеу Измерение Фракционного резерва кровотока и др.

TIMI-III ИЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша коронарлық қанағымды қалпына келтіру дәрежесі (Степень восстановления коронарного кровотока по критериям TIMI-III в ИЗА или симптомном сосуде) 0,1,2,3

TIMI-III ИЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша коронарлық қанағымды қалпына келтіру дәрежесі (Степень восстановления коронарного кровотока по критериям TIMI-III в ИЗА или симптомном сосуде)

□

0,

□

1,

□

2,

□

3

* Жабыны бар стенттер (Стенты с покрытием)

Қатты полимерлік жабындыда негізделген (Основанные на твердополимерном покрытии)

□

Promus element

□

Resolute

□

Xience

Биоерітінді полимерлерде негізделген (Основанные на биорастворимых полимерах) Biomatrix

□

Nobori

□

Yukon Choice PC

□

Orsiro

□

Ultimaster

□

басқа (көрсету) другой (указать какой)

**Жабыны жоқ стент (нақтылау) (Стент без покрытия (уточнить какой) _____
_____

Орнатылған стенттердің саны (Количество установленных стентов):

□

1,

□

2,

□

3

74. Стент ішіндегі рестеноз (Рестеноз внутри стента)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) +

75. Бифуркацияларды тарту (Вовлечение бифуркаций)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) +

76. Тромбоэктомиялық құрылғыларды қолдану (Применение тромбоэктомических устройств):

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

77. КАГ, ТКА кезіндегі асқынулар (Осложнения во время КАГ, ЧКВ)

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да)

□

стенд тромбозы (тромбоз стенда) +

□

операция алдыңғы МИ (периоперационный ИМ)

□

қан кету (кровотечение)

□

ми инсульты (мозговой инсульт)

□

индукцияланған нефропатия контрастысы (контраст индуцированная нефропатия)

□

сан арқылы ену жағынан солқылдайтын гематома (пульсирующая гематома в области бедренного доступа

□

белгісіз (неизвестно)+

□

өлім (смерть)

□

Белгісіз (неизвестно)

78. Ойдағыдай ТАА (Успешное ЧКВ):

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

79. Толық реваскуляризация (Полная реваскуляризация):

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

80. Стационарлық емдеу кезінде 1 емшарадан артық (более 1 процедуры во время стационарного лечения):

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

81. Аорталық-коронарлық шунттеу (аорто-коронарное шунтирование)

Атауы (название) _____АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

□

Жоқ (нет)

□

Иә (Да) АКШ бастау күні (дата начала АКШ) _____(кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____мин.

□

шұғыл (экстренно)

□

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін (до 6 часов от начала заболевания)

□

24 сағатқа дейін (до 24 часов)

□

72 сағаттан артық (свыше 72 часов)

□

жоспарлы АКШ (плановая АКШ)

82. Инотропты демеу (Инотропная поддержка):

□

операцияға дейін (дооперационная)

□

операциядан кейін (послеоперационная)

83. ЖКА діңгегінің зақымдалуы

Поражение ствола ЛКА:

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

84. Шунттер (Шунты):

□

вена

□

ЛГА

□

ПГА

□

басқа (др.)

85. Операциямен байланысты асқынулар (осложнения, связанные с операцией):

□

операциядан кейінгі МИ (периоперационный ИМ)

□

неврологиялық тапшылық (неврологический дефицит)

□

қан кету (кровотечение)

□

жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуы (нарушение ритма и проводимости сердца)

□

медиастенит

□

төссүйек тұрақсыздығы (нестабильность грудины)

□

басқалар (другие)

86. Электрокардиостимуляторды имплантанттау (имплантация электрокардиостимулятора)

□

Жоқ (нет)

□

Иә (Да)

□

Шұғыл (экстренная)

□

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

□

Уақытша ЭКС (временный ЭКС)

□

Бір камералық (однокамерные)

□

Екі камералық (двухкамерные)

□

Тұрақты ЭКС (постоянный ЭКС)

□

Бір камералық (однокамерные)

□

Екі камералық (двухкамерные)

□

басқа (другое)

87. Кардиовертел-дефибриллляторды имплантанттау (имплантация Кардиовертела-дефибриллятора)

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да)

□

Белгісіз (неизвестно)

□

Шұғыл (экстренная)

□

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

88. Кардиоресинхрондаушы құрылғыны имплантациялау (Имплантация кардиоресинхронизирующего устройства (СРТИ)

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да)

Атауы (название) _____АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

89. Басқа операциялар (Другие операции):

☐

Жоқ (нет)

☐

Иә (да)

☐

Белгісіз (неизвестно)

☐

Шұғыл (экстренная)

☐

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____ АХЖ-9 бойынша операция коды (код операције по МКБ-9)

90. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар (Осложнения на госпитальном этапе).

91. Killip бойынша СН классы (СН класс по Killip)

☐

I

☐

II

☐

III

☐

IV

☐

белгісіз (неизвестно)

Қайталанған МИ

Рецидив ИМ

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

ЖФ (алғашқы рет болған)

ФП (впервые возникшая)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

ФЖ/ЖТ

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

АВ блокада II-III дәр (ст.)

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

Механикалық асқынулар Механические осложнения*

□

Иә (да) *

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

Инсульт

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

Қан кету

Кровотечения

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

Қан трансфузиясы

Трансфузия крови

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

Төмен гемоглобин

Низкий гемоглобин

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

БЖЖ

ОПН

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

Басқалар

другие

□

Иә (да)

□

Жоқ (нет)

□

Белгісіз (неизвестно)

92 * МИ механикалық асқынулар кезіндегі операциялар (операции при механических осложнениях ИМ)

□

жоқ (нет)

□

Иә (да)

Күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг)) _____сағат (час.)_____мин.

Атауы (название) _____ АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

93. Шығару кезіндегі зерттеулер (Исследования при выписке)

94. Шығару кезіндегі ЭКГ

(ЭКГ при выписке):

□

синусты (синусовый)

□

ЖФ (ФП)

□

ST көтеруімен жаңа МИ (новый ИМ с подъемом ST)

□

өзгеріс жоқ (нет изменений)

95 Шығару кезінде ЭХоКГ +

(ЭХоКГ при выписке)

□

N Симпсоны бойынша солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)

(фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N) (>50%)

□

болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)

□

қалыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)

□

айқын сипатталған төмендеу (выраженное снижение) (<30%)

□

солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ

(не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)

Шығару кезіндегі Killip бойынша СН классы (СН класс по Killip при выписке)

□

I

□

II

□

III

□

IV

□

белгісіз (неизвестно)

96. Шығару кезіндегі стресс тест (Стресс тест при выписке):

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да) (

□

стресс-ЭКГ(ВЭМ, тредмил),

□

стресс ЭхоКГ)

□

Тест нәтижесі теріс (Результат теста отрицательный)

□

Тест нәтижесә оң (стресс-индуц. Миокард ишемиясы) (Результат теста положительный (стресс-индуц. Ишемия миокарда)

97. Басқа диагностикалық зерттеулер

(Другие диагностические исследования):

□

жоқ (нет)

□

Иә (да)

□

КТ (қаупі төмен көтерусіз ЖКС кезінде) (при ОКС без подъема низкого риска)

□

МРТ

□

басқа (другое)

98. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз):

Диагнозы АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10) Инфаркт түрі

Тип инфаркта

Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз 1.

2.

Асқынулар

Осложнения*

Ілеспелі ауру 1

Сопутствующее заболевание 1

Ілеспелі ауру 2

Сопутствующее заболевание 2

*Журек функциясының созылмалы жетіспеушіліг (ЖСЖ) болған кезде NYNA бойынша функционалдық класы в случае хронической сердечной недостаточности ХСН (функциональный класс по NYNA)

□

I,

□

II,

□

III,

□

IV

ЖКС аяқталуы (Исходы ОКС):

1.

□

ST көтерумен МИ (трансмуральды) (ИМ с подъемом ST (трансмуральный)

□

үзілген ИМ (прерванный ИМ)

2.

□

ST көтерусіз МИ (субэндокардиальды) ИМ без подъема ST (субэндокардиальный)

3.

□

Н.С.

басқа аурулар (другие заболевания):

□

Өкпе артериялары тармақтарының тромбоэмболиясы (ӨАТТ) (тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА)

□

Қолқаның қабатталған аневризмасы (расслаивающая аневризма аорты)

□

Такотсубо кардиомиопатиясы (кардиомиопатия такотсубо)

□

Миокардит

□

басқа диагноздар (АХЖ-10 таңдау) (другие диагнозы (выбор из МКБ -10)

99. Қорытындылар (Исходы):

100. Ауруханада болу қорытындысы (исход пребывания):

□

шығарылды (выписан),

□

қайтыс болды (умер) қорытынды күні (дата исхода) _____(кк/аа/жж) (дд/мм/гг)_____ _____ сағат (час.)_____ мин.

а) шығарылды, оның ішінде (выписан, в том числе):

□

басқа стационарға шұыл ауыстыру (МҰ атауы) (экстренный перевод в другой стационар (наименование МО)_____

□

басқа стационарға шұғыл емес ауыстыру (неэкстренный перевод в другой стационар (наименование МО)_____

□

одан әрі амбулаториялық деңгейде қаралу үшін _____ (МҰ атауы) (үйдегі актив бойынша берілді (телефон бойынша) (на дальнейшее наблюдение на амбулаторном уровне (наименование МО) _____(передан актив на дому (по телефону_____)

□

өз еркімен кету (самовольный уход)

б)

□

қайтыс болды (умер) Аутопсия жасалды ():

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг) _____сағат (час.) _____мин.

Диагнозы АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)

Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти

_____

Диагноздардын саукеспеншілігі (Расхождение диагнозов)

☐

жоқ (нет)

☐

Иә (да)

101. Емдеу қорытындысы (Исход лечения):

☐

сауығу (выздоровление),

☐

жақсару (улучшение),

☐

өзгеріссіз (без перемен),

☐

нашарлау (ухудшение),

☐

қайтыс болу (смерть)

102. Өткізген төсек-күн (Проведено койко-дней) _____

103. Бөлімше (Отделение): _____ Код

атауы (наименование) _____

104. Төсек бейіні (Профиль койки):_____ Код

105. Кардиореанимацияда болды (Находился в кардиореанимации) (ПИТ/БИТ):

☐

Жоқ (нет) ,

☐

Иә (Да) күн саны (количество дней)_____

106. Дәрігер (Врач): Т.А.Ә. (Ф.И.О.) _____ Код_____
Қолы (Подпись)_____

107. Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) Т.А.Ә. (Ф.И.О.) _____ Код ____
_____ Қолы (Подпись)_____

	Стационардан шыққан пациенттің статистикалық картасының осымша парақ Вкладной лист к статистической карте выбывшего из стационара

Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациенттің картасы
Карта пациента с острым нарушением мозгового кровообращения

☐

ишемиялық (ишемический)

☐

геморрагиялық (геморрагический)

☐

транзиторлық ишемиялық өршу (транзиторная ишемическая атака)

№____, картаны толтыру күні (дата заполнения карты) /__/___/_____/

Емдеуге жатқызу бюросы белгілеген емдеуге жатқызу коды (Код госпитализации, определенный Бюро госпитализации)

1. Тегі (Фамилия)_____

Аты (Имя)_____ Әкесінің аты(болған жағдайда)

(Отчество)(при его наличии)_____

2. Туған күні (Дата рождения) /_____/_____/_____/

(кк/аа/жжжж)(дд/мм/гггг)

Жасы (түскен кездегі толық жасы) Возраст (полных лет при поступлении)_____

3. Жынысы (Пол):ер (муж) -1 әйел (жен)-2

4. Пациенттің дене салмағы (Вес) ____кг, Бойы (Рост) _____см (пациента) ДСИ (ИМТ)_____
_

5. Ұлты (Национальность) _____6.Тұрғын (Житель): қала (города) – 1, ауыл (села) – 2

7. Оралман: 1 –иә (да) , 2 - жоқ (нет) 7. 1. Азаматтылығы (Гражданство)_____

8. ЖСН (ИИН)____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

9. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) |____|____|____|____|___
_|____|____|____|____|____|____|

10. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): облыс (область)_____, аудан (район)_____ , елді-мекен (населенный пункт) _____, көше (улица)_____, үй № (№ дома) ____, пәтер № (№ кв.) _____, тел._____ ұялы телефон (мобильный телефон)_____

11. ӘАБЖ коды (Код КАТО)_____

12. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 11.

14. Пациент жіберілді (Пациент направлен): МСАК-1, КДК-2, өздігінен жүгіну-3, жедел жәрдем-4, басқа стационар-5, әскери комиссариат-6, басқа-7, сот органдары-8, құқық қорғау органдары-9, ҮЕҰ-10 (ПМСП-1, КДП-2, сам обратился-3, скорой помощью-4, другим стационаром-5, военкоматом- 6, прочие-7, судебные органы-8, правоохранительными органами-9, НПО-10).

15. Жіберген медициналық ұйымның коды және атауы – болған жағдайда (бұдан әрі – МҰ)

Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО):

_____

16. Жіберген ұйымның қойған диагнозы (Диагноз направившей организации)

_____

_____АХЖ-10 коды (код МКБ-10)

17. МСАК көрсететін, бекітілген медициналық ұйымның коды және атауы (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)

_____

18. Пациент Д-есебінде тұрды ма (состоял ли пациент на Д учете)

☐

жоқ (нет)

☐

иә (да)

☐

белгісіз (неизвестно)

19. Пациент базистік гипотензиялық терапия қабылдады ма (принимал ли пациент базисную гипотензивную терапию)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

антикогаулянтты терапия (антикогаулянтную терапию)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

тұрақты емес (нерегулярно)

□

белгісіз (неизвестно)

антиагрегантты терапия (антиагрегантную терапию)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

тұрақты емес (нерегулярно)

□

белгісіз (неизвестно)

статиндер (статины)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

тұрақты емес (нерегулярно)

□

белгісіз (неизвестно)

20. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации):

□

1 – жоспары (плановая),

□

2 – ауру басталғаннан бастап алғашқы 40 минутта шұғыл (экстренная в первые 40 минут от начала заболевания),

□

3 – 40 минут – 3 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 40 минут - 3 часа),

□

4 – 3 сағат – 6 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 3 часа – 6 часов),

□

5 – 7 – 24 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 7 - 24 час),

□

6 – 24 сағаттан кейін шұғыл (экстренная после 24 часов).

21. Осы жылы осы ауру бойынша емдеуге жатқызу (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания):
1- алғашқы (впервые)

2 - екінші рет (повторно)

22. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-факторы

23. Түскен кездегі диагноз (Диагноз при поступлении): _____

_____АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

Ишемиялық инсульттың кіші түрі (Подтип ишемического инсульта):

□

атеротромбдық (атеротромботический)

□

артерио-артериялық эмболиялар (артерио-артериальные эмболии)

□

ми тамырларының тромбоздары (тромбозы мозговых сосудов) –

□

кардиоэмболикалық (кардиоэмболический) –

□

гемодинамикалық (гемодинамический) –

□

қуыстық (лакунарный)

□

гемореологиялық микроокклюзия түрі бойынша (по типу гемореологической микроокклюзии)

24. Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) _____/_____/_____ _
_____/_____

(кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

25 Басқа стационардан ауыстыру (Перевод из другого стационара)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

қала ішінде (внутри города)

□

аймақтындыру бағыты бойынша ауыстырылды (переведен по маршруту регионализации) қала ішінде (внутри города)

□

А-аймағы (зона А) (100 км аз) (менее 100 км)_____

□

Б-аймағы (зона Б) (100 км жоғары) (более 100 км_____

26. МҚЖБ алғашқы белгілерінің уақыты (индекстік жағдайдан бастап) уақыты _____сағат ___ ___мин

Время первых симптомов ОНМК (от индексного события) время _____час _____мин

27. Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну) (кк/аа/) _____ сағат _____мин_____

время обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) (дд/мм/)_____час. _____ мин_____

28. Мед.персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты (Время первого контакта с мед.персоналом) кк/аа (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин. _____

29. Жағдай орын алған орын (Место, где случилось событие)

□

үйде (дома)

□

жұмыста (на работе)

□

қоғамдың орында (в общественном месте)

□

басқа (др.)

30. Қауіп факторлары (Факторы риска).

Артериялық гипертензия (Артериальная гипертензия)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Қан аурулары (Заболевания крови)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Ірі тамырлардың тарылу өзгерістері

(Стенозирующие изменения магистральных сосудов

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Шылым шегу (Курение)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Алкоголь

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Артық дене салмағы (Избыточная масса тела)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Дислипидемия

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Тұқым қуалау бейімділігі (Наследственная предрасположенность)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары

(Случаи внезапной смерти в семье)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Гормондық алмастыру терапиясы (Гормональная заместительная терапия)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Жүктілік (Беременность)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Контрацептивтер (Контрацептивы)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Басқалар (Другие) _____

31. Бұрын болған жүрек-тамарлы сыртартқы (Предшествующий сердечно-сосудистый анамнез)

Бұрын болған инсульт диагнозы

Предшествующий диагноз инсульта

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Транзиторлық ишемиялық өршу диагнозы

Предшествующий диагноз транзиторной

ишемической атаки

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Өткерген миокард инфаргі

Перенесенный инфаркт миокарда

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Жүректің ишемиялық ауруы

Ишемическая болезнь сердца

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

АКШ/ТКА

АКШ/ЧКВ

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

ЭКС/ИКД

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Жүрек қақпақшаларының ауруы

Болезни клапанов сердца

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Кардиомиопатия

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі

Хроническая сердечная недостаточность

□

жоқ (нет)

□

иә (да) (NYNA бойынша ФК

□

I,

□

II,

□

III,

□

IV)

□

белгісіз (неизвестно)

Жүрекшелер фибрилляциясы

Фибрилляция предсердий

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Жыпылықтау аритмиясы

Мерцательная аритмия

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

32. Ілеспелі патология (сопутствующая патология)

Диагнозы_____

АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

33. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі (Текущее состояние при поступлении)

34. Глазго комасы шкаласы бойынша естің деңгейі (Уровень сознания по шкале комы Глазго)

Балл_____

□

15 баллдан бастап– есі айқын (от 15 баллов – сознание ясное)

□

13-тен – 14-ке дейін – орташа есеңгіру (от 13 до 14 - оглушение умеренное) ,

□

10-нан – 12-ке дейін терең есеңгіру (от 10 до 12 - оглушение глубокое)

□

8-ден – 9-ға дейін сопор (от 8 до 9 – сопор)

□

6-дан – 7-ге дейін қалыпты кома (от 6 до 7-кома умеренная),

□

4-тен – 5-ке дейін терең кома (от 4 до 5 - кома глубокая),

□

.3-тен – терминалды кома (От 3 - кома терминальная)

35. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS):

□

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

□

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

□

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

□

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

NIHSSшкаласы бойынша баллды көрсету (Указать балл по шкале NIHSS) _____

36. Рэнкин шкаласы (Шкала Рэнкина)

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

□

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

□

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),

□

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень -наличие выраженных признаков инвалидности)

□

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

37. Дисфагия (бір жұтым суды кедергісіз ішеді) (может выпить глоток воды без затруднений)

□

жоқ (нет)

□

Иә (Да)

38. Физикалық деректері (түсу кезінде) Физикальные данные (при поступлении)

ЖЖЖ (ЧСС) минутына _____ соғу (уд.в мин.)

Систолалық АҚ (АД систолическое) _____сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.) диастолалық (диастолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.), орта АҚ (среднее АД)_____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.).

ТҚЖ (ЧДД) минутына _____(в мин.)

Температура _____Цельсий градусы (градусов цельсия)

39. Негізгі диагностикалық іс-шаралар (Основные диагностические мероприятия):

1. Гематокритпен және тромбоциттерді есептеумен жалпы қан талдамасы (ЖҚТ)

Общий анализ крови (ОАК) с гематокритом и подсчетом тромбоцитов

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

2.глюкоза

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

3.коагулограмма

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

а)ПВ-МНО

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

б)АЧТВ

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

в)Фибриноген

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

4. электролиттер

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

40. Аспаптық зерттеу әдістері (Инструментальные методы исследования)

41. ЭКГ

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

Ырғақ (Ритм)

□

синусты (синусовый)

□

жүрекшелер фибрилляциясы (фибрилляция предсердий)

□

электрокардиостимулятор (ЭКС) ырғағы (ритм электрокардиостимулятора (ЭКС)

□

басқа (др.)

□

белгісіз (неизвестно)

42 .УДДГ (УЗДГ)

Бассүйекішілік тамыр стенозын нақтылайтын деректер

Данные, подтверждающие стеноз интракраниального сосуда

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Экстраракраниалды тамыр стенозын нақтылайтын деректер

Данные, подтверждающие стеноз экстраракраниального сосуда

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

43. ТИӨ кезіндегі ЭКГ холтері (Холтер ЭКГ при ТИА)

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

44. Бастың бассүйекішілік тамырларының ТКДГ (ТКДГ интракраниальных сосудов головы)

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

45. Жүректі УДЗ (сыртартқысында түбегейлі патологиясы бар пациенттерге ғана)

УЗИ сердца (только пациентам с наличием кардиальной патологии в анамнезе

□

жоқ (нет)

□

иә (да);

46. Компьютерлік Томография (КТ) Компьютерная Томография (КТ)

□

жоқ (нет)

□

Иә (Да)

Күні (Дата) _____(кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин

а) ағымдағы жағдайдағы инфаркт

инфаркт в текущий момент

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

ағымдағы жағдайдағы қан кету

кровоизлияние в текущий момент

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

б) Қан кету сипаттамасы (Характер кровоизлияния)

□

субарахноидальдық (субарахноидально)

□

паренхиматозды (паренхиматозное)

□

ми діңгегі (ствол мозга)

□

вентрикулярлы (вентрикулярное)

□

субтенториальды (субтенториальное)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Аневризманы (Аневризму)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

АВМ

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Тамырлар стенозы (стеноз сосудов)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Тамырлар окклюзиясы (окклюзию сосуда)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

48 Магниттік-резонансты томография (МРТ)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) Күні (Дата) _____(кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин

инфаркт

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

қан кету (кровоизлияние)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

аневризма

□

жоқ (нет)

□

иә (да) , АВМ

□

жоқ (нет)

□

иә (да),

тамыр стенозы (стеноз сосуда)

□

жоқ (нет)

□

иә (да),

тамыр тромбозы (тромбоз сосуда)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

49. Селективті церебральды ангиография (СЦА)

□

жоқ (нет)

□

Иә (Да) Күні (Дата) _____(кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин

Бассүйекішілік тамырының тромбозы (тромбоз интракраниального сосуда)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Экстракраниальды тамырдың тромбозы (тромбоз экстракраниального сосуда)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

аневризма

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

АВМ

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

АВ жыланкөз (АВ фистулу)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Бассүйекішілік тамырының стенозы (стеноз интракраниального сосуда)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

50. Кеуде ағзаларына рентгенография жүргізу (Рентгенография органов грудной клетки)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

51 Стационарға түскеннен кейін 24 сағаттан соң жай-күйді бағалау (Оценка состояния через 24 часа после поступления в стационар)

52. Систолалық АҚ (АД систолическое) _____мм.рт.ст. диастолалық (диастолическое) _____ мм.рт.ст., САД _____мм.рт.ст.

53. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS):

□

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

□

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

□

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

□

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

NIHSSшкаласы бойынша балл(Балл по шкале NIHSS)_____

54. Компьютерлік томография (КТ)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) Күні (Дата) _____(кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин

Ағымдағы жағдайдағы инфаркт

Инфаркт в текущий момент

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Жергілікті геморрагиялар

Локальные геморрагии

□

контрасты жоқ (нет контраста)

□

тек транссудация (только

транссудация)

□

белгісіз (неизвестно)

□

жоқ (нет)

Жойылған геморрагиялар

Удаленные геморрагии

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

55. Магниттік-резонансты томография (МРТ)

□

жоқ (нет)

□

иә (да) Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин

Ағымдағы жағдайдағы инфаркт

Инфаркт в текущий момент

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

Жергілікті геморрагиялар

Локальные геморрагии

□

контрасты жоқ (нет контраста)

□

тек транссудация (только

транссудация)

□

белгісіз (неизвестно)

□

жоқ (нет)

Жойылған геморрагиялар

Удаленные геморрагии

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

□

белгісіз (неизвестно)

56. Емдеу (Лечение)

57. Дәрілік терапия (Медикаментозная терапия)

Гипотензивті терапия (Гипотензивная терапия)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Антиагрегантты терапия (Антиагрегантная терапия)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Антикоагулянтты терапия (Антикоагулянтная терапия)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

Статиндер (Статины)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

58. Жеке оңалту бағдарламасының картасы (Карта индивидуальной программы реабилитации)

МДК мамандарының тексеріп-қарау уақыты (Время осмотра специалистов МДК)

□

невролог

□

нейрохирург

□

реабилитолог күні (дата) _____

□

логопед күні (дата)_____

□

эрготерапевт күні (дата)_____

□

психиатр күні (дата)_____

□

ине рефлексотерапевт (иглорефлексотерапевт)

□

кинезиотерапевт күні (дата)_____

59..Оңалтудың жеке бағдарламасы (Индивидуальная программа реабилитации):

60. Негізгі іс-шаралар (Базовые мероприятия)

□

бағдарланған (позиционирование)

□

кезең-кезеңмен сатылы (поэтапная вертикализация)

□

жеке ЕФК (ЛФК индивидуально)

61. Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде (При нарушении речи)

логопед-афазиолог немесе (или) нейропсихолог

□

диагностика

□

сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению речи, чтения, письма)

62. Қозғалыс бұзушылықтары кезінде (При двигательных нарушениях)

эрготерапевт

□

өзіне-өзі қызмет етудің тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания)

кинезиотерапевт

□

жеке пассивті және активті ЕФК, аяқ-қолдарды механикалық жұмыс істету (индивидуальная пассивная и активная ЛФК, механоразработка верхних и нижних конечностей)

□

биобасқару (биоуправление), электростимуляция

□

артропатияларды емдеу (лечение артропатий)

63. Аяқ-қолдардағы күш нормадан төмен болған кезде (При снижении ниже нормы силы в конечностях)

Физиотерапевт

□

физиотерапия

Аяқ-қолдардың спастикасы және контрактурасы болған кезде мыналарды тағайындайды

При наличии спастики и контрактур в верхних и нижних конечностях назначают

□

буындарды механикалық жұмыс істету (механоразработка суставов)

□

массаж

□

ЕФК (ЛФК)

□

жылумен емдеу (теплолечение)

64. Оңалту потенциалын айқындау (Определение реабилитационного потенциала)

□

қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру)

(благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

□

қолайсыз (үйде күтім жасау)

(неблагоприятный (уход на дому)

Оңалту алдында жай-күйді бағалау бойынша тесттер (Тесты по оценке состояния перед реабилитацией)

а)Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да) қорытынды (заключение)

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

□

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 – выраженной зависимости)

□

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 – умеренной зависимости)

□

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 – легкой зависимости)

□

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов – полной независимости в повседневной деятельности)

б) Психикалық жай-күйдің тесті-мини-схемасы (ПЖМИ) (Тест-мини-схема психического состояния (МИПС) Mini-Mental State Examination (MMSE)

☐

Жоқ (нет)

☐

Иә (да) қорытынды (заключение)

☐

28-30- когнитивті функцияларының бұзылулары жоқ (нет нарушений когнитивных функций)

☐

24-27 деменция алдыңғы когнитивтібұзылулар (преддементные когнитивные нарушения)

☐

20-23-сипаты жеңіл дәрежедегі деменция (деменция легкой степени выраженности)

☐

11-19-сипаты қалыпты деңгейдегі деменция (деменция умеренной степени выраженности)

☐

0-10- ауыр деменция (тяжелая деменция)

в) Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл)_____

☐

Жоқ (нет)

□

Иә (да) қорытынды (заключение)

□

-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);

□

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)

от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);

□

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления)

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі

Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да) қорытынды (заключение)

Баллды көрсету (указать балл)_____

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

□

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

□

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),

□

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень -наличие выраженных признаков инвалидности)

□

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

65. Тромболитикалық терапия (Тромболитическая терапия)

□

Жоқ (нет), тромболикалық терапия жүргізілмеу себептері (причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия)

□

Иә (да)

66. Интравенозды тромболизис (Интравенозный тромболизис)

□

Иә (да), терапияны бастау күні және уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа)(дд/мм/) _____ _сағат (час.) _____мин.

б) препарат атауы (наименование препарата):

□

альтеплаза (актилизе)

□

тенектеплаза

□

ретеплаза

в) доза

□

толық доза (полная доза) _____

□

жарты доза (половинная доза)_____

67. Интраартериялық тромболизис (Интраартериальный тромболизис)

□

жоқ (нет), себептерін көрсету (указать причины)_____

□

Иә (Да) терапияны бастау күні және уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) _____
_сағат (час.) _____мин.

□

терапияны аяқтау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (
час.) _____мин.

б) препараттың атауы (наименование препарата):

□

Альтеплаза (Актилизе)

□

Тенектеплаза

□

Ретеплаза

в) дозасы (доза)

□

толық доза (полная доза)_____

□

жарты доза (половинная доза)_____

68. Тромболизис асқынуларының болуы (Наличие осложнений тромболизиса)

□

жоқ (нет)

□

иә (да), түрін көрсету қажет (указать какие)_____

69. Тромболизис жасағаннан кейін бірінші тәулікте жай-күйді бағалау (Оценка состояния в первые сутки после проведения тромболизиса)

NIHSSшкаласы бойынша балл (Балл по шкале NIHSS)_____

70. Тромболизис жасағаннан кейін 24 сағаттан соң жай-күйді бағалау (Оценка состояния через 24 часа после проведения тромболизиса)

NIHSSшкаласы бойынша балл (Балл по шкале NIHSS _____

71. Механикалық тромбэкстракция (Механическая тромбэкстракция)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

терапияны бастау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____мин

□

терапияны аяқтау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (час.) ___мин.

72.Нейрохирургиялық операцияның атауы (Название нейрохирургической операции)

_____

_____ АХЖ-9 операциясының коды (код операции МКБ-9)

☐

Жоқ (нет)

☐

Иә (да) күні (кк/мм) дата (дд/мм/) _____сағат (час) _____

☐

шұғыл (экстренно)

☐

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін (до 6 часов от начала заболевания)

☐

24 сағатқа дейін (до 24 часов)

☐

72 сағаттан артық (свыше 72 часов)

73. Операциямен байланысты асқынулар (Осложнения связанные с операцией): _____

74. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар (Осложнения на госпитальном этапе).

Повторное ОНМК	☐ **Иә (да)** ☐ **Жоқ (нет)** ☐ **Белгісіз (неизвестно)**

Миокард инфаргі Инфаркт миокарда	□ Иә (да) □ Жоқ (нет) □ Белгісіз (неизвестно)
ӨАТБ ТЭЛА	□ Иә (да) □ Жоқ (нет) □ Белгісіз (неизвестно)
Пневмония	□ Иә (да) □ Жоқ (нет) □ Белгісіз (неизвестно)
Жауыржара Пролежни	□ Иә (да) □ Жоқ (нет) □ Белгісіз (неизвестно)
Сепсис	□ Иә (да) □ Жоқ (нет) □ Белгісіз (неизвестно)
Геморрагиялық трансформация Геморрагическая трансформация	□ Иә (да) □ Жоқ (нет) □ Белгісіз (неизвестно)
Басқа Другое	□ Иә (да) □ Жоқ (нет) □ Белгісіз (неизвестно)

Шығару кезіндегі жай-күйді бағалау бойынша тесттер (Тесты по оценке состояния при выписке)

75. а)NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS), балл_____ :

□

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

□

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

□

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

□

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

б)Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да) қорытынды (заключение)

□

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

□

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 – выраженной зависимости)

□

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 – умеренной зависимости)

□

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 – легкой зависимости)

□

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов – полной независимости в повседневной деятельности)

в) Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл)_____

□

Жоқ (нет)

□

Иә (да) қорытынды (заключение)

□

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);

□

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)

от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);

□

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

□

11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления).

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды көрсету

Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл _____

☐

Жоқ (нет)

☐

Иә (да) қорытынды (заключение)

☐

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

☐

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

☐

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),

☐

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень -наличие выраженных признаков инвалидности)

☐

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

76. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз):

	Диагнозы	**АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)**	**АХЖ-10 бойынша нақтылау коды Уточняющий код по МКБ-10**

Қорытынды клиникалық диагноз (инсульт түрі) Заключительный клинический диагноз (тип инсульта)		1.	
		2.	
Ишемиялық инсульттың кіші түрі Подтип ишемического инсульта			
Асқынулар Осложнения			
Ілеспелі ауру 1 Сопутствующее заболевание 1			
Ілеспелі ауру 2 Сопутствующее заболевание 2			

	Диагнозы	**АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)**
Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

77. Қорытындылар (Исходы):

78. Ауруханада болу қорытындысы (исход пребывания):

□

шығарылды (выписан),

□

қайтыс болды (умер) қорытынды күні (дата исхода) _____(кк/аа/жж) (дд/мм/гг)_____ _____ сағат (час.)_____ мин.

а) шығарылды, оның ішінде (выписан, в том числе):

□

басқа стационарға шұыл ауыстыру (МҰ атауы) (экстренный перевод в другой стационар (наименование МО)_____

□

басқа стационарға шұғыл емес ауыстыру (неэкстренный перевод в другой стационар (наименование МО)_____

□

оңалту (реабилитация)

□

өз бетімен күтім жасау (самовольный уход)

б)

□

қайтыс болды (умер)Аутопсия жасалды (Аутопсия проводилась):

□

Жоқ (нет)

□

Иә (Да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг)_____сағат (час.)_____мин.

	Диагнозы	**АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)**
Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

79. Емдеу қорытындысы (Исход лечения):

□

сауығу (выздоровление),

□

жақсару (улучшение),

□

өзгеріссіз (без перемен),

□

нашарлау (ухудшение),

□

қайтыс болу (смерть)

80. Өткізген төсек-күн (Проведено койко-дней) _____

81. Бөлімше (Отделение): _____

атауы (наименование) _____

82. Төсек бейіні (Профиль койки):_____ Код

83. Нейрореанимацияда болды (Находился в нейрореанимации) (ПИТ/БИТ)::

☐

жоқ (нет) ,

☐

иә (да) күн саны (количество дней)_____

84. Дәрігер (Врач):Т.А.Ә.(болған жағдайда)

(Ф.И.О.)(при его наличии)_____ Код_____Қолы (Подпись)_____

85. Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением)Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О.)(при его наличии)_____ Код _____ Қолы (Подпись)_____

	Стационардан шыққан пациенттің статистикалық картасының қосымша парақ Вкладной лист к статистической карте выбывшего из стационара

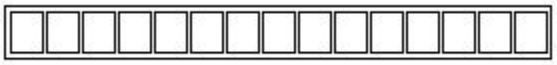
Күндізгі стационарда және үйдегі стационарда емдеуден өткен адамның статистикалық картасы
Статистическая карта прошедшего лечение в дневном стационаре и стационаре на дому №__

Күндізгі стационар: емханада

ауруханада

Дневной стационар: при поликлинике при больнице

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған
емдеуге жатқызу коды
Код госпитализации, определенный
Бюро госпитализации



1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты

(Отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) /_____/_____/_____/ 3. Жынысы (Пол):

ер (муж)-1, әйел (жен)-2 кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

4. Ұлты (Национальность) _____5. Тұрғыны (Житель):

қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6. ЖСН (ИИН)

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Медициналық тіркеу нөмірі

|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

(Регистрационный медицинский номер)

8. Мекенжайы (Место жительства) _____

_____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область,

административный район)

_____

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, квартира)

9. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 8 - табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

10. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ) – 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі(инвалид труда) - 9, қоныс аударушылар (переселенцы) – 10, басқалар (прочее) – 99.

11. Тіркелген, БМСК көрсететін, МҰ-ның коды мен аты (Код и название

МО прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

_____ _____

|_____|

12. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Проходил лечение в дневном стационаре в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2.

13. Емді бастаған күні (Дата начала лечения) _____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

14. Емді аяқтаған (қайтыс болған) күні (Дата окончания лечения

(смерти))_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

15. Өткізген күндері (Проведено дней) _____.

16.	**Диагноз**	**10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)**
Қорытынды клиникалық диагноз Клинический диагноз		
Асқынулары Осложнения		
Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1		
Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2		
Патологоана- томиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

17. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата Уақыты Время	**Операцияның аты мен коды Название и код операции**	**Анестезия (коды) Анестезия (код)**	**Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2-жоспарлы Тип операции: 1-экстренная, 2-плановая**	**Опера-циядан кейінгі асқынулар Послеоперационное осложнение**	**Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)**	**Дәрігер-лердің коды Коды врачей**
Хирургиялық операциялар Хирургические операции						
__/__/__ ___:__						хирург
						ассистент
Код						анестезиолог
__/__/__ ___:__						хирург
						ассистент
Код						анестезиолог

18. МЭХ (МЭП) №_____, КШТ (КЗГ) № _____

19. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

☐

19.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық

техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	**Медициналық техниканың коды Код медицинской техники**	**Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники**	**Қызметінің коды Код услуги**	**Қызметінің атауы Наименование услуги**	**Саны Количество**
1	2	3	4	5	6

20. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМС келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) (астын сызыңыз) (подчеркнуть).

21. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): (жазылумен) выздоровление – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) - 5, перевод в стационар (указать какой)

_____

_____ 20____ жылғы (года) "___" _____

22. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов):

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество	

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

		Өлшем бірлігі		

№	Код	Единица измерения	Саны Количество	

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО)_____
Код_____ Қолы (Подпись)_____

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО)

_____

Код _____ Қолы (Подпись)_____

Күндізгі стационардан шыққан адамның картасы
066-4/е нысанын толтыру бойынша нұсқаулық

Күндізгі стационардан шыққан адамның картасы (бұдан әрі - СШК) босанғандар мен жаңа туған нәрестелерді қоса алғанда стационардан шыққандардың барлығына толтырылады.

Күндізгі стационар атауы: медициналық ұйымның толық және қысқаша ресми атауы жіберіледі.

ҚҰЖЖ коды: ұйымның статистикалық картасынан қойылады.

Күндізгі стационардың орналасқан жері көрсетіледі (емхана немесе аурухана жанында).

СШК нөмірі: күндізгі стационар (№ 003-1/е нысаны) және үйдегі стационар (№ 003-1/е) науқасының карта нөмірімен сәйкес келуі тиіс.

1-6, 8-10 тармақтар: науқастың жеке басын куәландыратын және сөзінен құжаттар деректері.

"Медициналық тіркеу нөмірі": жоспарланатын жеке медициналық карта үшін ұсынылған.

11-15 тармақтар: күндізгі стационар (№ 003-1/е нысаны) және үйдегі стационар (№ 003-1/е) науқасының картасы негізінде толтырылады. Жіберген ЕПҰ мен бекітілген ЕПҰ коды және атауы, бөлімше түрі мен төсек бейінінің коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

16-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

17-тармақ: Диагноздарды кодтау үшін 10-ХАЖ қолданылады.

18-тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

19-20-тармақтар: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады 16-тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі. Егер операциялық араласу бірнеше рет болса, онда басқа операцияларға қарағанда операция күніне тәуелсіз, бірінші рет толтырылуы қажет "Негізгі операция" белгіленеді.

17-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

18-тармақ: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады.

21-тармақ: Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектер әрекеттегі ережелер мен анықтамалықтарға сәйкес толтырылады. Тіркеуге тек клиникалық бөлімшеге (зертхана, рентген, УДЗ және басқалар) қатысты сыртқы қызметтер жатады. Клиникалық бөлімше жұмысының көлеміне кіретін қызметтер (инъекциялар, антропометрия, АҚҚ өлшеуіш, дәрігердің тексеруі және т.б.) клиникалық бөлімше қызметтерінде әлдеқашан ескерілген және толтыруға жатпайды. Көрсетілген қызметтер мен манипуляциялар, қолданылған дәрі-дәрмектер туралы деректерді енгізу үшін орын жетіспесе, Көрсетілген қызметтер парағын қосымша бетпен кеңейту керек.

22-23-тармақтар: Емдеуші дәрігер мен бөлімше меңгерушісінің тегі, аты, әкесінің аты. Дәрігерлер коды медициналық ұйымның ішкі анықтамалығына сәйкес қойылады.

Ескерту: нысан ұйым бейініне сәйкес толтырылады және басып шығарылады.

Инструкция по заполнению формы 066-4/у
"Карты выбывшего из стационара дневного пребывания"

Карта выбывшего из стационара дневного пребывания (далее - КВС) заполняется на всех выбывших из стационара, включая родильниц и новорожденных детей.

Наименование стационара дневного пребывания: допускается полное и краткое официальное наименование медицинской организации.

Код ОКПО: проставляется из статистической карты организации.

Указывается место расположения дневного стационара (при поликлинике или при больнице).

Номер КВС: должен совпадать с номером карты больного дневного стационара (форма № 003-1/у) и стационара на дому (форма № 003-1/у).

Пункты 1-6, 8-10: данные из документов, удостоверяющих личность и со слов больного.

Регистрационный медицинский номер: предназначен для планируемых индивидуальных медицинских карт.

Пункты 11-15: заполняются на основании карты больного дневного стационара (форма № 003-1/у) и стационара на дому (форма № 003-1/у). Коды и название направившего ЛПО и ЛПО прикрепления, код типа отделения и профиля коек присваивается из справочника МЗ РК.

Пункт 16: код МЭП (медико-экономического протокола) присваивается из справочника МЗ РК в соответствии с действующими правилами.

Пункт 17: для кодирования диагнозов применяется МКБ-10.

Пункт 18: код хирургической операции присваивается из справочника МЗ РК.

Пункты 19-20: заполняются на основании медицинской карты стационарного больного.

Пункт 21: лист оказанных услуг и медикаментов заполняется в соответствии с действующими правилами и справочниками. Регистрации подлежат только услуги, внешние по отношению к клиническому отделению (лаборатория, рентген, УЗИ и прочее). Услуги, входящие в объем работы клинического отделения (инъекции, антропометрия, измерение АД, осмотр врача и прочее), уже учтены в услугах клинического отделения и не подлежат заполнению. При недостатке места для внесения данных о проведенных услугах и манипуляциях, использованных медикаментов необходимо расширить Лист оказанных услуг дополнительным вкладышем.

Пункт 22-23: фамилия, имя, отчество, подпись лечащего врача и заведующего отделением. Коды врачей проставляются в соответствии с внутренним справочником медицинской организации.

Примечание: форма заполняется и распечатывается в соответствии с профилем организации.

А4 форматы

Формат 4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 066-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

НАРКОЛОГИЯЛЫҚ СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АДАМНЫҢ СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА
№ _____

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған

емдеуге жатқызу коды

Код госпитализации, определенный

Бюро госпитализации

1. Тегі (Фамилия)_____

Аты (Имя)_____ Әкесінің аты (Отчество)_____

2. Туған күні (Дата рождения) /_____/_____/_____/

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

3. Жынысы (Пол): ер (муж) - 1, әйел (жен) - 2

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6. ЖСН (ИИН)

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Медициналық тіркеу нөмірі

|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

(Регистрационный медицинский номер)

8. Мекенжайы (Место жительства)_____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна,

область, административный район)

_____

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

9. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 8 - табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработнй), 10 - басқалар (прочие).

9А. Соңғы 30 күнде кіммен тұрды? (С кем проживает последние 30 дней?): жалғыз/ один - 1, отбасымен (с семьей) - 2, досымен (құрбымен) (с другом (подругой) - 4, туысқандарымен (с родственниками) - 5, белгісіз (не известно) - 6.

9Б. Білімі (образование): орта мектепте неше сынып бітірді (число законченных классов средней школы), оқымады (не учился) - 1, ми қабілетінің кемшілігі бар балаларға арнаулы мектеп (школа для умственно отсталых) - 2, арнайы орта (среднее специальное) - 3, аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее) - 4, жоғары (высшее) - 5, тағы басқа (прочее) – 6.

10. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ) – 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) – 9, қоныс аударушылар (переселенцы) – 10, басқалар (прочее) – 99.

11. Пациент жолданды (Пациент направлен): БМСК (ПМСП) - 1, КДК (КДП) - 2, өзі қаралды (сам обратился) - 3, жедел жәрдемнен (скорой помощью) - 4, басқа стационардан (другим стационаром) - 5, әскери комиссариаттан (военкоматом) - 6, басқалар (прочие) - 8, нарколог-дәрігер (врачом наркологом) - 9, сот органдары (судебные органы) - 10, құқық қорғау органдары (правоохранительными органами) - 11, үкіметтік емес ұйымдар (неправительственные организации) - 12 (астын сызыңыз (подчеркнуть).

11А. Жолдаудың мақсаты (Цель направления): детоксикация (детоксикация) - 1, медициналық әлеуметтік оңалту (медико-социальная реабилитация) - 2, мәжбүрлеп емдеу (принудительное лечение) - 3, наркологиялық сараптама (наркологическая экспертиза) - 4, жолдаудың басқа мақсаттары (другие цели направления) - 5, (астын сызыңыз (подчеркнуть).

12. Жолдаған ЕПҰ-ның коды мен аты: _____

Код и название направившего ЛПО: _____|_____|

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей _____

организации) (10-ХАЖ коды (код МБК-10) |_____|

14. Тіркелген, БМСК көрсететін, МҰ-ның коды мен аты (Код и название

МО прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

_____ |_____|

15. Ауруханаға жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начало заболевания), 3 - шұғыл түрде 7 - 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7 - 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

16. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2, (астын сызыңыз (подчеркнуть).

16А. Осы ауру салдарынан өмірінде алғашқы рет ауруханаға жатуы (Госпитализация по поводу данного заболевания впервые в жизни) - 1, қайталап (повторно) – 2, (астын сызыңыз (подчеркнуть) .

16Б. Бұрынғы ауруханаға жатуларының саны (Число предыдущих госпитализаций) _____

|_____|

16В. Осының алдында стационардан шыққан күні - күн, ай, жыл (Дата предыдущей выписки из наркологического стационара - день, месяц, год)

_____

16Г. Ауруханада жатуы/госпитализация: осы стационарға алғашқы рет (первично в данный стационар) - 1, осы стационарға қайталап (повторно в данный стационар) - 2, (астын сызыңыз (подчеркнуть).

17. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) (10 - ХАЖ коды (код по МКБ - 10)

□

_____

18. Ауруханаға жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации)

_____/_____/_____ _____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

19. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты:(Дата и время выписки

(смерти))_____/_____/_____ _____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

20. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) _____

21. Бөлімше (Отделение):_____ Код _____

атауы (наименование) |_____|

22. Төсек бейіні (Профиль койки):_____ Код _____

|_____|

24. Реанимацияда болды ма (Находился ли в реанимации): иә (да), жоқ

(нет), күндері (дней) _____.

25.	Диагноз	10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)
1. Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз		
2. Асқынулары Осложнения		
3. Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1		

4. Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2		
5. Патологоа-натомиялық диагноз Патологоанатоми-ческий диагноз/причина смерти		

25А. Есірткіні пайдалану түрі (Вид употребляемого наркотика):

	Есірткінің түрі (Вид наркотика)	Тұрақты пайдалану мерзімі (жыл) (Срок регулярного употребления (год)	Есірткіні алғашқы пайдаланған жасы (Возраст первой пробы наркотика)	Пайдалану тәсілі (Способ употребления)	Пайдалану жиілігі (Частота потребления)
Негізгі есірткі Основной наркотик					
Басқа есірткі (1) Другой наркотик (1)					
Басқа есірткі (2) Другой наркотик (2)					
1-каннабис (каннабис) 2-героин (героин) 3- апиын (опий) 4-басқа апиындар (другие опиаты) 5-эфедрон (эфедрон) 6-амфетаминдік қатардағы заттар	амфетами-нового ряда (экстази, метамфета-мин, амфетамин) 7-колдан жасалған стимулятор-лар (норэфедрон, фени-	жаңа басқа) (кустарно изготовленные стимуляторы (норэфедрон, фенилпропа-ноламин и другие) 8-кокаин (кокаин) 9-барби-тураттар (барбитураты) 10-басқа	11-барлық галюциноген-дер (все галлюциногены) 12-ЛСД (ЛСД) 13-ұшып кететін заттар мен ингаланттар	1-ине арқылы (инъекции) 2-шегу арқылы (курение) 3-пероральды (перорально) 4-демалу арқылы (путем вдыхания)	1-әр күн сайын (ежедневно) 2-аптасына 2-6 күн (2-6 раз в неделю) 3-аптасына 1 күн және кем (1 раз в неделю и меньше) 4-сонғы 30 күн пайдаланбады (не употреблял последние 30 дней)

(экстази, метамфетамин, амфетамин) (вещества	лпропано-ламин және	седативтілер (другие седативные)	(летучие вещества и ингалянты)		9-белгісіз (неизвестно)

25Б. Жалпы жабдықты жиі пайдалануы (шприцтер, инелер, жалпы ыдыс және т.б.) (Частота использования общего инструментария (шприцы, иглы, общая посуда и т.д.): ешқашан пайдаланбаған (никогда не использовал) - 1, соңғы 30 күнде пайдаланбады (не использовал в последние 30 дней) - 2, соңғы 30 күнде пайдаланды, бірақ сирек (использовал в последние 30 дней, но редко) - 3, соңғы 30 күнде жиі пайдаланды (часто использовал в последние 30 дней) - 4, белгісіз (не известно) - 9, (астын сызыңыз (подчеркнуть).

26. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да) - 1, жоқ (нет) - 2.

26.1 Жазба актісінің (№, дата акта записи) № _____

күні _____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

27. МЭХ (МЭТ) №_____,

КШТ (КЗГ) № _____

28. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

☐

28.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количе-ство
1	2	3	4	5	6

29. RW-ға тексеру (Обследован на RW):

☐

оң (положительно)

☐

теріс (отрицательно)

АИТВ инфекциясы (ВИЧ-инфекцию):

☐

оң (положительно)

☐

теріс (отрицательно)

Гепатит В (гепатит В):

☐

оң (положительно)

☐

теріс (отрицательно)

Гепатит С (гепатит С):

☐

оң (положительно)

☐

теріс (отрицательно)

Туберкулез (туберкулез):

☐

оң (положительно)

☐

теріс (отрицательно)

30. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

31. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания): шықты (выписан) – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер)– 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4

32. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): (жазылумен) выздоровление – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) - 5

32А. Выбыл / Шықты: басқа наркологиялық (психикалық стационар) (в другой наркологический (психиатрический) стационар) - 1, басқа стационарға (психиатрикалық емес) (в другой стационар (непсихиатрический) - 2, в СЛПУ (АЕАА¥) - 3, басқалар (прочее) - 9.

32Б. Ауруxана ішілік демалыс күндерінің саны (Число дней внутрибольничных отпусков): _____ _____

|_____|

33. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов):

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица изме-рения	Саны Количество	

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы

(Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измере-ния	Саны Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измере-ния	Өлшем бірлігі Количество

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО)_____ Код_____

Қолы (Подпись) _____

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением) ТАӘ (ФИО)_____ Код _____

Қолы (Подпись) _____

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-2/е нысандымедициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 066-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ОНКОЛОГИЯЛЫҚ СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АДАМНЫҢ КАРТАСЫ
КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған

емдеуге жатқызу коды

Код госпитализации, определенный

Бюро госпитализацией

Сырқатнаманың № (№ истории болезни) _____ МТН (РМН)

ЖСН (ИИН)

ҒЗИ үшін квота № (Для НИИ № квоты) _____ әдеттегі (обычная);
ЖММК (ВСМП);
әкімшілік (административная)
ҒЗЖ (НИР)

01.Тегі (Фамилия)_____Аты (Имя)_____Әкесінің аты (Отчество)_____

02. Туған күні (Дата рождения): күні (число)_____ айы (месяц)____ жылы (год)_____

03. Жынысы (Пол):

ер (мужской); әйел (женский)

04. Бойы (Рост) _____05. Салмағы (Вес)_____06. Ұлты (Национальность) _____

07. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), бір жасқа дейінгі баланы емізетін анамен (бар/жоқ)/Госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет).

08. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): ☐ қызметкер (служащий); ☐ жұмысшы (рабочий); ☐ ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), ☐ зейнеткер (пенсионер); ☐ оқушы (учащийся); ☐ үй шаруасындағы әйел (домохозяйка); ☐ жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом); ☐ табынушы (служитель культа); ☐ жұмыссыз (безработный); ☐ басқа (иное).

09. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): почтовый индекс _____, обл. _____, ауданы (район)_____ , елді мекені (населенный пункт) _____, көшесі (улица)_____, үйінің (дом) № ____, пәтерінің (кв.) №_____, тел._____

10. Тұрғыны (Житель): ☐ қаланың (города); ☐ ауылдың (села);

10.1. Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен аты (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

_____

11. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ☐ ҰОСҚ (УВОВ); ☐ ҰОСМ (ИВОВ); ☐ интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист); ☐ басқа (иное);

12. Кім жолдады (Кем направлен): ☐ МСАК (ПМСП); ☐ КДЕ (КДП); ☐ жедел жәрдем (скорой

помощью); басқа стационар (другим стационаром); басқалар (прочие);

13. Науқасты жолдаған МҰ-ның коды мен атауы (Код и название направившей МО)_____

_____

13.1. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-О) _____

14. Стационарға түскен күні (Дата поступления в стационар): күні (число) _____ айы

(месяц) _____жылы (год)_____

15. Стационардан шыққан немесе қайтыс болған күні (Дата выписки из стационара или

смерти): күні (число) _____ айы (месяц) _____жылы (год) _____

Өткізген төсек күндері (Проведено койко-дней): _____

16. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): бюджет; квота; ақылы

(платный); ЕМҚ келісім шарт бойынша (по договору ДМС), басқа (прочий)

17. Бөлімше (Отделение):_____

18. Төсек бейіні (Профиль) койки:_____

19. Ауруханаға жатқызу түрі (Вид госпитализации): жоспарлы (плановый); жедел

(экстренный)

20. Үстіміздегі жылы осы ауру салдарынан ауруханаға жатқызылуы (Госпитализирован в

текущем году по поводу данного заболевания впервые): иә (да); жоқ (нет)

20.1. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), бір жасқа дейінгі

баланы емізетін анамен (бар/жоқ)/Госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком

(да/нет), с кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет).

21. Осы қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет осы жолы ауруханаға жатқан кезеңде қ

ойылды (Диагноз данного злокачественного новообразования установлен впервые в жизни в

период данной госпитализации): иә (да); жоқ (нет)

22. Жатқызылу мақсаты (Цель госпитализации):

алғашқы ісікті емдеу (лечение первичной опухоли); алғашқы ісікті емдеуді жалғастыру (продолжение лечения первичной опухоли); аурудың қайталануын емдеу (лечение рецидива заболевания); аурудың қайталануын емдеуді жалғастыру (продолжение лечения рецидива заболевания); қосымша тексеру (дообследование); кейінгі асқынуларды емдеу (лечение поздних осложнений); еңбекке жарамды ету (реабилитация); басқа (другая);

23. Реанимация бөлімшесінде, бөлмесінде болды (Находился в реанимационном отделении,

палате): иә (да); жоқ (нет)

23.1.Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней): _____

24. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

(С81-96) – түрлілігін көрсету (указать вариантность)_____резистенттік

(резистенность)_____

24.1. Ісіктің орналасуы (Локализация опухоли) _____ АХЖ-10 шифрі (шифр

МКБ-О) _____

24.2. Ісіктің морфологиялық түрі (Морфологический тип

опухоли)_____ АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-О) _____

24.3. Ісік процесінің сатысы (Стадия опухолевого процесса):

I а	II а	III а	IV а	in situ
I б	II б	III б	IV б	қолданыл-майды
I с	II с	III с	IV с	(неприменимо)
I сатысы (стадия)	II сатысы (стадия)	III сатысы (стадия)	IV сатысы (стадия)	белгісіз (неизвестно)

24.4. TNM жүйесі бойынша сатысы (Стадия по системе TNM): T $_{(0\text{-}4)}$ _____; N$_{(0\text{-}4x)}$

_____; M $_{(0,\ 1,\ x)}$_____

24.5. Алыс метастаздардың орналасуы (Локализация отдаленных метастазов):

24.5.1. Асқынған сатыда алғаш рет анықталған ісіктер үшін (для первичной опухоли запущенного процесса):

алыс лимфа түйіндері (отдаленные лимфатические узлы)	ми (головной мозг)	сүйек миы (костный мозг)	ішперде (брюшина)
сүйектер (кости)	бауыр (печень)	бүйрек (почка)	аналық бездер (яичники)
өкпе мен/немесе өкпеқап (легкие и/или плевра)	басқа ағзалар (другие органы)	тері қабаты (кожа)	көп санды (множественные) белгісіз (неизвестна)
24.24.5.2. Процестің өрістеуі кезінде (при прогессировании процесса):			
алыс лимфа түйіндері (отдаленные лимфатические узлы)	ми (головной мозг)	сүйек миы (костный мозг)	ішперде (брюшина)
сүйектер (кости)	бауыр (печень)	бүйрек (почка)	аналық бездер (яичники)
			көпсанды (множественные)

өкпе мен/немесе өкпеқап (легкие и/или плевра)	басқа ағзалар (другие органы)	тері қабаты (кожа)	белгісіз (неизвестна)

24.6. Диагнозды растау әдісі (Метод подтверждения диагноза):

морфологиялық (морфологический); цитологиялық (цитологический); рентгенологиялық (рентгенологический). изотопты (изотопный); эндоскопиялық (эндоскопический); УДЗ (УЗИ); КТ ЯМРТ (КТ(ЯМРТ)) ; тек клиникалық (только клинический); мәйітті ашу (вскрытие); миелограмма (миелограмма); иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование); иммунологиялық(иммунологический); цитогенетика(цитогенетика); цитохимия(цитохимия);

Қан/несептегі М-гардиент (М-градиент в крови/моче); Көпше миеломадағы Lg (Lg при множественной миеломе); ИГХ (ИГХ); лабораторлық диагностика (Онкомаркерлер) (лабораторная диагностика (Онкомаркеры)); ПЭТ-КТ (ПЭТ-КТ).

24.7 (С81-96) – нұсқалықты көрсету (указать вариантность):-L1; -L2; -L3; -L4; -L5; -M0; -M1; -M2; -M3; -M4; -M5; -M6; -M7

24.8 (С81-96) – қауіп тобы (группа риска): 1- стандартты (стандартный); 2–жоғары (высокая);

24.9 – резистілік (резистентность):1-бірінші; 2-екінші.

25. Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания):_____
_____

_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10)_____

_____

25.1. Қосалқы сырқаттардың кезеңі (период сопутствующих заболеваний): уақытша сауығу (ремиссия); өршуі (рецидив);

сауығу (реконваленсценция).

26. Патологоанатомиялық диагнозы (Патологоанатомический диагноз):_____

_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

26.1.Қайтыс болу себебі (Причина смерти)_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

26.2 Мәйітті ашпай (Без вскрытия)_____

27. Осы жатқызылу кезеңінде жүргізілген емнің сипаты (Характер проведенного лечения за период данной госпитализации):

радикалды (радикальный)	паллиативті (паллиативный)	симптоматикалық (симптоматический) басқасы (прочий)

27.1. Емдеу көлемі (Объем лечения): толық (полный) толық емес (неполный)

27.2. Толық емделмеу себебі (Причина неполного лечения): науқастың емдеуді

жалғастырудан бас тартуы (отказ больного от продолжения лечения) емдеу үстінде аурудың үдеуі (прогрессирование заболевания на фоне лечения) емдеудің асқынулары (осложнения лечения)

28. Емдеу түрі (Вид лечения): хирургиялық (хирургическое), сәулелік (лучевое), химиятерапиялық (химиотерапевтическое), біріктірілген (хирургиялық+сәулелік) комбинированное (хирургическое+лучевое)), кешенді (хирургиялық+химиятерапиялық, хирургиялық+химиятерапиялық+сәулелік) комплексное (хирургическое+химиотерапия, хирургическое+химиотерапия+лучевое), химиясәулелі (химиолучевое), симптоматикалық (симптоматическое), басқасы (прочее)

29. Өткізілген операция (Проведенная операция): _____

АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9)_____

күні (дата(____жыл (года)/ _____/_____ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача)_____

_____АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9)

күні (дата(____жыл (года) /_____/_____Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача)_____

_____АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9)

күні (дата(____жыл (года)/_____/_____ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача)_____

29.1. Арнаулы құралдарды қолдану (Использование специальной аппаратуры)_____

29.2. Анестезия:_____

Дәрігер-анестезиолог (Врач анестезиолог)_____

29.3. Хирургиялық емдеудің асқынулары (Осложнения хирургического лечения): _____

30. Сәулемен емдеу (Лучевое лечение): операция алдында (предоперационное);

операциядан кейін (послеоперационное);

 өздігінен (самостоятельное).

30.1. Сәулемен емдеу курсының басталған күні (Дата начала курса лучевого лечения):

күні (число) _____ айы (месяц) _____жылы (год)_____

30.2. Сәулелеу тәсілі (Способ облучения):

Сыртқы сәулелендіру (Облучение внешнее):

Қашықтықтан (дистанционное) , Қуыс ішілік сәулелендіру (Облучение внутриполостное) ,

Тін ішілік сәулелендіру (Облучение внутритканевое): .

Тіркескен сәулелендіру (Облучение сочетанное): қашықтықтан + қуыс ішілік (дистанционное + внутриполостное) , қашықтықтан+ тін ішілік (дистанционное + внутритканевое) , сыртқы апликациялық (внешнее аппликационное облучение) ;

Сәулелелендірудің басқа түрі (другие способы облучения) ;

30.3. Сәулелік ем түрі (Вид лучевой терапии):

Фотондық (Фотонная): жақын фокустық рентгендік (рентгеновская близкофокусная);

 терең рентгендік (рентгеновская глубокая); жоғарғы энергиялы тежеулік сәулелендіру (тормозное излучение высоких энергий), терең энергиялы фотонды-тежеулік сәулелендіру (фотонно-тормозное излучение глубоких энергий);

 Бетта-терапия;

Корпустық (Корпускулярная): электрондар (электроны), ауыр зарядталған бөлшектермен терапия (терапия тяжелыми заряженными частицами), нейтрондармен корпускулярлы терапия (корпускулярная терапия нейтронами);

Тіркескен (Сочетанная): фотондық + электрондар (фотонная + электроны); протондар + гамма (протоны + гамма); нейтрондар + гамма (нейтроны + гамма);

Гаммaтерапия; Басқа (Другая)

30.4. Сәулелік ем әдісі (Методы лучевой терапии):

Үздіксіз (Непрерывная): тін ішілік (внутритканевая); қуыс ішілік (внутриполостная); I^{131}; Au^{198} ; басқа (другая).

Фракциялау (Фракционирование): дәстүрлі (традиционное); толық өтетін курспен (со сквозным курсом); бөлшектенген курспен (с расщепленным курсом); Дәстүрлік емес фрақциялау (Фракционирование нетрадиционное): дозаны күндізгі бөлшектеу (дневное дробление дозы); іріленген (укрупненное); динамикалық (динамическое); ірі-сәулелік терапиямен фракциялау (>5ГР) (фракцирование лучевой терапии – крупное) (>5ГР);

Сәулелік ем (Лучевая терапия): тотальді (тотальная); субтотальді (субтотальная); нысананы бірқалыпсыз сәулелендіру (с неравномерным облучением мишени);

30.5. Радиомодификаторларды қолдану (Использование радиомодификаторов):

ГБО–радиомодификатор (радиомодификатор-ГБО); электронды- акцепторлы байланысқан радиомодификатор (радиомодификатор - электроноакцепторное соединении);

радиомодификатор-гипертермия (радиомодификатор-гипертермия); радиомодификаторгипоксия (радиомодификаторгипоксия); радиомодификатор-гипотермия (радиомодификатор-гипотермия); радиомодификатор - дәрілік препараттар (радиомодификатор-лекарственные препараты); радиомодификатор – иммуномодуляторлар (радиомодификатор- иммуномодуляторы); радиофармпрепараттар (радиофармпрепараты); АОК - антиоксидантты комплекс (АОК-антиоксидантный комплекс); тіркескен радиомодификаторлар (сочетание радиомодификаторов); басқалар (другие);

30.6. Сәулелендірудің қосынды ошақтық дозасы (Суммарная очаговая доза облучения): ісікке (2 таңба) (на опухоль (2 знака)) _____ топ (гр); метастаздарға (3 таңба) (на метастазы (3 знака))_____ топ (гр);

30.7. Сәулелік емдеудің асқынулары (Осложнения лучевого лечения): жергілікті (местные); регианарлық лимфа түйіндер (на регионарные лимфоузлы);

 жалпы (общие); асқынусыз (без осложнений). Сәулелік ем терапевті (аты-жөні) Лучевой терапевт (ФИО): _____

31. Химиотерапиялық емдеу курсының басталған күні (Дата начала курса химиотерапевтического лечения): күні (число _____ айы (месяц) _____ жылы (год) _____

31.1. Химиотерапия түрі (Вид химиотерапии): емдік (лечебная); адъювантты (профилактикалық) (адъювантная (профилактическая)) ; адъювантты емес

(неадъювантная);

31.2. Химиятерапия схемасы (Схема химиотерапии) _____

31.3. C91-95.9) үшін химиятерапия бойынша емдеу сатылары (Этапы лечения по химиотерапии для: (C91-95.9)) а) индукция (индукция); б) консолидация (консолидация); в) реиндукция (реиндукция); г) қолдаушы терапия (поддерживающая терапия); д) қайталануға қарсы курс (противорецидивный курс); е) симтоматикалық терапия (симптоматическая терапия);

31.4.

Препаратты атауы (Наименование препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения)*	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

*) 1-бұлшық ет ішіне (внутримышечно); 2- вена ішіне (внутривенно); 3- артерия ішіне (внутриартериально); 4- қуыс ішіне (внутриполостное); 5- ауыз арқылы (перорально); 6- басқа (другой);

31.5. Химиятерапиясы кезінде тағайындалған протекторлық дәрілік заттар Протекторные лекарственные средства, назначенные при химиотерапии:	Өлшем бірлігі Единицы измерения	Қосынды доза Суммарная доза

31.6. Таргентты терапия (таргентная терапия):

Препараттың атауы	Қабылдау басталған	Қабылдау аяқталған	Енгізу түрі	Өлшем бірлігі		Жиынтық мөлшері

(Наименование препарата)	күні (Дата начала приема)	күні (Дата окончания приема)	(Способ введения)*	(Единица измерения)	Саны (Количество)	(Суммарная доза)

*) Таргетты терапияның жанама әсерлері (побочные эффекты таргетной терапии): терілік реакциялар (кожные реакций); гастроинтестинальды (гастроинтестинальные); кардиотоксикалық (кардиотоксичность); қан кетулер (кровотечения); басқалар (другие); жоқ (нет);

31.7. Сүйек резорбциясының ингибиторларымен терапия (терапия с ингибиторами костной резорбции):

Препараттары (Наименование препарата)	Қабылдау басталған уақыты (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған уақыты (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения)*	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

*) Сүйек резорбциясының ингибиторлары терапиясының жанама әсерлері (побочные эффекты терапии с ингибиторами костной резорбции): Тұмау тәріздес синдром (гриппоподобный синдром); гастроинтестинальды синдром (гастроинтестинальный синдром); бүйрек функциясының бұзылу синдромы (нарушение функции почек); бауырлық көрсеткіштердің өзгерісі (изменение печеночных показателей); басқалар (другие); жоқ (нет).

32. Гормон терапиясының түрі (Вид гормонотерапии): қолданылмады (не применялась); дәрілік (лекарственная);

дәрілік емес (нелекарственная); аралас (смешанная)

32.1.

Препараттың атауы (Наимено-вание препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения)**	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Коли-чество)	Жиынтық мөлшері (Суммар-ная доза)

**) 1- бұлшық ет ішіне (внутримышечно); 2- тамыр ішіне (внутривенно); 3- тері ішіне (внутрикожно); 4- ауыз арқылы (перорально); 5- басқа (другой).

32.2. Гормон терапиясының жанама әсерлері (Побочные эффекты гормонотерапии):

қышыма (зуд); салмақ қосуы (прибавка в весе); тері бөртпелері (кожная сыпь); гематологиялық (гематологические); басқалар (другие); жоқ (отсутствуют).

33. Иммунотерапия:

33.1. Препараттың атауы (Наиме-нование препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения)***	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Коли-чество)	Жиынтық мөлшері (Суммар-ная доза)

***) 1-ауыз арқылы (перорально); 2-тері астына (подкожно); 3-бұлшық ет ішіне (внутримышечно); 4-басқа (другой).

34. Иммунотерапияның жанама әсерлері (Побочные эффекты иммунотерапии): қышыма (зуд); температуралық серпіліс (температурная реакция); тері бөртпелері (кожная сыпь); гематологиялық (гематологические); басқалар (другие); жоқ (отсутствуют).

35. Арнайы емнің басқа түрлері (Другие виды специального лечения):

комплиментарлық (комплиментарные); басқалары (прочие)

36. МЭТ (МЭТ) №_____, КШТ (КЗГ) № _____

37. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану

(Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

37.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы

(Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

(*заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)*

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

38. RW-ға тексеру (Обследование на RW): оң (положительно); теріс

(отрицательно);

АИТВ инфекциясы (ВИЧ инфекцию): оң (положительно); теріс (отрицательно);

тексерілмеді (егер, пациент бас тартқан жағдайда) (не обследовался (в случае ,

если пациент отказался)).

39. Стационарда болу немен аяқталды (Исход пребывания в стационаре): шықты

(выписан); ауыстырылды (переведен);

қайтыс болды (умер); өздігінен кетіп қалуы (самовольный уход).

Терапиялық науқастар үшін (для терапевтических больных): толық регресс

(полный регресс); толық емес регресс (частичный регресс); процестің стабилизациясы

(стабилизация процесса).

40. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығу (выздоровление); жақсарды (улучшение);

 өзгеріссіз (без перемен); нашарлады (ухудшение)

41. Ұсыныс (Рекомендация): операциялық емдеу (оперативное лечение);

 сәулелік ем (лучевая терапия); химиотерапия; симптоматикалық емдеу (симптоматическое лечение); онкологтың бақылауы (наблюдение онколога);

 басқалар (прочие);

42. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) *(астын сызыңыз) (подчеркнуть)*

Дәрігер (Врач)): ТАӘ (ФИО)_____ Код_____Қолы (Подпись)_____

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО)_____ Код _____ Қолы (Подпись)_____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 066-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 066-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Психиатриялық стационардан шыққан адамның
СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
выбывшего из психиатрического стационара №____

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған емдеуге жатқызу коды Код госпитализации, определенный Бюро госпитализации	

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты/

Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ)

Госпитализирован с лицом по уходу за ребенком (да/нет).

3. Туған күні (Дата рождения)		

4. Жыныс(ы) пол ер / муж – 1
әйел / жен – 2
5. Ұлты (Национальность)
_____
6. Тұрғыны (Житель):
қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2
7. ЖСН (ИИН)

____|____|____|____|____|____|
__|____|____|__
8.Медициналық тіркеу нөмірі
|____|____|____|____|____|____|_
__|____|____
(Регистрационный медицинский
номер)
8.1. Тіркелген, БМСК көрсететін,
медициналық ұйымның коды мен аты
(Код и название медицинской
организации прикрепления,
оказывающей
ПМСП)_____
9. Мекенжайы/ Место жительства
_____
елі/страна
_____
облыс/область
_____
әкімшілік
ауданы/административный район
_____
елді мекен/населенный пункт
_____
көше/улица
_____
үй/дом
пәтер/квартира_____
9А. Әлеуметтік мәртебесі
(Социальный статус):
қызметкер/служащий - 1
жұмыскер/рабочий - 2
ауыл шаруашылығының жұмысшысы
(работник сельского хозяйства) -
3
зейнеткер/пенсионер - 4
оқушы/учащийся - 5
үй шаруасындағы әйел/
домохозяйка -6
жеке еңбекпен айналысатын
тұлға/лицо, занятый
индивидуальным трудом -7
табынушы/служитель культа - 8
жұмыссыз/безработный - 9
басқалар/прочее -10
10. Стационардың коды /
Код стационара

11. Бөлімше / Отделение:
_____
12. Түскен күні / Дата
поступления

18. Осының а
психиатриялы
стационардан
/ Дата преды
из психиатри
стационара

19. Жатқызыл
Госпитализиро
өмірінде бір
впервые в жи
қайталап / по
осы жылы қай
повторно в да
20. Түсуі / П
Осы стационар
рет / Первичн
стационар - 1
Осы стационар
/ Повторное
стационар - 2
21. Кім жібер
направлен:
психиатр / по
қала бойынша
психиатр / де
психиатром по
сот-тергеу ор
судебно-следо
органами - 3
басқалар / пр
22. Қайдан ке
Откуда посту
үйінен / из д
психиатриялы
стационардан
/ переведен и
психиатричес
стационара -
басқа бейінде
/ переведен и
другого проф
басқалар / пр
23. Жіберу ма
направления:
емдеу / лече
әлеуметтік қа
науқасты емд
социально оп
больного - 2

13. Шыққан күні / Дата выписки

14. Білімі /Образование:
орта мектептің неше сыныбын бітірді / число законченных классов средней школы оқымады/не учился - 12
ми қабілетінің кемшілігі бар балаларға арналған мектеп / школа для умственно отсталых - 13
тәрбиеге көнбейтін жасөспірімдерге арналған мектеп / школа для трудновоспитуемых подростков - 14
орта арнаулы / среднее специальное - 15
аяқталмаған жоғары /незаконченное высшее- 16
жоғары / высшее - 17
басқалар / прочее - 18

15. Өмір сүру қаражатының көзі / Источник средств существования:
жұмыс / работа – қара жұмыс / физический труд - 1
ақыл-ой жұмысы/умственный труд - 2
біліктілігі төмендеуінсіз /без снижения квалификации - 3
біліктілігі төмендеуімен / со снижением квалификации - 4
өкіметтің асырауында / на иждивении государства - жасына байланысты зейнетақы / пенсия по возрасту - 5
мүгедектік зейнетақы / пенсия по инвалидности - 6
шәкіртақы / стипендия - 7

мәжбүрлеп емд
принудительно
3
сараптау / эк
соттық / суде
әскери / воен
басқа мақсат
жолдаулар / д
направления

24. Түскен к
ауруының ұза
Длительность
к моменту по
_____
25. Жолдаған
диагнозы / Д
направившего
_____
_____
_____
_____
_____
Диагноз коды
Код диагноза

25А. Түскен
диагнозы/ Диа
поступлении
_____
_____
_____
_____
Диагноз коды
Код диагноза

басқалар / прочие - 8 Жеке адамдардың асырауында / На иждивении отдельных лиц - 9 Өмір сүруінің басқа көздері/ Другие источники средств существования - 10 16. Психиатриялық ұйымның есепке алған жылы /Год взятия на учет психиатрической организацией		26. Қорытынды Заключительны _____ _____ _____ _____ _____ _____ Диагноз коды Код диагноза
17. Өткен емделуге жатқызу саны / Число предыдущих госпитализаций		27. ПБЗ пайда салдарынан бо психикалық жа мінез-құлықты / Сопутствующ психическое и поведенческое вследствие уп ПАВ _____ _____ _____ _____ _____ _____ Диагноз коды Код диагноза

А. Түскен күннен бастап өткізген төсек-күндері (демалыс күндерін

қоспағанда) (Проведено койко-дней (исключая дни отпуска))

_____

Б. Отан соғысының мүгедегі/ Инвалид отечественной войны

В. Қосалқы соматикалық ауруы/ Сопутствующее соматическое заболевание

Г. Патологоанатомиялық диагнозы / Патологоанатоический диагноз

иә/ да – 1 _____

жоқ/ нет – 2 _____

10-ХАЖ бойынша коды /Код по МКБ-10

Д. Емделуі /

Лечение_____

_____

Е. Түскен кездегі синдромы / Синдром при

поступлении_____

_____

34. МЭТ (МЭТ) №_____, КШТ (КЗГ)

№ _____

35. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

35.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Коли-чество
1	2	3	4	5	6

36. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)),

жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) *(астын сызыңыз) (подчеркнуть).*

37. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица изме-рения	Саны Количество

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица изме-рения	Саны Количество

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица изме-рения	Саны Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица изме-рения	Саны Количество

Дәрігер (Врач) ТАӘ (ФИО)_____ Код_____Қолы

(Подпись)_____

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО)_____

Код _____ Қолы (Подпись)

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-ж/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы (Наименование организации)	Медицинская документация Форма № 066-п/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 066-п/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы (Наименование организации)	Медицинская документация Форма № 066-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АДАМНЫҢ СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ
(жүкті, босанған әйелге және жаңа туған
(өлі туған) нәрестеге)
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА
(беременной, родильницы и новорожденного
(мертворожденного))
№__

Сноска. Приложение 1 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған емдеуге жатқызу коды Код госпитализации, определенный Бюро госпитализации															

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) /_____/_____/_____/

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

3. Ұлты (Национальность) _____ 4. Тұрғыны (Жительница):

қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

5. ЖСН (ИИН)

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

6. Медициналық тіркеу нөмірі

|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

(Регистрационный медицинский номер)

7. Мекенжайы (Место жительства) _____

_____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный

район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

8. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащая), 2 - жұмыскер (рабочая), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионерка), 5 - оқушы (учащаяся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 8 - табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработная), 10 - басқалар (прочее).

9. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 1, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 2, сәуле әсерін алған адам (лицо, подвергшееся радиации) – 3, ҰОСҚ теңестірілген адам (лицо, приравненное к УВОВ) – 4, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 5, қоныс аударушы (переселенка) – 6, басқалар (прочие) – 7.

10. Пациент бағытталды (Пациент направлен): БМСК (ПМСП) - 1, КДК (КДП) - 2, өзі қаралды (сама обратилась) - 3, жедел жәрдемнен (скорой помощью) - 4, басқа стационардан (другим стационаром) - 5, басқалар (прочие) - 6, (астын сызыңыз (подчеркнуть).

11. Жолдаған ЕПҰ-ның коды мен аты: _____

Код и название направившего ЛПО: |_____|

_____

12. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации)

_____ _____

_____10-ХАЖ коды (код МБК-10) |_____|

13. Тіркелген, БМСК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен аты

(Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей

ПМСП) _____

|_____|

14. Ауруханаға жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 - шұғыл түрде 7 - 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7 - 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов).

15. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания):

бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2 _____

16. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при |_____| поступлении):_____
_____

_____

10 -ХАЖ коды (код по МКБ-10)

17.1. Босану орны (Место родов): 1-стационарда (в стационаре), 2-үйде (на дому), 3-басқа жерде (в другом месте).

17.2. Алғашқы рет жүкті болған _ _

(Первобеременная): |_| иә (да)-1 |_| жоқ (нет)-2

17.3 Босандыру сипаты (Характер родов): 1 - физиологиялық (физиологические), 2 - патологиялық (патологические).

17.4 Босану саны (Которые по счету роды) _____

17.5 Жүктілікті үзу немесе босану сәтіндегі жүктілік мерзімі, апта (Срок беременности на момент прерывания беременности, родов или смерти, недель) _____

17.6 Аборт турлері (Виды аборта): 1 - өздігінен (самопроизвольный), 2 - 12 аптаға дейінгі медициналық аборт (медицинский аборт до 12 недель), 3 - кіші аборт (мини-аборт), 4 - әлеуметтік көрсетімдер бойынша аборт (аборт по социальным показаниям), 5 - медициналық көрсетімдер бойынша аборт (аборт по медицинским показаниям), 6 - қылмыстық жолмен жасалған аборт (криминальный аборт).

17.7. Аборт медикаментті (Аборт медикаментозный)

☐

17.8 Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер (Сведения о новорожденном):

Туу күні уақыты Дата время рождения	Бала туды Ребенок родился *	Баланың жынысы Пол ребенка **	айы-күні жетіп/шала ***	Туу кезіндегі баланың физикалық өсуі Физическое развитие ребенка при рождении
				Салмағы Масса (г)
				Бойы Рост (см)
				Кеуде өлшемі Окружность груди (см)
				Бас өлшемі Окружность головы (см)
				Салмағы Масса (г)
				Бойы Рост (см)
				Кеуде өлшемі Окружность груди (см)
				Бас өлшемі Окружность головы (см)
				Салмағы Масса (г)
				Бойы Рост (см)
				Кеуде өлшемі Окружность груди (см)

				Бас өлшемі Окружность головы (см)

продолжение таблицы

Нәрестені егу (вакцинация)		Шығуы Исход ****	Тууына қатысты өлім (Вид смерти по отношению к родам) *****	10-ХАЖ диагнозы Диагноз МКБ-10	Диагноз атауы Наименование диагноза
	күні дата				
БЦЖ					
ІПВ (ОПВ)					
гепатит					
	күні дата				
БЦЖ					
ІПВ (ОПВ)					
гепатит					
	күні дата				
БЦЖ					
ІПВ (ОПВ)					
гепатит					

* 1 - тірі (живой), 2 - өлі (мертвый);

** 1 - ер (мужской), 2 - әйел (женский), 3 - анықталған жоқ

(не определен);

*** 1 - айы-күні жетіп (доношенный), 2 - шала (недоношенный), 3 -

мерзімінен асып (переношенный);

**** 1 – выписан, 2 - госпитализирован на 2 этап выхаживания, 3 -

умер в родильном доме, 4 - метворожденный;

***** 1 - туылғанға дейін (до родов) (антенатально), 2 - туу кезінде (во время родов) (интранатально), 3 - туылғаннан кейін (после родов),

4 - белгісіз (неизвестно).

18. Жас нәресте перзетханада емдеуден өтті (Новорожденный проходил _ лечение в роддоме) |_|

_____

19. Ауруханаға жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации)

_____/_____/_____ _____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, минут (часы, минут)

20. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки

(смерти))_____/_____/_____ _____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, минут (часы, минут)

21. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) _____

22. Бөлімше (Отделение): _____

_____ Код |_____|

атауы (наименование)

23. Төсек бейіні (Профиль _____

койки):_____ Код |_____|

24. Реанимацияда болды ма (Находился в реанимации): иә (да), жоқ

(нет) күндері (дней) _____

25.	Диагноз	10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)

Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз		1. 2.
Асқынулары Осложнения		
Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1		
Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2		
Патологоанато-миялық диагноз/ өлуінің себебі Патологоана-томический диагноз/причина смерти		

26. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да)-1, жоқ (нет)-2.

26.1 Жазба актісінің (№, дата акта записи) № _____ күні

_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

27. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция):

Күні Дата Уақыты Время	Операци-яның аты мен коды Название и код операции	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2-жоспарлы Тип операции: 1-экстрен. 2-плановая	Опера-циядан кейінгі асқынулар Послеопер. осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)	Дәрігерлердің коды Коды врачей
Хирургиялық операциялар Хирургические операции						
						хирург

__/__/__ ___:___						асси-стент
Код						анесте-зиолог
__/__/__ ___:___						хирург
						асси-стент
Код						анесте-зиолог
__/__/__ ___:___						хирург
Код						асси-стент
__/__/__ ___:___						хирург
Код						асси-стент

28. МЭТ (МЭТ) №_____, КШТ (КЗГ) №_____

29. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

29.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) *(заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)*

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

30. RW-ға тексеру (Обследован на RW):

☐

оң (положительно),

☐

теріс (отрицательно).

АИТВ инфекция (ВИЧ-инфекцию):

☐

оң (положительно),

☐

теріс (отрицательно).

31. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-фактор _____.

32. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқалар (прочие) *(астын сызыңыз) (подчеркнуть)*.

33. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания): шықты (выписан) – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4.

34. Немен аяқталды (Исход): қанағаттанарлық (удовлетворительный) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен

(ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) - 5.

35. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измере-ния	Саны Количество

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі	

		Единица изме-рения	Саны Количество

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица изме-рения	Саны Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица изме-рения	Саны Количество

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) _____ Код _____

Қолы (Подпись) _____

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением) ТАӘ (ФИО) _____

Код _____ Қолы (Подпись)

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 096/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 096/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

БОСАНУ ТАРИХЫ
ИСТОРИЯ РОДОВ
№ _____

Бекітілген емдеу - профилактикалық ұйымы (ЛПО прикрепления) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, Имя, Отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Ұлты (Национальность) _____

Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі _____

(Номер документа удостоверяющего личность)

Түсті/Поступила 20__ жылғы (года) _____ Қан тобы/Группа крови _____

Гемоглобин _____

Түскен уақыты/Время поступления _____ Резус-тиістілігі/Резус

принадлежность _____

Шықты/Выбыла 20__ жылғы (года) _____

Өткізген төсек-күндер/ Антиденелер титрі/Титр-антител _____

Проведено койко/дней _____ Дәрігердің қолы/Подпись врача _____

Палата/Палата № _____ АИТВ-ға зерттеу/Обследование на ВИЧ __

Зиянды әдет/ Гонореяға зерттеу/Исслед.на гонорею __

Имеющиеся вредные привычки:

Темек шегу/ RW _____

Курение Аллерг.реакц./Аллергические реакции __

(күніне қанша шылым шегеді/

кол-во сигарет в день)

_____

Ішімдік ішуі/Употребление алкоголя

(жиілігі/как часто) _____

Есірткі қолдануы/

Употребление наркотических средств

(қандай түрлері/какие)

_____

Кім жолдады(Кем направлена) _____

Тұрақты мекен-жайы: қала, ауыл (астын сызыңыз)/Постоянное место

жительства: город, село (подчеркнуть)

Мекенжайы (Адрес): _____

_____

_____ № телефон _____

Жүкті, босанушы әйелдің медициналық сақтандыруы туралы деректер

(Данные о медицинском страховании, беременной, роженицы):

_____

Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) _____

Сақтандыру түрі: міндетті, өз еркімен (астын сызыңыз) (Вид страхования: обязательное, добровольное) (подчеркнуть)

Сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании)

_____

Отбасылық жағдайы: неке тіркелген, тіркелмеген, жалғыз басты (астын сызыңыз) (Семейное положение: брак зарегистрирован, не зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть))

Жүкті, босанған әйелдің жұмыс Күйеуінің тегі,аты-жөні орны, кәсібі, лауазымы, білімі (Фамилия, имя, отчество мужа) (Место работы, профессия, _____ должность беременной, роженицы)

_____ Жұмыс орны (Место работы) _____

_____ Кәсібі (Профессия) _____

_____ Қызмет тел. (Телефон сл.) _____

_____

Жүкті кезінде дәрігерге (акушерге) қаралды ма: иә, жоқ (астын сызыңыз) (Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет

(подчеркнуть)). Қанша рет (Сколько раз) _____ Консультация

атауы, дәрігердің тегі, телефон (Наименование консультации, врач,

телефон) _____

Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) _____

_____

Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический) _____

_____

_____

Қорытынды диагнозы (Диагноз заключительный) _____

_____

_____

_____

_____

Босану кезіндегі, босанудан кейінгі асқынулары (Осложнения в родах,

после родов) _____

_____

_____

_____

_____

_____

Операция мен жәрдем аттары (Название операций и пособий) _____

_____

_____

_____

Шығуы: шығарылды, ауыстырылуы, қайтыс болуы: жүкті кезінде, босану кезінде, босанған соң (астын сызыңыз) (Выбыла: выписана, переведена, умерла: беременной, во время родов, после родов (подчеркнуть)

Бойы (Рост) _____ см Салмағы (Вес) _____ кг

T^0 _____

Нешінші жүктілік (Которая беременность) _____

босануы (роды) _____

Соңғы етеккірі (Последняя менструация) _____

_____

Ұрықтың бірінші қозғалуы (Первое шевеление плода)

_____

D.Sp._____ D.Cr. _____ D.Tr._____

Жамбас/Таз: c.ext _____ c.giag _____ T.vera _____

Іш шеңбері (Окружность живота) _____ см

Жатыр түбінің биіктігі (Высота дна матки) _____ см

Ұрықтың орналасуы, позициясы мен түрі (Положение плода, позиция и

вид) _____

_____

Ұрықтың жүрек қағысы, орны, қағыс саны (Сердцебиение плода, место,

число ударов) _____

_____

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежащая часть) _____

_____

Қайда орналасқан (Где находится) _____

Босану қызметі (Родовая деятельность) _____

_____

Ұрықтың шамаланған салмағы (Предполагаемый вес плода)

_____

Дәрігер/Врач _____

Акушерка _____

Бірінші бала (Первый ребенок):

Жаңа туған нәрестенің гонобленорея профилактикасы

(Профилактика гонобленнореи новорожденного произведена)

_____ немен/чем

Апгар шкаласы бойынша нәрестені бағалау (Оценка состояния

новорожденного по шкале Апгар):

1-ші мин._____ балл, 5 мин._____балл

Емшек емізуді бастау уақыты (К груди приложен)

Қашан (через)_____мин., емшек берілген жоқ (себебі)

(не приложен (причина)) _____

Нәресте бөлімге ауыстырылды (Ребенок переведен в отделение)

_____

Күні (Дата) _____ сағ.(час) _____ мин _____

Екінші бала (Второй ребенок):

Жаңа туған нәрестенің гонобленорея профилактикасы

(Профилактика гонобленнореи новорожденного произведена)

_____ немен/чем

Апгар шкаласы бойынша нәрестені бағалау (Оценка состояния

новорожденного по шкале Апгар):

1-ші мин._____ балл, 5 мин._____ балл

Емшек емізуді бастау уақыты (К груди приложен)

Қашан (через) _____ мин., емшек берілген жоқ (себебі)

(не приложен (причина)) _____

Нәресте бөлімге ауыстырылды (Ребенок переведен в отделение)

_____

Күні (Дата) _____ сағ.(час) _____ мин _____

СЫРТАРТПА

АНАМНЕЗ

Жалпы сырқаттар (Общие заболевания) _____

_____

_____

_____

Ерінің денсаулығы (Здоровье мужа) _____

_____

Етеккірі (Менструация): басталуы (с) _____ жастан (лет)

_____

Жыныс қатынасының басталуы (Начало половой жизни с) _____

жастан (лет)

Гинекологиялық сырқаттары (Гинекологические заболевания)

_____

_____

_____

_____

Алдыңғы жүктіліктері (босану, аборттар күндері, асқынулары,

оперативтік жәрдем, нәрестелерінің салмағы) (Предыдущие беременности

(даты родов, абортов, осложнения, оперативные пособия, масса (вес)

новорожденных) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Қанша баласы бар (Сколько детей):

тірі (живых) _____

өлі туған (мертворожденных) _____

қайтыс болғандар (умерло) _____

БОСАНУ АҒЫМЫ

(ТЕЧЕНИЕ РОДОВ)

Толғақ басталды (Схватки начались) _____

Қағанақ суы кетті (Воды отошли) _____

Судың мөлшері мен сапасы (Качество и количество о/вод) _____

_____

Толық ашылуы (Полное открытие) _____

Күшену басталуы (Начало потуг) _____

Бала туылды (Ребенок родился):

Бірінші (Первый): күні (дата) _____ 20__ ж/г

сағ.(час) _____ мин._____

Тірі, өлі, басымен, теріс келуі, аяқпен келуі (астын сызыңыз)

(Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть)

Тірі туу межелері: тынысы, жүрек қағу, кіндік бауының солқылдауы,

бұлшық еттерінің жиырылуы (астын сызыңыз)

Критерии живорождения: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины,

произвольное сокращение мускулатуры (подчеркнуть)

Жынысы (Пол) ____ Салмағы (+Масса) _____ гр.Бойы (Рост) ____ см

Бас шеңбері (Окружность головки) _____ см, кеуденің (груди) __ см

Екінші (Второй): күні (дата) _____ 20__ж/г

сағ.(час) _____ мин. _____

Тірі, өлі, басымен, теріс келуі, аяқпен келуі (астын сызыңыз) (Живой,

мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть)

Тірі туу/туылу критериялар/ межелері/ шарттарын: тынысы, жүрек қағу,

кіндік бауының солқылдауы, бұлшық еттерінің жиырылуы (астын сызыңыз)

Критерии живорождения: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины,

произвольное сокращение мускулатуры (подчеркнуть)

Жынысы (Пол) ____ Салмағы (Масса) _____ гр.Бойы (Рост) ___ см

Бас шеңбері (Окружность головки) ____ см, кеуденің (груди) ____ см

Акушерка _____

Бала жолдасының түсуі: өз еркімен, бөлінді, қолмен алынды, әдіс

қолданылды

(Послед. выделился: самостоятельно, отделен, удален рукою, применен

прием) _____ арқылы/через

_____ сағ/час _____ мин

Бала орны бүтін, күмәнді (Детское место целое, под сомнением)

_____

Барлық қабықтары түгел, күмәнді (Оболочки все, под сомнением) ___

_____ Бала жолдасының макроскопиясы (Макроскопия

последа) _____

Кіндік: ұзындығы (Пуповина): длина _____ см.

оралуы/обвитие вокруг _____

ерекшеліктері/особенности _____

Босану кезіндегі қансырау (Кровопотеря в родах) _____ мл

Психопрофилак. дайындық, қандай дәрімен жансыздандырылды: немен

(Психопрофилакт. подготовка, медикамент. обезболивание: чем) ___

_____

_____ әсері толық, аздаған, әсері жоқ (астын

сызыңыз) (эффект полный, частичный, без эффекта (подчеркнуть)).

Босану ұзақтығы (Продолжительность родов)

Жалпы (Общая)_____I кезең (пер)._____ II кезең (пер).

_____ III кезең (пер.) _____

Баланы қабылдаған (акушерка, дәрігер) (Приняла ребенка (акушерка,

врач)) _____

Бала жолдасын қараған (Послед осматривал) _____

Кезекші дәрігер (Деж. врач) _____

Акушер (Акушерка) _____

Осы жүктіліктің ағымы мен асқынулары (Течение и осложнения настоящей

беременности) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Түскен кездегі жағдайы, сыртқы қарау деректері (Состояние при

поступлении, данные наружного осмотра): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Жүрек (Сердце) _____

_____

_____

Тамыр соғуы (Пульс) _____

Оң қолда АҚҚ (АД на правой руке) _____

Сол қолда (на левой) _____

Тыныс алу ағзалары (Органы дыхания) _____

_____

Ас қорыту ағзалары (Органы пищеварения) _____

_____

_____

Несеп- жыныстық жүйесі (Мочеполовая система) _____

_____

_____

Несеп қайнатқан кезде (Моча при кипячении) _____

_____

Қолы (Подпись) _____

Босану тарихына № _____ жапсырма бет № 1

Вкладной лист № 1 к истории

родов № _____

Азаматша (гр-ка) _____

ЖҮКТІЛІКТІҢ, БОСАНУДЫҢ АҒЫМЫ
ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ

Күні, сағ. Дата, час	Жағдайы Состояние	Ескерту Примечание

Босану тарихына № _____ жапсырма бет № 2

Вкладной лист № 2 к истории родов № ____

Босанушы (Родильницы) _____

БОСАНУДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢ АҒЫМЫ
ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Күні Дата	Жалпы жағдайы Общее состояние	Сүт бездерінің жағдайы Состояние молочных желез	Жатыр түбінің биіктігі Высота дна матки	Лохии	Функциялар Функции		Тағайындалымдар Назначения
					қуықтың мочевого пузыря	ішектің кишечника	
1	2	3	4	5	6	7	8

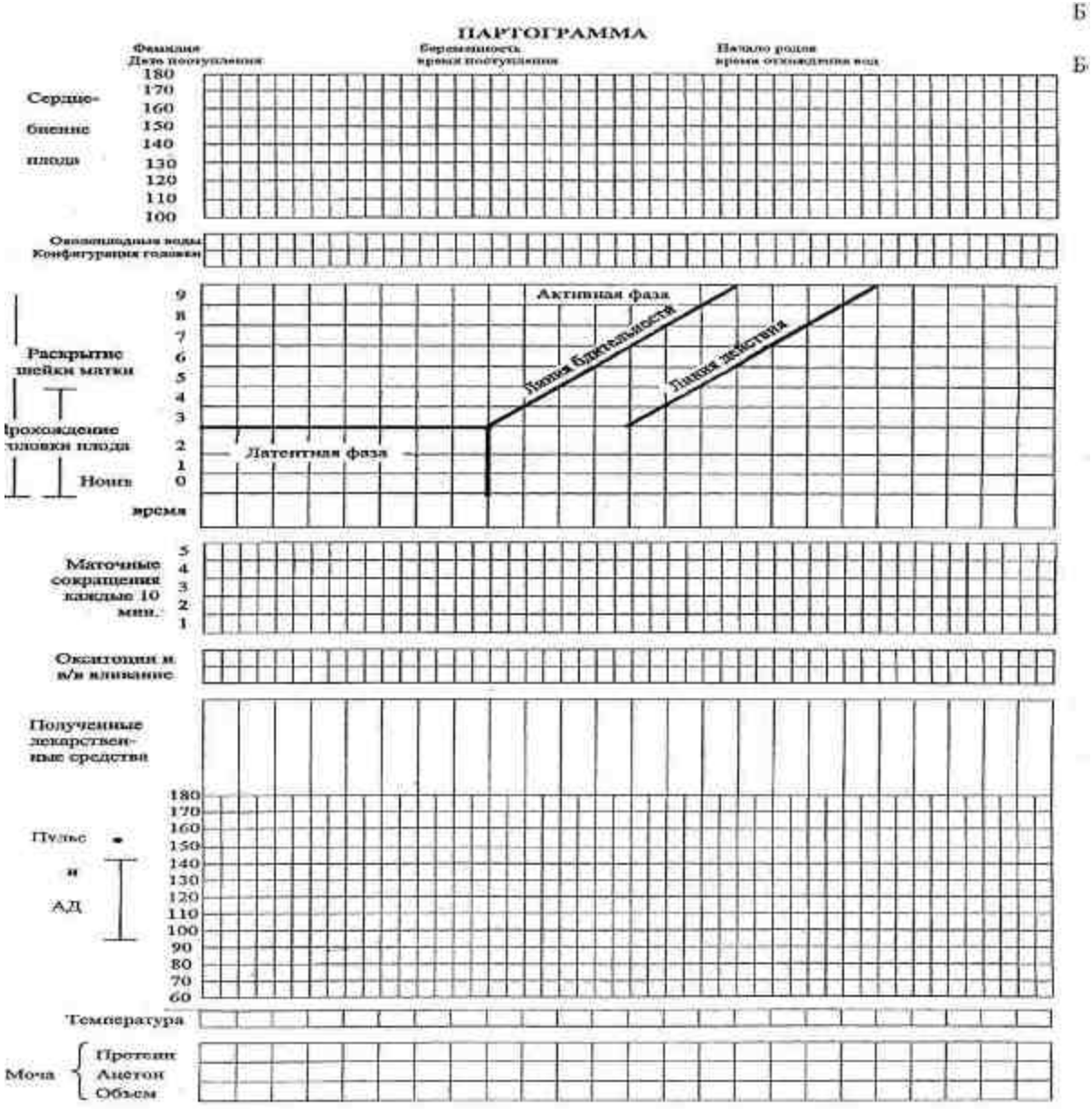
Ай күндері Числа месяца																					
Болу күндері День пребывания																					
п	t^0	ту	кв	ту	кв	ту	кв	ту	кв	ту	кв	ту	кв	ту	кв	ту	кв	ту	кв	ту	кв
120	41^0																				
110	40^0																				

100	39^0																			
90	38^0																			
80	37^0																			
70	36^0																			
60	35^0																			

Босану тарихына № _____ жапсырма бет № 3

Вкладной лист № 3 к истории родов № _____

Босанушы (Родильницы) _____



Б

Б

Босану тарихына № _____ жапсырма бет № 4

Вкладной лист № 4 к истории родов № _____

Босанушы (Родильницы) _____

Қосымша зерттеу әдістері, басқа мамандардың кеңесі

(Дополнительные методы обследования и консультации специалистов)

Күні, сағ. Дата, час	Жағдайы Состояние	Ескерту Примечание

Шыққан, ауыстырылған кездегі жағдайы (Состояние при выписке,

переводе) _____

Еңбекке жарамсыздық парағы берілді (Выдан листок нетрудоспособности)

№ _____

20__ ж. (г.) "__" _____ бастап (с) 20__ ж. (г.) "__" _____ дейін (по)

Нәресте (Новорожденный) _____ шықты (выписан) 20__ ж. (г.) "__" ____

Қайда және қашан ауыстырылды (Переведен куда и когда)

_____

Аустырылған кездегі диагнозы (Диагноз при переводе)

_____

_____

_____

Нәресте қайтыс болды (Новорожденный умер) _____

жынысы (пол)

20__ж. (г.) "__"_____

күні (дата)

Өлі туылды (астын сызыңыз) (Мертворожденный (подчеркнуть)) _____

сағ.(час) _____ мин. 20__ж. (г.) _____ күні (дата)

Нәрестенің қайтыс болған кезінде немесе өлі туған кезде (В случае смерти новорожденного или мертворождения): Патологоанатомиялық диагнозы (Диагноз патолого-анатомический): _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

қолы (подпись)

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) _____

қолы (подпись)

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23"

Республики Казахстан	қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 097/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 097/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Нәрестенің даму тарихы

№ _____

История развития новорожденного

	анасы мать	**әкесі отец**	**нәресте ребенок**
қан тобы группа крови			
резус-тиістілік резус-принадлежность			

Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество новорожденного (при наличии)

_____

_____

Анасының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество матери (при наличии)

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)

Ұлты (Национальность) _____ Кәсібі (Профессия) _____

Некенің тіркелуі (керекті астын сызыңыз) (Брак зарегистрирован (нужное подчеркнуть): иә (да), жоқ (нет)

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Тұрақты мекенжайы, телефон (Постоянное место жительства, телефон) _____
_____

_____

	күні число	**айы месяц**	**жылы год**	**сағ. час**	**мин**	
Туылды Родился						**Қабылдау журналы (Приемный журнал) № _____** **Нәресте палатасы (Палата ребенка) №_____** **Нәресте кереуеті (Кровать ребенка) № _____** **Анасының палатасы (Палата матери) № _____** **Анасының кереует (Кровать матери) № _____** **Нәресте ауыстырылған палата (Ребенок переведен в палату) _____** **төсек (кровать) № _____** **Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____** **Төсек-күндер саны (Проведено койко-дней) _____**
Түсті Поступил						
Шықты Выписан						
Қайтыс болды Умер						
Ауыстырылды Переведен						
Қайда Куда						

Нәрестенің қорытынды диагнозы (заключительный диагноз новорожденного) _____

_____
_____

Анасының жағынан тұқым қуалаушылық (Наследственность со стороны матери)_____

_____
_____
әкесі жағынан (отца)_____

_____
_____

Гинекологиялық және акушерлік анамнез
Гинекологический и акушерский анамнез

Нешінші жүктілік (Которая беременность) _____ нешінші босану (которые роды) _____

Жүктілік кезіндегі сырқаттары мен асқынулары (Заболевания, осложнения во время беременности)
_____

_____
_____
_____

Босануы:I кезеңнің ұзақтығы (Роды: продолжительность I пер.) _____

II кезең (II пер.) _____

Босану ағымының ерекшеліктері, операциялар (особенности течения, операции) _____

_____
_____

Анестезия және ауыртпайтын дәрі-дәрмектер қолданылды ма? (егер "иә", көрсетіңіз/жазыңыз қандай)
(Применялись ли анестезия и анальгезирующие средства? (если "да", то указать какие)) _____
__

_____

Сусыз аралық (Безводный промежуток) _____

_____

Қағанақ суының сипаты (Характеристика околоплодных вод) _____

_____
_____

Акушерлік қорытынды диагнозы (Диагноз заключительный акушерский)_____ _

_____

Жынысы Пол	**Тірі, өлі туылды Родился живой мертвый**	**Мерзімінде, мерзімінен бұрын туған Доношен. Недоношен.**	**Салмағы Масса (вес)**	**Бойы Рост**	**Шеңбері / Окружность**		**Асфиксия**	
					басының головы	кеудесінің груди	ұзақтығы продолжительность	тірілту шаралары меры реанимации

Тірі туу критерийлері (Критерии живорождения) (+, -)			
Тынысы/ Дыхание	Жүрек соғуы/ Сердцебиение	Кіндік тамарының соғуы/ Пульсация пуповины	Бұлшық етінің жиырылуы Произвольное сокращение мускулатуры

Апгар шкаласы бойынша нәрестенің жағдайын бағалау
Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар

Туылғаннан кейінгі уақыт Время после рождения	**Жүрек қағысы Сердцебиение**	**Тыныс алуы Дыхание**	**Терісінің түсі Окраска кожи**	**Бұлшық ет тонусы Тонус мышц**	**Рефлекстері Рефлексы**	**Бағасы баллмен Оценка в баллах**

Емшек емізуді бастау уақыты қашан (Когда приложен к груди после родов) _____

Емшек берілген жоқ (себебі) (К груди не приложен (причина) _____

Даму кемістіктері (Пороки развития) _____

_____

Босану кезіндегі зақымдануы (Родовые травмы) _____

_____
_____

Гонобленореяның алдын алу (дәрінің аты, сағаты) (Профилактика гонобленореи (название медикамента, время))
_____

_____

Кезекші акушер (Дежурный акушер) _____ Кезекші дәрігер (Дежурный врач) _____

Нәрестелер бөлімшесіне ауыстырылды (Ребенок переведен в отделение новорожденных) ___

_____

Ауыстырылу күні (дата перевода) 20 ____ж. (г.) " _____"_____ _____
__сағ./час _____мин.

Босану залынан ауыстырылғандағы нәрестенің жағдайы (Состояние ребенка при переводе из родзала)
_____

_____
_____

Терісінің түсі, айғайының сипаттамасы (цвет кожных покровов, характер крика) _____

_____

Нәрестені өткізген акушер (Ребенка сдал(а) акушер(ка)) _____

Нәрестені қабылдаған және өңдеген мейіргер (Принял(а) и провел(а) обработку медицинский брат/медицинская сестра)_____

Алдын-ала қойылған диагноз (Диагноз предварительный) _____

_____
_____

Күні/Дата _____ Кезекші дәрігер/Дежурный врач _____

Нәрестелер (бөлімшесінде) палатасында нәрестені алғашқы рет қарау

Первый осмотр ребенка в палате (отделении _____) новорожденных детей

20 _____ ж/г "_____" _____ _____сағ/час _____ мин

қарау күні(дата осмотра)

Жалпы жағдайы (нәрестенің жатқан жатысы, айғайының сипаттамасы, тремор, бұлшық ет тонусы) (Общее состояние (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус))
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Тері қабаты (Кожные покровы) _____

Көрнекі жылбысқы қабықтар (Видимые слизистые) _____

Кіндігінің қалдығы (Пуповинный остаток) _____

_____

Басы (үйлесу жерлері, еңбектері, босану кезіндегі ісік) (Головка (швы, роднички, родовая опухоль)
_____

_____
_____
Көкірек клеткасының қалпы (Форма грудной клетки) _____

_____
Емшек емізуді бастау уақыты (Когда приложен к груди) _____

Емізу жиілігі (частота кормления) _____

Емшекті қалай сорады (как сосет грудь)?_____

Емшек берілген жоқ (себебі) (К груди не приложен (причина)) _____

_____

Тыныс алуы. Өкпесінің жағдайы. Тыныс жеткіліксіздігін Сильверман шкаласы бойынша бағалау (Дыхание. Состояние легких. Оценка по шкале Сильвермана при дыхательной недостаточности)
_____

_____
_____
_____
Жүрек (шекарасы, шулардың бар-жоғы, ырғақ сипаттамасы) (Сердце (границы, наличие шумов, характер ритма))
_____

_____
_____Тамыр соғуы (Пульс) _____

Жүйке жүйесі (Нервная система) _____

_____
_____
Іш қуысы ағзалары (Органы брюшной полости) _____

_____
Мекониидің кетуі (Отхождение мекония) _____

Несеп шығару (Мочеиспускание) _____

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы) _____

Анустың бар болуы (Наличие ануса) _____

Жамбас-сан буындарының жағдайы (Состояние тазобедренных суставов) _____

_____
_____

Қорытынды және алдын ала қойылған диагноз
Заключение и предварительный диагноз

_____
_____
_____

Тағайындалымдар мен оларды негіздеу (Назначение и их обоснование)

_____
_____
_____
_____
_____

Кезекші дәрігер/Дежурный врач _____

Мейіргердің нәрестені бақылауы кезіндегі деректері
Данные наблюдения медицинской сестры за новорожденным

	Өмірінің күні	**t°**		**Жағдайының өзгеруі Изменение состояния**				**Сору рефлексінің белсенділігі Активность**	**Үлкен дәрет сипаттамасы**	**Несеп шығару Мочеиспускание**	**К т у В**
				Асфиксия ұстамасы болуы	Жылбысқы қабық слизистая						

Күні Дата	**День жизни**		**Салмағы Масса (вес)**	Наличие приступов асфиксии (апноэ)	көздің глаз	ауыздың рта	тері қабатының кожных покровов	**сосательных рефлексов**	**Характер стула**		**с п**
	1	ту									
		кв									
	2	ту									
		кв									

Егу/Вакцинация

Екпенің атауы Наименование вакцины	**Күні Дата**	**Өмірінің күні День жизни**	**Дозасы Доза**	**Екпе сериясының № серии вакцины**	**Жарамдылық мерзімі Срок годности**	**Егуге серпіліс Реакция на прививку**	**Қолы Подпись**
Вирусты гепатитке қарсы Против вирусного гепатита							
Туберкулезге қарсы екпе Противотуберкулезная							
Полиомиелитке қарсы Против полиомиелита							

Анасының қолы (Подпись матери)_____

Егу жүргізілмеді (себебін көрсетіңіз) (Прививка не проводилась (указать причину))

_____
_____
_____

Тұқым қуалайтын аурулар скринингі (Скрининг на наследственную патологию)

№	**Атауы (Наименование)**	**Қан алу күні, аудиологиялық скрининг жасау күні (дата забора крови, дата аудиологического скрининга)**	**Нәтежесі (Результат)**
1	ФКУ (фенилкетонурия)		
2	ТБГ (туа біткен гипотиреоз) / ВГ (врожденный гипотиреоз)		

3	Аудиологиялық скрининг (аудиологический скрининг)		

"Отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен аудиологиялық неонатальдық скринингті жүргізу туралы есеп" кестесін енгізу/"Учет о проведении аудиологического неонатального скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии".

Әдіс атауы/ Название метода	**Нәтиже/ Результат**					
	Оң құлақ /Правое ухо			Сол құлақ /Левое ухо		
	Өтті/ Прошел	Өтпеді/ Не прошел**	Скрининг жүргізілмеді/ Скрининг не проводился	Өтті/ Прошел	Өтпеді/ Не прошел**	Скрининг жүргізілмеді/ Скрининг не проводился
Отоакустикалық эмиссияны тіркеу/ Регистрация отоакустической эмиссии*						

* Баланың отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен аудиологиялық скринингті өту нәтижесі тиісті бағанада қанатбелгімен белгіленеді/ Результат прохождения ребенком аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии отмечается галочкой в соответствующей графе.

** "Өтпеді" деген отоакустикалық эмиссияны тіркеу нәтижесінде бала сурдологиялық кабинетке жіберіледі/При результате регистрации отоакустической эмиссии "Не прошел" ребенок направляется в сурдологический кабинет.

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

Жаңа туған нәрестені тасымалдау протоколы
Протокол транспортировки новорожденного

Дата рождения Туған күні	**Гестациялық мерзімі Гестационный возраст**	**Постменструальды жасы Посменструальный возраст**
Жасы Возраст	Туған мезгіліндегі салмағы Масса тела при рождении	Қазіргі салмағы Фактическая масса тела
Нәресте жынысы Пол ребенка	Нәрестені көшіру себебі Причина перевода новорожденного	Тасымалдау ұзақтығы Длительность транспортировки

Анасының диагнозы/Материнский диагноз

1._____

2._____

3._____

4._____

5._____

Жаңа туған нәресте диагнозы/Диагноз новорожденного ребенка

1._____

2._____

3._____

4._____

5._____

Тасымалдау кезіндегі респираторлы көмек түрі/
Вид респираторной поддержки во время перевода

CPAP	**IMV**	**Оттегі/Кислород**

Жолдап жатқан мекемедегі нәрестенің негізгі тіршілік көрсеткіштері
Основные жизненные показатели новорожденного в направляющем медицинском учреждении

Жүректің жиырылу жиілігі/ Частота сердечного сокращения	**Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері: PIP, peep, Ti, Rate, FiO_2/Вид дыхания, параметры аппарата ИВЛ: PIP, peep, Ti, Rate, FiO_2**	**Орташа қан қысым/ Среднее артериальное давление**	**Дене қызуы / Температура тела**	**Сатурациясы / Сатурация**	**Қанның қанты/ Сахар крови**	**pH / pCO_2/ pO_2 / HCO_3/ BE**
	/ / / /	Сын.бағ. Мм.рт.ст	^0C	%		/ / / /

Қабылдап жатқан мекемедегі нәрестенің негізгі тіршілік көрсеткіштері/
Состояние новорожденного в принимающем медицинском учреждении

Жүректің жиырылу жиілігі/ Частота сердечного сокращения	**Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері: PIP, peep, Ti, Rate, FiO_2/Вид дыхания, параметры аппарата ИВЛ: PIP, peep, Ti, Rate, FiO_2**	**Қан қысымы: сист/диаст/ орташа/ Артериальное давление: сист/диаст/ среднее**	**Дене қызуы / Температура тела**	**Сатурациясы / Сатурация**	**Қанның қанты/ Сахар крови**	**pH / pCO_2/ pO_2 / HCO_3/ BE**
	/ / / /	/ / Сын.бағ. Мм.рт.ст	^0C	%		/ / / /

(Жалғасы/продолжение)

Тасымалдау кезіндегі нәрестенің хал жағдайы/

Состояние новорожденного при переводе

Уақыт/время										
Жүректің жиырылу жиілігі/ Частота сердечного сокращения										
Тыныс алу жиілігі/ Частота дыхания										
Орташа қан қысым/ Среднее артериальное давление										
Дене қызуы/ Температура тела										
Сатурациясы/ сатурация										
Вентиляция параметрлері/параметры вентиляции	PIP									
	PEEP									
	Ti									
	F_{set}									
	FiO_2									
Қанның газдыө өқрамы/Газовое состояние крови	pH									
	pCO_2									
	pO_2									
	HCO_3									
	BE									
Тәуліктік сұйықтыққа мұқтаждылығы Суточная потребность в жидкости			Мл/кг/тәу Мл/кг/сут		Инфузия жылдамдығы Скорость инфузии			Мл/сағ Мл/час		

Дәрі-дәрмек атауы/уақыт Лекарственные препараты/время									
Санация									
Тамақтануы/Кормление (мл)									
Диурез (мл)									
Үлкен дәреті/стул									

Тасымалдауда алған толық сұйықтық көлемі/Общий объем за время транспортировки (мл)	Мл Мл	Диурез жылдамдығы/ Скорость диуреза	Мл/кг/ сағ Мл/кг/ час

Нәрестеге комфорт дәрежесін бағалау/
Оценка степени комфорта для новорожденного

Мазасыз/ Возбужденный	**Белсенді/ Актвиный**	**Медициналық ұйқы/ Медицинский сон**	**Ұйқылы/ Сон**

Седативті және паралитикалық дәрілерді қолдану/
Использование седативных и паралитических препаратов

Алды/Получил	**Дәрі дәрмек аты жөні/ Название лекарственного препарата**	**Дозасы/ Доза препарата**
Ия/ Да Жоқ /Нет		

Атанасына нәрестенің тасымалдауы туралы толық мәлімет берілді/

Родители получили полную информацию по поводу транспортировки новорожденного

Ия/да Жоқ/нет

Егереде алмаса, онда неге?/Если родители не получили, то по какой причине?

_____
_____

Дәрігер аты жөні (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) врача _____

Медициналық бике аты жөні (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) медицинская сестра_____
_____

Тасымалдау күні, уақыты/Дата и время перевода _____

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

Жаңа туған нәрестені тасымалдауға арналған құрал жабдықтармен дәр-дәрмектердің дайындылығын тексеру парағы
Проверочный лист оборудования и медикаментов для транспортировки новорожденного

№	**Тексеру күні, уақыты/ Дата и время проверки Медициналық аппараттар мен заттардың, дәрі-дәрмектердің атаулары/Наименование оборудования, изделий медицинских изделий и лекарственных препаратов**
1.	Транспорттық инкубатор/ Транспортный инкубатор:
	Оттегі баллоны/Кислородный баллон
	Ауа баллоны/Баллон с воздухом
	Аккумулятор /Аккумулятор
2.	Жасанды тыныс беру аппараты/Аппарат ИВЛ:
	Тыныс беру контуры / Дыхательный контур
	Ылғалдандырғыш/увлажнитель
	Стерильная вода/Стерильді су
3.	Реанимацияға арналған жинақ/Набор для реанимации:
	Интубациялық түтікшелер № 2; 2,5; 3,0; 3,5; 4; 4,5 Интубационные трубки № 2; 2,5; 3,0; 3,5; 4; 4,5
	Ларингоскоп № 1; 0; 00/Ларингоскоп № 1; 0; 00
	Жабыстырғыш/Лейкопластырь
	Жасанды вентиляция үшін өз бетімен ашылатын қап/Самораспрaвляющийся мешок для вентиляции
	Мезгілінен ерте және мезгілінде туған нәрестелер үшін маскалар Маска для доношенного и недоношенного ребенка
4.	Дәрі дәрмектер/Лекарственные препараты
	Дофамин 0,5%
	Адреналин 0,1%
	Физиологиялық ерітінді 0,9% Физиологический раствор 0,9%
	Гентамицин 4%
	Ампициллин 250 мг
5.	Аспирациялық катетерлер № 6, 8, 10, 12 Аспирационный катетер № 6, 8, 10, 12
6.	Кардиомонитор
	Неонатальды сатурациялық датчиктер Неонатальные сатурационные датчики

	Неонатальды қан қысым манжеталары Неонатальные манжеты для измерения АД
	Дене қызуын өлшейтін датчиктер Датчики для измерения температуры тела
7.	Перифериялық катетерлер № Периферические катетеры №
8.	Кіндік катетері/Пупочный катетер
9.	Стерильді пинцет/Стерильный пинцет
10.	Фонендоскоп
11.	
	Дәрігердің қолы/ подпись врача

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

(Бірініші беті/Первая страница)

Тасымалдау кезінде болған төтенше жағдай протоколы
Протокол о чрезвычайной ситуации во время перевода

	Тасымалдау командасы келмей тұрып/ До появления транспортной команды	**Хал жағдайын тұрақтандыру кезінде/ Во время стабилизации**	**Тасымалдау кезінде/ Во время перевода**	**Қабылдайтын мекемеде/В принимающем учреждений**
Жоспарланбаған экстубация/ Не запланированная экстубация				
pH > 7,5				
Экстравазация/ Экстравазация				
Тасымалдау кезіндегі газдың жоғалуы / Утечка газа во время перевода				
Жолда жоспарланбаған тоқтау/ Не запланированная остановка в дороге				
Коммуникациялық проблемалар/ Коммуникационные проблемы				
Медициналық аппаратпен байланысты проблемалар/ Проблема связанная с оборудованием				

Клиникалық төтенше жағдай Клинический акцидент				
Дәрі дәрмекті қате беру/ Ошибка лекарства				
Тасымалдауды тоқтату/ Отмена перевода				
Нәрестенің жолда шетінеуі/ Смерть ребенка во время перевода				
Құжаттың дайын болмауы/ Не готовность документации				
Команда кеш келді/ Команда вернулась поздно				
Команда жолданған мекемеде 4 сағаттан аса болды/Команда находилась в направленном стационаре более 4 часов				

Төтенше жағдайдың сиппатамасы/Описание чрезвычайной ситуации во время транспортировки

_____
_____
_____
_____

Дәрігер аты жөні (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) врача _____

Медициналық бике аты жөні(болған жағдайда) /ФИО (при его наличии)медицинская сестра____

Тасымалдау күні, уақыты/Дата и время перевода _____

(Келесі беті/следующая страница)

Тасымалдау кезінде болатын төтенше жағдайлар бойынша түсініктемелер
Разъяснение чрезвычайных ситуации во время транспортировки

1. Төтенше жағдай түрлері/виды чрезвычайных ситуации во время транспортировки

a. Нәрестенің жолда шетінеуі/Смерть ребенка во время транспортировки

b. Жоспарланбаған экстубация/Незапланированная экстубация

c. Экстравазация

d. pH > 7,5

e. Газдың жоғалуы/Утечка газа

2. Коммуникациялық/Коммуникационные

a. Сыртқы/внешний

b. Ішкі/внутренний

3. Аппаратпен байланысты/Связанные с оборудованием

a. Медициналық/медицинские

b. Медициналық емес/не медицинские

c. Көлікпен байланысты/связанная с автомобилем

4. Клиникалық жағдайлар/Клинические ситуации

a. Нәресте алып келгеннен кейін 48 сағат ішінде шетінесе/смерть ребенка в течении 48 часов после прибытия

b. Тасымалдау кезінде реанимация жүргізу/проведение реанимации во время транспортировки

c. Тасымалдау кезінде пневмоторакс пайда болу/Пневмоторакс во время транспортировки

d. Дене қызуы 36,5^{0}С төмен болу/Снижение температура тела менее 36,5^{0}С

e. Гипогликемия < 2 ммоль/л

f. Артериальді гипотензия/Артериальная гипотензия

g. Басқада/Другие

5. Дәрі дәрмекпен байланысты қателіктер/Ошибки связанные с медикаментами

a. Дәрідәрмекпен байланысты/Связанная с лекарством

b. Сұйықтықпен байланысты/Связанная с инфузионным препаратом

6. Тасымалдауды тоқтату/Прекращение транспортировки

a. Қабылдайтын мекеменің бас тарту салдарынан/Из-за отказа принимающей стороны

b. Нәресте хал жағдайының нашарлауынан/В связи с ухудшением состояния ребенка

7. Жолда жоспарланбаған тоқтау/Незапланированная остановка во время транспортировки

a. Көлікке байланысты/связанная с автомобилем

b. Қызметкерге байланысты/связанная с сотрудником

c. Басқа/Другие

8. Документациямен байланысты/Связанная с документацией

a. Тасымалдау командасына байланысты/связанная с транспортной командой

b. Жолдайтын мекеме салдарынан/Связанная с отправляющей стороны

9. Тасымалдайтын команда кеш келді/Транспортная команда вернулась поздно

10. Қызметкерлерге байланысты/Связанная с сотрудниками

a. Дәрігерге байланысты/Связанная с врачом

b. Медбикеге байланысты/Связанная с медсестрой

c. Жүргізушіге байланысты/Связанная с водителем

11. Басқа/Другие

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) новорожденного)

_____

Балаға мамандардың консультациялары
Консультация ребенка специалистами

Пульмонологтың тексеріп-қарау нәтижелері (Результаты осмотра пульмонолога)

_____
_____
_____

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Отоларингологтың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра отоларинголога)

_____
_____
_____

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Кардиологтың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра кардиолога)

_____
_____
_____

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Басқа мамандардың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра других специалистов)

_____
_____
_____

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Офтальмологтың тексеру нәтижелері/результаты осмотра офтальмолога

_____
_____
_____

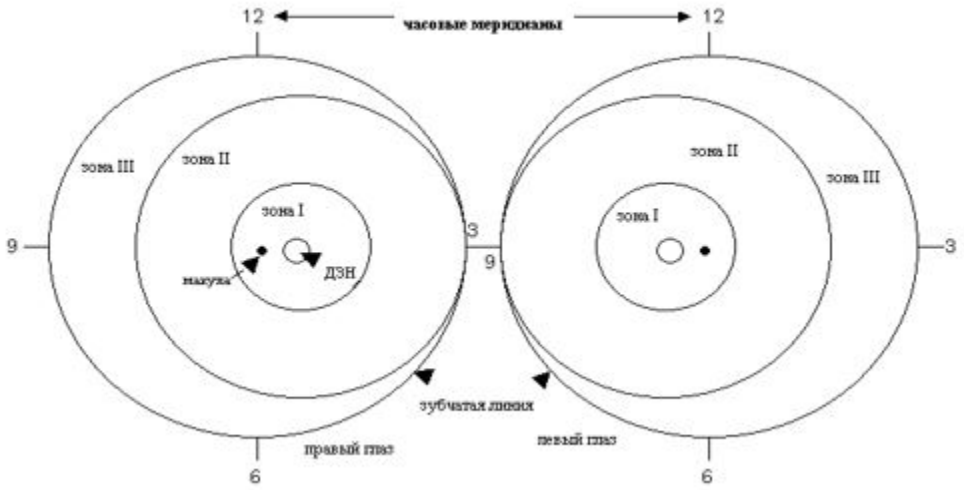
Шағымдар, ауру сыртартпасы _____

Жалобы, анамнез заболевания

_____

	OD	OS
Реакция на свет, в т.ч. реакция зрачка на свет		
КІҚ (ВГД пальпаторно)		
Қосалқы аппарат Придаточный аппарат		
Алдыңғы кесіндісі Передний отрезок		
Сыну ортасы Преломляющие среды		

Көзтүбі (Глазное дно) _____



Қосымша деректер (УДЗ) **Дополнительные данные: (УЗИ)**		

Диагнозы:_____

Диагноз _____

_____
_____

Тағайындаулар/назначения:

1.

2.

3.

Ұсыныстар: рекомендации:_____

_____
_____
_____

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультация күні/Дата консультации

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
Вкладной лист к истории развития новорожденного

Науқас жағдайының негізгі көрсеткіштері мен жаңа туған нәрестелердің реанимациясы және қарқынды терапиясы бөлімшесіндегі тағайындаулар картасы
Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии новорожденных

Күні (Дата) _____Науқас (Больной) _____ Жасы (Возраст) ____ Жынысы (Пол)_____ Ауру тарихы № (№ истории) _____

Қан тобы (Группа крови) _____ Резус _____ Диагнозы (Диагноз) _____

Жағдайы (Состояние)_____ Туғандағы салмағы (Вес при рождении) _____, Бүгінгі салмағы (Вес фактический) _____, Гестациялық жасы (Гестационный возраст) _____

ТСМ мл/		**Жоспарланды (Запланировано)**	**Нақты (Фактический)**		**Б Белок**	**г/кг/тәу (г/кг/сут)**	**Зерттеу жоспары (План обследования)**		**Палатка л/мин**		

кг / тәу (ФПЖ мл / кг / сут)	Per os			**Мұқтаждылық (Потребность)**	К (Угл.)	г/ кг/ тәу (г/ кг/ сут)		**Оксигенотерапия**	Канюля л/мин		
	к/т (в /в)				М (Жир)	г/ кг/ тәу (г/ кг/ сут)			Маска л /мин		
	Барлыгы (Всего)				Ккал	Ккал /кг			Кувез л /мин		

Тағайындаулар. Дозалары. (Назначения. Дозы)																			
Тамақтануы (Кормление)																			
Фототерапия																			
Құсық (срыгивание)*																			
Үлкен дәреті (Стул)**																			
Диурез																			

*Үлкен дәреті (характер стула): м - меконий, с - сілемеймен (с слизью), к - қанмен (с кровью), з - жасыл (зеленью), п – өтпелі (переходный)

** Құсық (срыгивание): ж – өтпен (с желчью), м - қорытылмаған сүтпен (непереваренным молоком)

Кері жағы/Оборотная сторона

Өкпені жасанды желдендіру хаттамасы (Протокол искусственной вентиляции легких)

	Уақыты (Время)	
Қойылған өлшемдер 1 (Установленные параметры 1)	Tin	
	Tex	
	f – set (IMV)	
	fiO2	

Өлшенетін өлшемдер 1 (Измеряемые параметры 1)	IMV peak	
	MAP	
	PEEP	
Қойылған өлшемдер 2 (Установленные параметры 2)	HFO frequency	
	HFO amplitude	
Өлшенетін өлшемдер 2 (Измеряемые параметры 2)	IMV im	
	DCO2	
	Vt – im	
	Vthf	
Науқас туралы мәліметтер (Данные пациенты)	pH	
	pO2	
	pCO2	
	BE	
	Sat O2	
	Пульс	
	АД	
	ЧД	
	Температура	
Режімдер (Режимы)	CPAP	
	IPPV/IMV	
	SIMV	
	SIPPV/AC/PTV*	
	PSV*	
	VIVE*	

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____ Кезекші дәрігер (Дежурный врач) _____ _____

Кезекші мейіргер/мейіраға (Дежурная медицинский(ая) сестра/брат) _____ Кезекші мейіргер/мейіраға (Дежурная медицинский (ая)сестра/брат)_____

* режімдер *режимы выставляются имеющиеся на аппаратах ИВЛ в зависимости от производителя

Ескертпе: СФМ – сұйықтыққа физиологиялық мұқтаждық/ Per os – ішке/внутрь к/т - көк тамырға/внутривенно к – көмірсу/углеводы м – май/жиры д.м. – дене массасы/масса тела	к/т - көк та к - көмірсу м - май (жир м.т. – масса
Tin - время вдоха	Tin - время
Tex – время выдоха	Tex – время
f – set (IMV) – установленная частота аппаратного дыхания	f – set (IMV
fiO2 - концентрация подаваемого кислорода	fiO2 - конце
	IMV peak – п

IMV peak – пиковое давление	MAP – средне
MAP – среднее давление в дыхательных путях	PEEP – полож
PEEP – положительное давление в конце выдоха	HFO frequenc
HFO frequency – частота высоко частотной вентиляции	HFO amplitud
HFO amplitude – амплитуда высокочастотной вентиляции	IMV im - изм время высоко
IMV im - измеряемый на вдохе минутный объем, создаваемый принудительными вдохами во время высокочастотной вентиляции	DCO2 –коэффи
DCO2 –коэффицент вывода углекислого газа	Vt – im – из импульсами
Vt – im – измеряемый дыхательный объем во время вдоха, создаваемый высокочастотными импульсами	Vthf –усредн
Vthf –усредненный дыхательный объем при высокочастотном вентиляции	pH – степень
pH – степень кислотности	pO2 – парциа
pO2 – парциальное напряжение кислорода	pCO2 – парци
pCO2 – парциальное напряжение углекислого газа	BE – дефицит
BE – дефицит основания	Sat O2 – сат
Sat O2 – сатурация	Пульс
Пульс	АД – артериа
АД – артериальное давление	ЧД – частота
ЧД – частота дыхания ребенка	Температура
Температура	CPAP – спонт
CPAP – спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением в дыхательных путях	IPPV/IMV – р
IPPV/IMV – режим принудительной перемежающий вентиляции	SIMV – синхр
SIMV – синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция	SIPPV/AC/PTV давлением, с
SIPPV/AC/PTV - искусственная вентиляция легких с перемежающимся положительным давлением, синхронизируемая с самостоятельным дыханием пациентом	PSV – режим
PSV – режим вентиляции с поддержкой давления	VIVE – разде
VIVE – раздельное регулирование потока на вдохе и выдохе	Примечание*: медицинскими

Примечание:
ФПЖ – физиологическая потребность в жидкости
Per os – внутрь

А4 форматы

Формат А4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 102/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының)
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
отделения (палаты) новорожденных

20__ жылғы (года) "__" _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончен)

Журнал 1-ші (физиологиялық) және бөлек 2-ші

обсервациялық нәрестелер бөлімшелерінде

жүргізіледі

Журнал ведется в 1-м

физиологическом) и отдельно во

2-м–обсервационном

отделениях новорожденных

102/е н. 3 беті

стр. 3 ф. № 102/у

Р/с № п/п	Босану тарихы мен нәрестенің даму тарихының № истории родов и истории развития новорожденного	Бала бөлімшеге қайдан түсті және түскен күні Откуда ребенок поступил в отделение	Анасының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя,	Қаланың, ауылдың тұрғыны (көрсетіңіз) Жительница города,	Туған күні (күні, айы, сағ., мин.) Дата рождения (число, мес.	Жынысы Пол	Туған кездегі При рождении			
							Салмағы Масса	Бойы Рост	Апгар шкаласы бойынша бағалау	Бала мерзімінде, мерзімінен бұрын туылды Ребенок донош.

		и дата поступления	отчество матери и отца	сельской местности (указать)	час, мин.)				Оценка по Апгар	недоношен.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Нәрестелік кезеңінің ағымы науқастанып (сырқаттанып) туған балалар үшін клиникалық диагнозы Течение периода новорожденности, клинический диагноз для детей, родившихся больными (заболевшими)	Туберкулезге қарсы егу: иә, жоқ Вакцинация БЦЖ да, нет	Аяқталуы Исход	Шыққанда (ауыстырылғанда) При выписке (переводе)		Баланың шыққаны туралы, балалар емханасына хабарланғаны туралы белгі (иә, жоқ) Отметка об уведомлении детской поликлиники о выписке ребенка да, нет)	Ескерту (басқа ұйымға ауыстырылғанда, көрсеткіштері, басқа мәліметтер) Примечание (при переводе в др. организацию, показания, другие сведения)
		Шықты, ауыстырылды (қайда), қайтыс болды, күнін көрсетіңіз Выписан, переведен(куда), умер указать дату	Жағдайы (жалпы жағдайы), қанының, кіндік қалдығынын және т.б. жағдайы Состояние (общ. состояние), сост. крови, пуповинного остатка и др.	Баланың салмағы Масса (вес) ребенка		
12	13	14	15	16	17	18

	Приложение 2 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 2 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.07.2016 № 665 (вводится в действие с 01.01.2017); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 001-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 001-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Консультацияға, диагностикалық зерттеуге
(керектісінің астын сызыңыз)
ЖОЛДАМА
№ _____
НАПРАВЛЕНИЕ

на консультацию, диагностическое исследование (нужное подчеркнуть)

_____

жолдаған емдеу-алдын алу ұйымының атауы (наименование направляющей

лечебно-профилактической организации)

Жолданады (Направляется в) _____

ЕПҰ, бөлімше кабинет атауы (наименование

ЛПО, отделение, кабинет)

Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество, ИНН)) _____

_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Амбулаторлық картаның/ауру тарихының № (амбулаторной карты/ № истории

болезни) _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы) _____

Диагноз:	Код МКБ-10 ХАЖ-10 коды

Для _____ үшін

Консультациялар, диагностикалық зерттеу (консультации,

диагностическое исследование)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги) _____

Тарификатордан алынатын қызметтер коды мен атауы (Код и наименование

услуги из тарификатора) _____

Қаржыландыру көзі (Источник финансирования)

_____

Республикалық бюджет, жергілікті бюджет, ақылы қызметтер, ЕМҚ шарты

бойынша, басқалар (Республикаский бюджет, местный бюджет, платные

услуги, по договору ДМС, прочее)

_____

Құжат (Документ) _____

Сақтандыру полисінің нөмірі, сақтандыру ұйымының коды немесе басқада

құжаттары _____

(№ страхового полиса, код страховой организации или др.документы)

20__ жылғы (года) "__" _____

Дәрігер (Врач) _____

қолы (подпись)

ТАӘ, дәрігердің коды (ФИО, код врача) _____

4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

	Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 022-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 022-2/У Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТЫ ҚОЛДАНУ ЖӘНЕ МАС БОЛУ КҮЙІ ФАКТІСІН АНЫҚТАУ ҮШІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КУӘЛАНДЫРУДЫ ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ФАКТА УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА И СОСТОЯНИЯ ОПЬЯНЕНИЯ

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

р.с.№ п/п	Куәландыруды өткізу күні және уақыты Дата и время проведения освидетельст-вования	Куәландыратын тұлғаның ТАӘ ФИО освидетельст-вуемого лица	Туған жылы (жасы) Год, рождения (возраст)	Тұрғылықты жері Место жительства	Куәландыратын тұлғаның жеке басын куәландыратын құжат атауы, нөмірі Наименование, номер документа, удостоверя-ющего личность освидетельст-вуемого лица	Жұмыс орны және лауазымы Место работы и должность
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Куәландыруға қашан, кім жіберді Когда, кем направлен на освидетельст- вование	Тұлғаны жеткзген құжат сериясы, нөмірі, ресми жолдама нөмірі Серия, номер документа доставившего лица, номер официального направления	Куәландыруға жіберу себебі Причина направления на освидетельст- вование	Осы факт бойынша куәландыру, бірінші, қайталап Освидетельст- вование по данному факту первичное, повторное	Акт нөмірі және куәан-дыру нәтижесі Номер акта и результат освидетельст- вования	Куәландыру өткізген дәрігердің (медициналық қызметкердің) тегі, қолы Фамилия врача (медицинского работника), проводившего освидетельст- вование, подпись
8	9	10	10а	11	12

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулықсақтау министрініңміндетін атқарушының2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 023/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымныңатауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 023/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой 023/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Тәуелсіз сарапшының есеп картасы
Учетная карта
независимого эксперта

Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты(болғанжағдайда)/Отчество (при его наличии)_____ЖСН/ИИН_____

Туған күні (күні/айы/жылы) (Дата рождения (день/месяц/год) ___/__/_____

Жынысы: ер, әйел (Пол: муж, жен) _____

Туған жері (Место рождения) _____елі(страна)

Ұлты (Национальность) _____

Тұрғылықты орны (Место жительства):

Облыс (область) _____аудан(район)_____

Елді мекені (Населенный пункт) _____

Көшесі,үй(Улица, дом) _____

Жұмыс телефоны (Телефон рабочий)_____ (ұялытелефон) сотовый_____ , e-mail_____

Жоғары оқу орнының бітірген жылы(Год окончания высшего учебного заведения)_____

Диплом № (№ диплома) _____

Диплом бойынша мамандығы (Специальность по диплому)_____

Ғылыми дәрежесі (Ученая степень) _____

Жұмыс орны (Место работы)_____

Лауазымы (Занимаемая должность)_____

Мемлекеттік тілді білуі (Знание государственного языка)_____

Орыс тілін білуі (Знание русского языка) _____

Шет тілін білуі (Знание иностранного языка)_____

Мамандықтары бойынша ақпарат (Информация о специализациях):

Мамандығы/Специальность	**Өткен жылы/Год прохождения**

Соңғы аккредиттеуден өткен күні (Дата прохождения последней аккредитации) _____

Нәтижесі (Результат)_____

Аккредиттеу куәлігінен ауыру күні(Дата лишения свидетельства об аккредитации) _____

Шетелде маман ретінде жұмысы (Работа за рубежом в качестве специалиста):

Ел (страна)_____ бастап (с) _____ ж.(г.)дейін (по) _____ж.(г.)

Ел (страна)_____ бастап (с) _____ ж.(г.) дейін (по) _____ж.(г.)

Ел (страна)_____ бастап (с) _____ ж.(г.) дейін (по) _____ж.(г.
)

Баспа жұмыстары туралы ақпарат(Информация о печатных работах)

Жарияланымдар саны (Количество публикаций):

а) барлығы (всего):_____, соның ішінде (в т.ч.) республикалық баспада (в республиканской печати) _____, ТМД(СНГ) _____, халықаралық(международной) _____

Монографиялар, оқулықтар саны (Количество монографий, учебников):_____

Әдістемелік ұсынымдар саны (Количество методических рекомендаций):_____

Тәуелсіз сарапшы есебі
Отчет независимого эксперта

Есептік жыл _____

Отчетный год _____

I. Медициналық қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік органдармен қатыстырылуы

Привлечение государственным органом в сфере оказания медицинских услуг

1. Медицина қызметкерлері үшін біліктілік емтихан өткізу

Проведение квалификационного экзамена для медицинских работников

1) Біліктілік емтихан өткізуге қатысу жағдайларының саны -

Количество случаев участия в проведении квалификационного экзамена -

Олардан:

Из них:

Жоғары санатқа - _____

На высшую категорию - _____

1-санатқа - _____

На 1 категорию - _____

2-санатқа - _____

На 2 категорию - _____

2) Біліктілік емтиханның қай бөлімін өткізу үшін:

Медициналық қызметкерлердің біліктілік есептердің талдауы - _____

Сұхбаттасу - _____қатыстырылды.

К проведению какой части квалификационного экзамена привлекался:

Анализ квалификационных отчетов медицинских работников - _____

Собеседование - _____

2. Мемлекеттік органдардың және денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларын аттестаттау

Аттестация руководителей государственных органов и организаций здравоохранения

Мемлекеттік органдардың басшыларын аттестаттаудан өткізуге қатысу жағдайларының

саны - _____

Количество случаев участия в проведении аттестации руководителей государственных органов - _____

Мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларын аттестаттаудан өткізуге қатысу жағдайларының саны - _____

Количество случаев участия в проведении аттестации руководителей государственных организаций здравоохранения - _____

3. Қорытынды берумен бірге медициналық қызметтерді жарнамалау материалдарына сараптама

Экспертиза материалов рекламы медицинских услуг с выдачей заключений

Қарастырылған жарнамалық материалдар саны - _____

Количество рассмотренных рекламных материалов - _____

4. Медициналық көмек сапасына байланысты азаматтар өтінішін қарау

Рассмотрение обращений граждан, связанных с качеством медицинской помощи

Әр қайсына қысқа сипаттамамен бірге жеке және заңды тұлғалардың өтініштерін қарау жағдайларының саны:

Количество случаев рассмотрения обращений физических и юридических лиц с кратким описанием каждого:

Өтініште баяндалған негізгі деректер

основные факты, изложенные в обращении _____

_____
_____

қарау нәтижелері бойынша көрсетілген деректер дәлелденді ме _____ (ия/жоқ)

подтвердились ли указанные факты по результатам рассмотрения _____(да/нет)

- клиникалық жағдайдың қандай сараптама әдістері қолданылды

-какие методы экспертизы клинического случая были использованы

- медициналық құжаттама сараптамасы

- экспертиза медицинской документации

- емделушіні тексеру

- осмотр пациента

- медициналық жұмыскерлермен сауалнама

- опрос медицинских работников

- сараптама нәтижелері

- результаты экспертизы

_____

_____

5. Мемлекеттік органменжоспарлы және жоспардан тыс тексеруді өткізуге қатыстырылу

Привлечение к проведению плановых и внеплановых проверок государственным органом

Жоспарлы және жоспардан тыс тексеруге тарту жағдайлар саны

Количество случаев привлечения к плановым и внеплановым проверкам

тексерудің негізгі сұрақтары _____

основные вопросы проверки _____

тексеру барысындағы медициналық қызмет сараптамасының нәтижелері _____

результаты экспертизы медицинской деятельности в ходе проверки _____

II. Денсаулық сақтау басқармасының мемлекеттік органдарымен және құқық қорғау органдарымен сарапшының қатыстырылуы

Привлечение эксперта государственными органами управления здравоохранением и правоохранительными органами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

_____
_____
_____
_____

III. Халықпен, медициналық қызметкерлермен, басқа мүдделі тұлғалармен сарапшының қатыстырылуы

Привлечение эксперта населением, медицинскими работниками, другими заинтересованными лицами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

_____
_____
_____
_____

IV. Халықпен және басқа мүдделі тұлғалармен қатыстырылу

Привлечение населением и другими заинтересованными лицами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

_____
_____
_____
_____

V. Денсаулық сақтау басқарма органдарменқатыстырылу

Привлечение органами управления здравоохранения

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

_____
_____
_____

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 027/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан
көшірме (астын сызыңыз)
Выписка
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (подчеркнуть)
№_____

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента _____

Туғанкүні, айы, жылы/День, месяц, год рождения _____

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес организации куда направляется выписка)
_____

_____

Науқастың үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий)_____

_____

Күндері: а) амбулатория бойынша: сырқаттары (Даты: а) по амбулатории: заболевания)
_____

_____

стационарға жіберілуі (направления в стационар)_____

б) стационар бойынша: түсуі (по стационару: поступления) _____

шығуы (выбытия)_____

Толық диагнозы (негізгіауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение)_____

_____

Шағымдары

(Жалобы):_____
_____
_____

AnamnesisMorbi:_____

_____
_____
_____

Anamnesisvitae:
Аллергоанамнез
□
ауыртпалы емес (не отягощен)
□
ауыртпалы (отягощен):
_____
_____
_____
Тұқым қуалаушылық (Наследственность):
□
ауыртпалы емес (не отягощена);
□
ауыртпалы (отягощена):
_____
_____
Дәрі-дәрмек қабылдауы (Прием медикаментов):
□
қабылдамайды (не принимает)
□
қабылдайды (нені, қашан, неге)
(принимает (что, когда и зачем)):
_____
_____
Эпидемиологиялық (эпидемиологический) анамнез:
□
ауыртпалы емес (не отягощен)
□
ауыртпалы(отягощен):
_____
_____
_____
_____Гемотрансфузиялар (гемотрансфузии)
_____
_____
_____
Хирургиялық интервенциялар (Хирургические вмешательства)
_____
_____
В гепатитінің вирусы қарсы вакцинация (вакцинация против вируса гепатита В)
_____
_____
Иммунопрофилактика:
□
өткізілді (проводилась)
□
жоқ (нет)
□
басқа (др.) _____
_____ БЦЖ тыртығы (Рубчик БЦЖ): өлшемі (размер): _____ мм.
Диспансерлік тізімде тіркелуі (Состоит на диспансерном учете):
□

жоқ (нет);
□
ия (да):_____
_____
_____
Қажеттілігі бойынша* (Сведения по необходимости*)
* Туылған кездегі салмағы (При рождении вес):_____ гр. бойы (рост): ____ см.
*Тамақтануы (Вскармливание):
□
табиғи (естественное до)_____
□
жасанды (искусств);
□
аралас (смешанное)
* Соңғы туберкулинді сынама (Последняя туберкулиновая проба)____/___/201__ г
Нәтижесі (Результат)
□
оң (положительный);
□
теріс (отрицательный);
□
мәлімет жоқ (нет данных)
* Психофизикалық дамуы жасына сәйкес келуі (Психофизическое развитие соответствует возрасту):
□
ия (да);
□
жоқ (нет):

Status praesens, statusnervosus

Жағдайы (Состояние):
□
қанағаттанарлық (удовлетворительное);
□
орташа дәрежелі (средней степени);
□
ауыр, (тяжелое, за счет)
_____
_____
Есі (Сознание):
□
анық (ясное);
□
басқа (др):_____
Сөйлеу (Речь):
□
анық(ясная);
□
басқа(др):_____
Есту (Слух):
□

Конституциясы(Конституция):
□
астеникалық (астенич.)
□
гиперстеникалық (гиперстенич.)
□
қалыпты (норма);
Жүріс-тұрысы науқас жасына сәйкес (Поведение соответствует возрасту пациента):
□
ия (да);
□
жоқ (нет)
Эмоционалды статусы (Эмоциональный статус):
□
қалыпты (нормальный);
□
лабильді (лабильный)
Ұйқысы (Сон):
□

мазаламайды (не беспокоит); төмендеген(снижен) Көру (Зрение): ☐ мазаламайды(не беспокоит); ☐ төмендеген (нарушено) Белсенділігі (Активность): ☐ сақталған (сохранена); ☐ шектелген (ограничена); ☐ қатаң шектелген (резко ограничена)	қалыпты (нормальный); ☐ бұзылған (нарушен): _____ _____ Тәбеті (Аппетит): ☐ қалыпты (нормальный); ☐ жоғарлаған (повышен) ☐ төмендеген (снижен), (қай уақыттан бастап (с каких пор)):

Глазго кома шкаласы бойынша науқас есінің жағдайын бағалау
(Оценка состояния сознания пациента по шкале комы Глазго):

Тері жамылғысы және көрінетін шырышты қабаттар
(кожные покровы и видимые слизистые)

Температура _____С
Көрінетін шырышты қабаттары (Видимые слизистые):
☐
қалыпты (таза, ылғалды)/в норме (чистые, влажные);
☐
басқасы (др.):
_____
_____
Араң (Зев):
☐
қалыпты (в норме);
☐
гиперемияланған (гиперемирован);
☐
басқа (др.):_____
Бадамша бездері (Миндалины):
☐
қалыпты (в норме);
☐
гипертрофияланған (гипертрофированы);
☐
басқа (др.):_____
Терісі (Кожа):
☐
қалыпты (түсі физиологиялы/қызғылт/қалыпты; таза)/в норме (цвет физиол. / розов. / норм.; кожные покровы чистые);
☐
бозарған (бледная);
☐
сарғайған (желтушная);
☐
жер түсті (землистая);
☐
қызарулар (покраснения);

□
цианоз;
□
депигмент.;
□
зақымданулар (повреждения);
□
экхимоз;
□
бөртпе (сыпь) _____
ылғалдылығы (Влажность):
□
қалыпты (в норме);
□
ылғал (влажная);
□
айқын (выраженный) гипергидроз;
□
құрғақ (сухая);
□
әжімді (морщинистая);
□
тургор төмендеген (тургор снижен);
Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы):
□
ұлғаймаған (не увеличены);
□
басқа (др.):_____
Ісінулер (Отеки):
□
жоқ (нет);
□
бар (есть) локализация:

Бұлшықеттік және буын-сүйектік жүйе (мышечная и костно-суставная система)
Буын-сүйектік жүйе (Костно-суставная система): □ жасына сәйкес (соответсвует возрасту); □ деформациясы бар (есть деформации) _____ _____ Бұлшықеттік жүйе (Мышечная система): □ ауытқусыз (без патологий); □ гипотонус; □ гипертонус

Тыныс алу жүйесі (дыхательная система)

Тыныс алу жиілігі (Частота Дыхательных Движений): _____ мин.

өлшенбеген (не измерялось);

тыныс алу жүйесінде ақаулар жоқ (в дыхательной системе патологии нет)

Тыныс алу (Дыхание):

кеуделік (грудное);

іштік (брюшное);

аралас (смешанное)

Ентігу (Одышка):

инспираторлы (инспираторная);

экспираторлы (экспираторная);

аралас (смешаная);

қосымша бұлшықеттердің қатысуы (участие вспомогательной мускулатуры)

Жөтел (Кашель):

бөліндісіз (непродуктивный);

бөліндімен, қақырық (продуктивный, мокрота): _____

Аускультация:

везикулярлы (везикулярное);

қатаң (жесткое);

әлсіреген (ослабление);

сырылдар (хрипы):_____

Перкуссия:

өткізілмеді (не проводилась);

короптық (коробочный);

тұйық (притупление);

өкпелік дыбыс (легочной звук) Басқа (Другое):Сатурация: О2-% _____

Жүрек-қантамыр жүйесі
(сердечно-сосудистая система)

Жүрек жиырылысының жиілігі (Частота Сердечных Сокращений): ___ мин.

өлшенбеген (не измерялось)

Артериальды қысымы (Артериальное Давление): ____ мм сынап бағанасы (мм рт ст)

өлшенбеген(не измерялось);

Жүрек-қан тамыр жүйесі ақаусыз (Сердечно- сосудистая система без патологии)
Симптомдар (Симптомы): кеудедегі ауру / салдану / синкопе / жүрек соғысы / аяқтарындағы ауру сезімдері / бозғылт / көкшіл аяқ-қолдар (боль в груди / онемение / синкопе / сердцебиение / боли в ногах / бледные / синюшные конечности)
Жүрек шекарасы (Границы сердца):жоғарғы (верхняя): _____ оң (правая):_____ сол (левая):_____
Жүрек тондары (Тоны сердца):

ырғақты (ритмичные);

ырғақты емес (неритмичные)

айқын (ясные);

тұйықталған (приглушенные);

қатаң (глухие)
Басқа (Другое):

Асқазан-ішек жолдары
(желудочно-кишечный тракт)

Асқазан-ішек тракты ақаусыз (тілі ылғалды, іші қатаймаған, ішек перистальтикасы қалыпты, ағзалар ауырмайды, үлкеймеген)
Желудочно-кишечный тракт без патологии (язык влажный, живот не напряжен, перистальтика кишечника в норме, органы безболезн. не увеличены);
Тілі (Язык):

құрғақ (сухой);

жабылған (немен?) (обложен) _____;

жаралы элементтер (язвенные элементы) _____
Симптом:

жұту бұзылысы (нарушение глотания)

гиперсаливация

қызыл (изжога)

жүрек айну (тошнота)

құсу (рвота)

басқа (др.) _____
Ішісм (Живот)қатайған (напряжен):_____ _____,
пальпация кезінде ауру сезімі (при пальпации болезненный): _____
Ішек перистальтикасы (Перистальтика кишечника):

жоғарылыған (повышена);
☐
төмендеген (снижена);
☐
жоқ (отсутствует)
Бауыры (Печень):
☐
қабырға доғасы қырынан ____см. ұлғайған (увеличена на ____см. из под края реберной дуги);
☐
қабырға доғасы қырынан ____см. кішірейген(уменьшена ____см. от края реберной дуги)
☐
пальпация кезінде ауырсыну(при пальпации болезненна)
Консистенция:
☐
жұмсақ эластикалы (мягкая эластичная)
☐
қалың эластикалы (плотная эластичная)
Өт қабығы (Желчный пузырь): қабықты симптом (пузырные симптомы)
☐
теріс (отрицательные);
☐
оң (положительные)_____
Көкбауыр (Селезенка):
☐
ұлғайған (увеличена) _____*_____см. _____
_____
☐
пальпация кезінде ауырсыну(припальпацииболезненна)
Консистенция:
☐
жұмсақ эластикалы (мягкая эластичная)
☐
қалың эластикалы (плотная эластичная)
Дәреті (Стул):
☐
диарея;
☐
іш қату (запоры);
☐
қара майлы нәжіс (дегтеобразный стул);
Басқа (Другое):

Зәр шығару жүйесі
(мочевыделительная система)

☐
ЗШЖ ақаусыз (зәр шығаруы еркін, түсі мөлдір, соққылау симптомы теріс)
МВС без патологии (мочеиспускание свободное, цвет мочи прозрачный, симптом поколачивания отрицательный)
Зәр шығаруы (Мочеиспускание):
☐
дизурия

□
ауырсынусыз (безболезненное);
□
ауырсынумен (болезненное)
□
зәр ұстамауы бар (есть недержание мочи)
□
басқа (др.) _____
Зәр түсі (Цвет мочи):
□
лайланған (мутная);
□
концентрленген (концентрированная);
□
тұнбасымен (с осадком);
□
гематурия;
□
басқа (др.) _____
Оң соққылау симптомы (Симптом поколачивания положительный)
□
оң (справа)
□
сол (слева)
□
екі жақта (с обеих сторон)
Бүйрек, қуық, несепағар нүктелерінің пальпациясы (Пальпация почек, моч.пузыря, мочеточниковых точек):
□
өткізілмеді (не проводилась)
□
ауырсынусыз (без боли);
□
ауырсынуымен (болезненна):
Басқа (Другое):

Statusgenitalis
(Акушерлік статус/Акушерский статус)* қажеттілігі бойынша (по необходимости)

Жатыр түбі биіктігі (Высота ДнаМатки):_____ см. Пікіріңіз (Комментарии):_____
_____
Іші (Живот)
□
овоидты (овоидной);
□
дөңгелек (округлой);
□
басқа (др.)_____ формалы (формы)
Жатыр тонусы (Тонус матки):
□
қалыпты (норма);
□

толғақты (схватки) _____
Ұрық орналасуы (Положение плода):
□
бойлық (продольное);
□
қиғаш (косое);
□
көлденең (поперечное);
□
_____
Келе жатқан бөлігі (Предлежащая часть):_____
_____
_____
Ұрық жүрек соғысы (Сердцебиение плода):
□
айқын (ясное);
□
тұйық (приглушенное);
□
қатаң (глухое);
□
жоқ (отсутствует);
□
ырғақты (ритмичное);
□
ырғақты емес (неритмичное)
Ұрық қозғалысы (Шевеление плода):
□
белсенді (активное);
□
әлсіз (слабое);
□
жоқ (отсутствует)
□
_____
Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы):
□
өзгеріссіз (без изменений);
□
өзгерген (изменены):_____
Айнамен қарау (Осмотр в зеркалах):
□
өткізілмеген (не проводился)
Шырыштары (Слизистая)
□
қалыпты (норма);
□
басқа (др.)_____
Жатыр мойны (Шейка матки)
□
эрозияланған (эрозирована);
□

эрозияланбаған (не эрозирована);

басқа (др.)_____

Бөлінділер (Выделения)

шырыш (слизистые)

ақ етеккір (бели)

сулы (водянистые)

қанды (кровянистые)

басқа (др.) _____

PV:Қынап (Влагалище)

туғандікі (рожавшей);

тумағандікі (нерожавшей);

өзгерістер (изменения):_____

Жатыр мойны (Шейка матки)

сақталған (сохранена);

жұмсарған (размягчена);

қысқарған (укорочена);

тегістелген (сглажена);

Жатыр аузының ашылуы (Открытие маточного зева на) _____ см.

Жатыр мойнының орналасуы (Шейка маткирасположена):

артында (кзади);

алдында (кпереди)

жамбастың өткізілген осімен (по проводной оси таза)

Жатыр мойнынң ұзындығы (Длина шейки матки): _____см.

Цервикальді өзек (Цервикальный канал):

жабық (сомкнут);

өткізіледі (проходим) _____ см.

Ұрық көпіршігі (Плодный пузырь):

тұтас (цел);

анықталмайды (не определяется)

Келетін бөлігі (Предлежащая часть):

бас (головка);

□
жамбас (тазовый конец)
□
басқа (др.):_____

Statuslocalis * қажеттілігі бойынша (по необходимости

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Зерттеу нәтижелері
(результаты обследования)

Қан (Кровь):
□
қан тобы (группа крови)_____ ;
□
Rh-фактор_____
□
резус-фактор бойынша антиденелер (антитела по резус-фактору)_____ ;
□
Адам иммундық тапшылығы вирус (вирус иммунного дефицита человека)_____
□
Қанның жалпы талдауы (Общий анализ крови)_____ _____
_____
_____
□
биохимия: _____
_____
□
коагулограмма_____
□
қан гормондары (гормоны крови):
_____
□
басқа (др.): _____
Зәр (Моча):_____
Нәжіс (Кал):_____
Ультрадыбыстық зерттеу (ультразвуковое исследование):_____ _____
_
_____
R-графия:
_____
_____
Басқа (Другие):_____

_____

Өткізідген ем және ауру ағымы
(проведенное лечение и течение болезни)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Науқастың ауруханадан шығуы (аударымы) кезіндегі жағдайы (Состояние пациента при выписке (при переводе))
_____
_____
_____
_____
Телемедицина:
☐
өткізілмеді (не проведена);
☐
өткізілді (проведена)
Өткізілген болса, қай мекемемен? (Если проведена, то с какой организацией?)_____
_____
Қандай мамандармен? (с какими специалистами?)_____
_____
Телемедицина қорытындысы (Заключение телемедицины):_____
_____
_____
_____
Өтінім мақсаты (Цель заявки):
☐
Консультация;
☐
Операция;
☐
Биоматериал тасымалдау (Транспортировка биоматериалов);
☐
Науқас тасымалдау (Транспортировка пациента)
Ұшақпен/
тікұшақпентасымалдауғанауқастыңнемесетуысының қпараттандырылғанкелісіміалынды (Информированное согласие пациента или родственника/опекуна на транспортировку воздушным судном взято):
☐
ия (да);
☐
жоқ (нет)
Өтінім негіздемесі (Обоснованиезаявки):_____
_____
_____
_____

Дәрігердің тегі, аты-жөні

(Фамилия, инициалы врача): _____ Қолы (Подпись): _____

(при наличии/ болған жағдайда)

Байланыс номері (Контактный номер):_____

Мекеме басшысының тегі, аты-жөні

(Фамилия, инициалы руководителя организации): _____ Қолы (Подпись): _____

(при наличии/ болған жағдайда)

Байланыс номері (Контактный номер):_____

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 028/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 028/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 028/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 029/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 029/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ЕМШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
УЧЕТА ПРОЦЕДУР

Бөлме (Кабинет) _____

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "___" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

ЕСКЕРТПЕ: Бір жолғы емшаралар үшін жеңілдетілген нысандағы журналды

жүргізуге болады, онда 5 - бағаннан кейін емшара жүргізілген күнді

белгілеу үшін тек бір бағаң болады.

ПРИМЕЧАНИЕ:

(Для разовых процедур можно вести журнал упрощенной формы, в котором

после гр. 5 оставляется только одна графа для отметки даты проведения

процедуры)

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Жасы Возраст	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	емшаралардың атауы (препарат) Наименование процедуры (препарат)	Тағайындалған емшаралар саны Количество назначенных процедур	Д о з а
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Емшалар жүргізілген күндер Даты проведения процедур																		
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

ЕКШ-ы БАР НАУҚАСҚА ЖОЛДАМА
ПАМЯТКА ДЛЯ БОЛЬНОГО С ЭКС

НАУҚАСТЫҢ НАЗАРЫНА!

Кардиостимулятор қойылған науқастар өз жасына сәйкес, жеңіл

жұмыстарға араласып, басқалармен қатар өмір сүре береді.

Аппаратты күн сайын қан тамыры соғуымен (міндетті тұрде 1 минут бойы)

немесе айына 1 рет ЭКГ арқылы тексеру ұсынылады. Басқарылатын

аппараттардың бақылау ырғағын теріге магнит қойып өлшеу керек.

Бақылау ырғағы бастапқыдан минутына 8 импульске ауытқуы аппараты

ауыстырудың қажеттілігін айғақтайды. Ауыр жұмыс істеуге, шалт

қимылдауға, күшті электромагнитті бөгелуі мен дірілі бар жұмыстармен

айналысуға болмайды.

ВНИМАНИЮ БОЛЬНОГО!

Больной с кардиостимулятором может вести обычный образ жизни в

соответствии с возрастом и выполнять легкую физическую работу.

Рекомендуется еженедельная проверка аппарата по пульсу (считать

обязательно в течение 1 минуты) или ЭКГ 1 раз в месяц.

У управляемых аппаратов контрольный ритм измерять при наложении на

кожу магнита.

Изменение контрольного ритма на 8 импульсов в минуту от исходного

свидетельствует о необходимости замены аппарата.

Противопоказаны тяжелые физические нагрузки, резкие движения, работа,

связанная с вибрацией, повышенные электромагнитные помехи.

Шұғыл жағдайлардағы ұсыным
Рекомендации при неотложных случаях

Жүрек қағысының күрт баяулап, есінен танып ұстамасы ұстаған кезде,

шұғыл хирургиялық көмек көрсетілгенге дейін симпатомиметикалық

препараттар қабылдау керек, мысалы: тілдің астына изадриннің $^{1}/_{4}$-$^{1}/_{2}$

таблеткасын үш сағат сайын. Тері астына 0,5 мл. 0,1% атропин немесе

эфедрин ерітіндісін енгізу қажет.

При резком замедлении ритма сердечных сокращений, появлении приступов

с потерей сознания до оказания экстренной хирургической помощи

необходимо принимать симпатомиметические препараты, например изадрин

под язык по $^{1}/_{4}$-$^{1}/_{2}$ табл. через 3 часа.

Подкожно ввести 0,1% раствор атропина или эфедрина по 0,5 мл.

Шұғыл медициналық көмек көрсететін ең жақын ауруханаңың мекенжайы

(диспансерлік қадағалауға тұрған ұйымда толтырады)

Адрес ближайшей больницы для оказания неотложной медицинской помощи

(заполняется по месту диспансерного наблюдения)

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 029-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 029-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой 029/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Ерітілген цитостатиктер есебінің

журналы

Журнал

учета разведенных цитостатиков

20 __ жылғы (года) "___" _____басталды (начат) 20__жылғы (года) "____"_____аяқталды (окончен)

Цитостатикті ерітуге берілген күні/ дата выдачи цитостатика для разведения	Берген тұлғаның аты-жөні (болған жағдайда), қолы/ФИО (при его наличии) и подпись выдавшего лица	Саны/ кол-во	Ерітілген күні/ дата разведения	Цитостатикті ерітуге жіберген бөлімшенің атауы/ наименования отделений направивших заявки на разведение цитостатика	Шығын (мг, құты/ амп. саны)/ расход (мг, количество во флаконе/ ампуле)	Цитостатиктің жалпы қалдығы/ общий остаток цитостатика	Жойылатын қалдықтың өлшері (мг, құты/амп. саны)/ доза утилизируемого остатка (мг, количество во флаконе/ ампуле)	Құт амп аш уа цитос нұсқ бойын уақы темпе вр вск фл ампул темпе хра ос

								цито инст
1	2	3	4	5	6	7	8	

Клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге толтырылған өтінімдерді тіркеу Журналы
Журнал
регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении
Отделение_____
20 __ жылғы (года) "___" _____басталды (начат) 20__жылғы (года) "____"_____аяқталды (окончен)

№ п/п	Күні / дата	Өтінім №/ № заявки	Бөлімше / отделение	Науқастың ауру тарихының №/ № истории болезни пациента	Науқастың аты-жөні/ ФИО пациента (болған жағдайда), қолы/при его наличии)	Емдеуші дәрігердің аты-жөні/ ФИО лечащего врача(болған жағдайда), қолы/при его наличии)	Тағайындалған цитостатиктің атауы (халықаралық патенттелмеген атауы), мөлшері/ Наименование назначаемого цитостатика (международное непатентованное наименование), доза
1	2	3	4	5	6	7	8

Цитостатикалық дәрілік заттарды орталықтандырылған еріту кабинеті медицина қызметкерлері № 2;3;4 ұяшықтары нтолтырады. Бас мейірбике клиникалық бөлімшеден дәрігерлердің барлық өтініштерін жинайды, клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге өтініштер үшін тіркеу журналында тіркейді (клиникалық бөлімшенің бас мейірбикесі № 4 ұяшықтан басқа барлық ұяшықтарды толтырады, № 3 ұяшық еріткеннен кейін толтырылады) және цитостатиктерді тіркеу орталықтандырған кабинетке тапсырады

Медицинские работники кабинета централизованного разведения цитостатических лекарственных средств заполняют ячейки №2;3;4. Старшая медицинская сестра клинического подразделения собирает все заявки от врачей подразделения, регистрирует в журнале регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении (ст. медсестра клинического подразделения заполняет все ячейки кроме №4, ячейка №3 заполняется после разведения) и передает в кабинет централизованного разведения цитостатиков

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
для записи заключений врачебно-консультационной комиссии
20__ жылғы (года)

	Күні Дата	Науқасты жіберген дәрігердің тегі Фамилия врача, направившего больного	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Науқастың мекенжайы Адрес больного	Жұмыс орны (кәсіпорынмен цехтың, ұйымның аты) Место работы (название предприятия и цеха, организации)	Кәсібі (атқаратын жұмысы, лауазымы) Профессия (выполняемая работа, должность)
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Науқастың ДКК-ға жіберілу диагнозы немесе себебі Диагноз или повод, по которому больной представлен на ВКК	Еңбекке жарамсыздық парағының № листка нетрудо-способности	Осы диагноз бойынша еңбекке жарамсыздық күндер саны Число дней нетрудо-способности по данному диагнозу	Комиссия қорытындысы (диагнозы, арнаулы емделуге жолдау, жұмысын ауыстыру, еңбекке жарамсыздық парағы қанша күнге ұзартылды, МЭС-ке жолдану күні, МЭС қорытындысы және т.б.) Заключение комиссии (диагноз, направление на спец. лечение, перемена работы, число дней продления листка нетрудоспособности, дата направления	Комиссия мүшелерінің қолы Подписи членов комиссии	

			на МСЭ, заключение МСЭ и т.д.		Ескерту Примечания
9	10	11	12	13	14

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министірлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Дәрігерлік – консультациялық комиссияның қорытындысы
Заключение врачебно – консультационной комиссии № _____
от "___" _____ 20__ года

Жеке тұлғаға берілді (Выдана физическому лицу)

_____

Тегі (Фамилия) Аты (Имя)

_____

Әкесінің аты (Отчество)

Туған күні (дата рождения) _____ Жынысы (пол) _____

Үйінің мекенжайы, телефоны (домашний адрес, телефон)

_____

_____

Жұмыс орны (место работы)

_____

Диагнозы

_____

_____

Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы (заключение

врачебно – консультационной комиссии) _____

_____

Комиссия төрағасы (председатель комиссии) _____

(ТАӘ) (ФИО) қолы (подпись)

Хатшы (секретарь)

_____

(ТАӘ) (ФИО) қолы (подпись)

М.О

М.П.

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____

	Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 ___

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АНЫҚТАМА

СПРАВКА

Берілген күні/дата выдачи 20 ж./г. "..."......

1. Т.А.Ә./Ф.И.О. _____

(в соответствии с документами,

удостоверяющими личность)

_____

1-1. ЖСН/ИИН __._.

2. Туған күні/дата рождения: _____ күні/число _____ айы/месяц_____ жылы/год

3. Мекен жайы/адрес (место постоянного жительства):

_____

_____

4. Диспансерлік есепте тұратыны//На диспансерном учете: состоит/не

состоит (нужное подчеркнуть).

Мөрдің орны Место печати	Анықтама берген дәрігердің Т.А.Ә/ Ф.И.О. врача, выдавшего справку _____ _____	Қолы/ Подпись _____

Күні 20 ___ жылғы "____" _____

Дата "____" _____ 20 ___ г.

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035-3/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 ___

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ЕурАзЭҚ кіретін елдердегі еңбекші-мигранттың денсаулық жағдайы жөніндегі медициналық қорытынды
Медицинское заключение о состоянии здоровья трудящегося-мигранта государства-члена ЕврАзЭС ___№

место для фотографии

_____

қорытынды беретін мекеменің (ұйымның)

атауы және мекенжайы

(наименование и адрес учреждения

(организации), выдавшего заключение)

_____

1. Т.А.Ә.(толықтай)/

Ф.И.О.(полностью) _____

2. Жынысы / Пол _____

3. Туған күні / Дата рождения _____

4**. Жеке басты куәландыратын құжат/**

Документ, удостоверяющий личность _____

_____

(құжаттың түрі, нөмірі, берілген күні және

берген мекеме, ЖСН/

вид документа, номер, дата выдачи

и кем выдан, ИИН)

_____

5. Тұрғылықты мекенжайы /

Адрес постоянного места жительства _____

_____

6. Тексеру нәтижесі /Результаты обследования*:

6.1. АИТВ инфекциясы: анықталды/анықталған жоқ**/ ВИЧ - инфекция:

выявлено/не выявлено**

6.2. ЖЖБИ (мерез, венериялық лимфогранулема (донованоз), шанкроид):

анықталды/анықталған жоқ ** / ИППП (сифилис, венерическая

лимфогранулема (донованоз), шанкроид):

выявлено/не выявлено**

6.3. Алапес (Гансен ауруы) анықталды/анықталған жоқ ** / Лепра

(болезнь Гансена): выявлено/не выявлено**

6.4. Психикалық аурулардың, нашақорлықтың белгілері:

анықталды/анықталған жоқ ** / Признаки психических заболеваний,

наркомании:

выявлено/не выявлено**

6.5. Туберкулез: анықталды/анықталған жоқ ** / Туберкулез: выявлено/не выявлено**

Мемлекеттік денсаулық сақтау мекемесінің (ұйымының) басшысы /

Руководитель государственного учреждения (организации)

здравоохранения:

_____

(Т.А.Ә., қолы / Ф.И.О., подпись)

М.О./ М.П.

Ескертпе:

*18 жасқа дейінгі баламен жатқан жағдайда 6.1-6.5-тармақшалары бойынша мәлімет, сонымен қатар АКДС, полиомиелитке, қызылшаға, қызамыққа, паротитке, "В" вирустық гепатитіне, туберкулезге қарсы жасалған егулер (ауырған аурулары) жөніндегі мәлімет, соңғы 3 жылдық туберкулез диагностикасының нәтижелері ұсынылады

** қажетінің астын сызыңыз.

Примечание:

*в случае пребывания с ребенком в возрасте до 18 лет предоставляются сведения по п.п. 6.1 -6.5, а также сведения о наличии проведенных ранее прививках (перенесенных заболеваниях) – АКДС , против полиомиелита, кори, краснухи, паротита, вирусного гепатита "В", туберкулеза, результаты туберкулинодиагностики за 3 последних года

** нужное подчеркнуть.

Толтыру күні / Дата заполнения:

20 __ж. "_____"_____/

"_____"_____20___г.

Қолданылу мерзімі: 3 ай /

Срок действия: 3 месяца

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой 035-4/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Жұмыс істеп жүрген мигранттыңтексеріп-қарауға жіберу жолдамасы.
Направление трудящегося мигранта на медицинское обследование

1. Т.А.Ә. (болған жағдайда) (толықтай)

Ф. И.О. (при его наличии) (полностью)_____

2. Жынысы/Пол_____

3. Туған күні /Дата рождения (дд/мм/гг)_____

4. ЖСН/ИИН_____

5. Шығарылған ел/Страна происхождения_____

_____

6. Қазақстан Республикасынасоңғы келген күні/Дата последнего въезда в Республику Казахстан
_____

7. Қазақстан Республикасына кіретін мақсаты/Цель въезда в Республику Казахстан

_____

_____

8. Мекен жайы/Адрес проживания_____

_____

9. Байланыс телефоны/Контактныйтелефон_____

_____
_____

(Т.А.Ә.(болған жағдайда)және жіберу маман лауазымы/ Ф.И.О.(при его наличии)и должность направившего специалиста)

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 036/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 036/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗДЫҚ ПАРАҚТАРЫН ТІРКЕУ
КІТАБЫ
КНИГА
РЕГИСТРАЦИИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Р/с № п/п	Осы емдеу ұйымы берген еңбекке жарамсыздық парағының № № листка нетрудо-способности выданного данной мед.организацией		Басқа емдеу ұйымы берген еңбекке жарамсыздық парағының № № листка нетрудо-способности выданного другой мед.организацией		Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Науқастың мекенжайы Адрес больного	Жұмыс орны мен атқаратын жұмысы Место работы и выполняемая работа
	бірінші первый	жалғасуы продол-жение	бірінші первый	жалғасуы продол-жение				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

Диагнозы		Дәрігердің тегі Фамилия врача		Жұмыстан босатылуы Освобожден от работы		Барлық жұмыстан босатылған күндері Всего календарных	Науқасты басқа емдеу ұйымдарына жіберу туралы белгілер Отметка о направлении больного в
ал ғаш-қы пер-	қоры-тынды	еңбекке жарам-сыздық парағын берген выдавшего листок	еңбекке жарам-сыздық парағын аяқтаған закон-чившего	қай күннен	қай күнге дейін		

вич-ный	заключ-ительный	нетрудо-способ-ности	листок нетрудо-способ-ности	бастап с какого числа	по какое число	дней освобождения от работы	другие лечебные организации
10	11	12	13	14	15	16	17

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 038/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 038/ у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

СӨСҚ ЖӨНІНДЕГІ ІС-ШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
УЧЕТА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФЗОЖ

_____

маманның ТАӘ лауазымы, учаске №, АЕҰ №

(ФИО специалиста, должность, № участка, № АПО)

Р/с №		Уақыт мөлшері	Іс-шараның түрі		Тыңдаушыларды қамту		Тыңдаушылардың қолы

№ п/п	Күні Дата	Количество времени	Вид мероприятия	Тақырып Тема	Охват слушателей	Тыңдаушылардың ТАӘ ФИО слушателей	Подпись слушателей
1	2	3	4	5	6	7	8

СӨСҚ, АУРУЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ ЖӨНІНДЕГІ

ІС-ШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ ЖУРНАЛЫН

толтыру туралы ескертпе

ПРИМЕЧАНИЯ по заполнению

ЖУРНАЛА УЧЕТА МЕРОПРИЯТИЙ

ПО ФЗОЖ, ПРОФИЛАКТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

1. "Уақыт мөлшері" бағанында жиынды өткізуге жұмсалған уақытты минутпен көрсетіңіз.

(В графе 3 "Количество времени" указать в минутах время, затраченное на проведение мероприятия).

2. "Іс-шараның түрі" бағанында деректерді біріздендіру үшін алфавит әріптерін пайдалану ұсынылады.

(В графе 4 "Вид мероприятий" для унификации данных предлагается использование букв алфавита):

Л – лекция;

ОС – оқыту семинары (обучающий семинар);

ҚН (СП) – қабырғалық ақпаратты, плакаттарды, қабырға газеттерін ұйымдастыру немесе жаңалау (организация или обновление стендовой информации, плакатов, стенгазет; (ҚН-қабырғалық насихат (СП - Стендовая пропаганда)

ББ – буклеттер, үндеулер, үнпарақтар (үндеу, үнпарақ) тарату (раздача буклетов, брошюр, листовок);

БАҚ (СМИ) – бұқаралық ақпарат құралдарында сөйлеу (выступления в СМИ);

ДК (КЗ) – денсаулық клубтары (жас ата-аналар, диабетпен ауыратын адамдар және т.б. үшін) (клубы здоровья (для молодых родителей, диабетиков и др.));

А – түрлі медициналық-әлеуметтік зерттеулер (анкеталау) (различные медико-социальные исследования (анкетирование)).

3. "Тақырып" бағанында өткізілген жиындардың тақырыптамаларын келесі біріздендірілген бағыттырмен көрсетіңіз

(В графе 5 "Тема" указать тематику проведенных мероприятий по следующим унифицированным направлениям):

ТЕМ (ТАБ) – темекі шегудің профилактикасы (профилактика табакокурения)

НАШ (НАР) – нашақорлықтың профилактикасы (профилактика наркомании)

1. АЛК – алкоголизмнің профилактикасы (профилактика алкоголизма)

2. ФИЗ – физикалық белсенділік пен шынығу (физическая активность и закаливание)

3. ДАС (ИМТ) – дененің артық салмағы (избыточная масса тела)

4. ДМ (РП) – дұрыс тамақтану (рациональное питание)

5. ЕҚ (ВСК) – емшекпен қоректендіру (грудное вскармливание)

6. ДСБ (ДЕТ) – дені сау бала (здоровый ребенок)

7. РЕП – ұрпақты болу денсаулықты қорғау (охрана репродуктивного здоровья)

8. ЖЖ (ПС) – жанұяны жоспарлау (планирование семьи)

9. ЖІИ (ОКИ) – жіті ішек инфекцияларының профилактикасы (профилактика острых кишечных инфекций)

10. ЖТИ (ОРИ) – жіті тыныс инфекцияларының профилактикасы (профилактика острых респираторных инфекций)

11. ЖП (ПТ) – жарақаттанушылықтың профилактикасы (профилактика травматизма)

12. ҚОД (ОСЗ) – қоршаған орта мен денсаулық (окружающая среда и здоровье)

13. ТУБ – туберкулездің профилактикасы (профилактика туберкулеза)

14. ВГ – вирустық гепатиттің профилактикасы (профилактика вирусного гепатита)

15. ЖҚЖИ (ИППП) – жыныстық қатынас арқылы жұғатын инфекциялардың профилактикасы (профилактика инфекций, передающихся преимущественно половым путем)

16. ЖИТС (СПИД) – АИТВ профилактикасы (профилактика СПИД/ВИЧ)

17. СТР – стресстерді профилактикалау (профилактика стрессов)

18. СМ (ЗШ) – салауатты мектептер (лицейлер, гимназиялар) (здоровые школы (лицеи, гимназии)

19. СОО (ЗУ) – саламатты оқу орындары (университеттер, академиялар, колледждер) здоровые учебные заведения (университеты, академии, колледжи))

20. СЖО (ЗР) – саламатты жұмыс орындары (здоровые рабочие места)

21. СЕМ (ЗГ) – саламатты елді мекендер (қалалар, аудандар, кенттер, ауылдар) (здоровые населенные пункты (города, районы, поселки, села)

22. Б (П) – басқа бағыттар (прочие направления)

4. "Тыңдаушыларды қамту" іс-шараға қатысушылар саны мен халық тобының медициналық-жастық сипаттамасын (С-сау, Д1-тәуекел факторымен, Д2-жіті патологиясымен, Д3-созылмалы патологиясымен) көрсетіп, таяқша арқылы тыңдаушылардың орта жасын көрсетіңіз

(В графе 6 "Охват слушателей" указать количество участников мероприятия и общую медико-возрастную характеристику группы населения (З - здоровые, Д1 – с факторами риска, Д2 – с острой патологией, Д3 – с хронической патологией), через тире указать средний возраст слушателей).

5. Егер лекция қандай да бір ұйымда өткізілсе, онда тыңдаушылардың А.Т.Ә. көрсетпей-ақ, олардың санын көрсетуге болады. Ол жағдайда соңғы екі бағанда ұйымның мөрімен бекітілген басшының А.Т.Ә. мен қолы болуы тиіс.

В графе 7 (Если лекция проводилась в какой-либо организации (школа, предприятие), можно не перечислять ФИО слушателей, а только указать их количество. Тогда в двух последних графах должны стоять ФИО и подпись руководителя, заверенная печатью организации).

Дәл осы журналда келесі көрсеткіштердің көрсетілуімен ай бойы істелген жұмыс қорытындысы шығарылады (В этом же журнале подвести итоги работы за месяц, указав):

үшінші бағанда (в третьей графе) – санитариялық-ағарту жұмыстарына жұмсалған жалпы уақыт мөлшері (общее количество времени, затраченное на проведение санитарно-просветительной работы),

төртінші бағанда (в четвертой графе) – санитариялық-ағарту жұмыс түрлерінің саны (количество видов санпросвет работы),

бесінші бағанда (в пятой графе) – СӨС түрлі бағыттары бойынша өткізілген іс-шаралар саны (количество мероприятий по различным направлениям ЗОЖ),

алтыншы бағанда (в шестой графе) – санитариялық-ағарту іс-шараларымен қамтылған халықтың жалпы саны (общее число населения, охваченного санитарно-просветительскими мероприятиями).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 038-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 038-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Медицина ұйымының
ақпараттық – оқыту жұмысын тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации информационно-образовательной работы
медицинской организации

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 038-2/ е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 038-2/у Утверждена приказом и.о. Министраздравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Медициналық қызметкердің

_____

халық арасында СӨС насихаттау, аурулардың алдын алу жөніндегі

(4-сағаттық жұмыс атқаруды іске асыру)

жұмысын тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации работы медицинского персонала

_____

по пропаганде ЗОЖ, профилактике заболеваний среди населения

(по реализации 4-х часовой отработки)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Рентген-диагностикалық бөлімшесінің, УДЗ және компьютерлік томография бөлмесінің жұмысын есепке алу
КҮНДЕЛІГІ
ДНЕВНИК
учета работы рентгенодиагностического отделения, кабинета УЗИ и компьютерной томографии
20__ жылғы (года) _____ айы (месяц) бойынша (за)

Ескертпе:

Күнделікті № 050/ есеп нысаны "Рентгенологиялық зерттеулер журналы"

жазбалары негізінде рентгенолог-дәрігерлер толтырады.

Ай күндеріне сәйкес 2-30 - бағандарға,тексерілуші ағзаның орналасуына

сәйкес, науқастарға жүргізілген зерттеу туралы мәліметтер жазылады.

3 - баған сандары 4, 5, 6,7, 8 - бағандар сандарының қосындысына теңесуі

мүмкін, бірақ әдетте ол қосындыдан кем болуы тиіс, өйткені бір

зерттеу кезінде жарықпен қарау, бірнеше суреттер,

электрорентгенограммалар, флюорограммалар және т.б. жасалуы мүмкін.

10 - бағанның 11-15 - бағандармен, 16 - бағанның 17-27 - бағандармен,

22 - бағанның 23-27 - бағандармен ара қатынастары жоғарыда көрсетілгендей

болады. 2 - бағанның сандары 3, 10, 16, 22 - бағанның сандары қосындысына

теңесуі тиіс. 29-30-бағандар сандарының қосындысы 8, 15, 21, 27 -

бағандар сандарының қосындысына теңесуі мүмкін; егер бір арнаулы

әдістеме кезінде бірнеше суреттер жасалса, олардан артық болуы

мүмкін.

Примечание:

Дневник заполняется врачами-рентгенологами на основании записей "Журнала рентгенологических исследований", учетная форма № 050/у.

Соответственно числам месяца в гр. 2-30 вносятся сведения о видах исследований, проводимых больным в соответствии с локализацией обследуемых органов. Числа в гр.3 могут равняться сумме чисел гр. 4, 5, 6, 7, 8, но, как правило, должны быть меньше этой суммы, т.к. при одном исследовании было сделано просвечивание, несколько снимков, электрорентгенограмм, флюорограмм и т.д.

Аналогично соотношение графы 10 с суммой граф 11-15; гр. 16 с суммой гр. 17-21, гр. 22 с суммой граф 23-27. Числа в графе 2 должны равняться сумме чисел граф 3, 10, 16, 22. Сумма чисел в гр. 29 и 30 может быть равна сумме чисел в гр. 8, 15, 21, 27, но может быть больше их, если при одной специальной методике сделано несколько снимков.

Ай күндері Числа месяца	Рентге-нологиялық зерттеулердің жалпы саны Общее число рентгеноло-гических исследований	Кеуде органдары Органов грудной клетки				
		Барлық зерттеулер Всего иссле-дований	Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано			
			жарықпен қарау просве-чиваний	суреттер (рентгено-граммалар) снимков (рентгено-грамм)	электро-рентгено-граммалар электро-рентгено-грамм	флюорграммалар (диагностикалық) флюорограмм (диагности-ческих)
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Кеуде органдары Органов грудной клетки		Ас қорыту органдары Органов пищеварения					
Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано							
арнаулы зерттеулер спец.исследований		Барлық зерттеулер Всего исследований	Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано				
барлығы всего	олардың ішінде томографиялар в том числе томографий		жарық-пен қарау просвечиваний	суреттер (рентгено-раммалар) снимков (рентгено-грамм)	электро-ретгено-граммалар электро-рентгено-грамм	флюор-граммалар (диагно-стикалық) флюоро-грамм (диагно-стических)	арнаулы зерттеулер специальных исследований
8	9	10	11	12	13	14	15

№ 039-5/е н. артқы беті

(разворот) ф. № 039-5/у

Сүйек-буын жүйесі Костно-суставной системы						Басқа органдар Прочих органов	
Барлық зерттеулер Всего исследо-ваний	Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано					Барлық зерттеу-лер Всего иссле-дова-ний	Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано
	жарықпен қарау просве-чиваний	суреттер (рентгено-граммалар) снимков (рентге-нограмм)	электро-рентгено-граммалар электро рентгено-грамм	флюоро-граммалар (диагнос-тикалық флюоро-грамм (диагно-стических	арнаулы зерттеулер спец. иссле-дований		жарықпен қарау просвечи-ваний
16	17	18	19	20	21	22	23

продолжение таблицы

Басқа органдар Прочих органов				Жарықпен қарау санынан – кеуде органдарының профилактикалық рентгеноскопиясы Из числа просвечиваний число профилактических рентгеноскопий органов грудной клетки	Арнаулы әдістерді қолданумен жасалды При применении специальных методов сделано	
Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано						
суреттер (рентгено-граммалар) снимков (рентгено-грамм)	Электро-рентгено-граммалар электро рентгено-грамм	флюоро-граммалар (диагности-калық) флюоро-грамм (диагно-стических)	арнаулы зерттеулер специаль-ных иссле-дований		жарықпен қарау просвечи-ваний	суреттер снимков
24	25	26	27	28	29	30

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 039-6/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документацияФорма № 039-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Эндоскопиялық бөлімшенің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета работы эндоскопического отделения (кабинета)
(за) 20__ жыл(год) _____

Р/с № № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Жолдаған ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	Зерттелетін орналасу орны Исследуемая локализация
	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Барлық зерттеу Всего исследований	оның ішінде емдеу шаралары в том числе лечебных процедур	Материалды цитоморфологиялық зерттеуге алу Взятие материала на цитоморфологическое исследование	Емдеу шаралары Лечебные процедуры
8	9	10	11	12

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-8/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 039-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның атауы Наименование организации	Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің)
жұмысын есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета работы отделения (кабинета) функциональной диагностики
20__ жылғы (года) _____

Р/с № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Жіберген ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	Алғашқы, қайталап тексеру Обследование первичное, повторное	
						барлық зерттеулер всего исследований	оның ішінде бірінші из них первичных
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Стационарда, емханада, үйде тексеру Обследование в стационаре, поликлинике, на дому			Зерттеу нәтижесі Результат исследования
о.і стационарда в т.ч. в стационаре	о.і. емханада в т.ч. в поликлинике	о.і. в т.ч. на дому	
9	10	11	12

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 042/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 042/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 042/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 044/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 044/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 044/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А3 форматы

Формат А3

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 046/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 046/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Физиотерапиялық бөлімшенің (бөлменің)
КҮНДЕЛІГІ
ДНЕВНИК
физиотерапевтического отделения (кабинета)

за _____ 20__ жылғы (года)

	Бөлімшеге (бөлмеге) емделу үшін бірінші рет келген науқастар саны					4-камералық ванналар	

Күні Дата	Число первичных больных, обратившихся на лечение в отделение (кабинет)	Барлығы Всего	Гальвани-зация	УЖЖ УВЧ	Электро-форез	4-камерные ванны	Бернар токтары Токи Бернара
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

КВД	УКС УФО	Солюкс	О-КУФ	Стат. душ	Сәуле-58 Луч-58	Д* арсан-вализация	Қуыстық Д*арсанваль Д*арсанваль полосной
9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Ультра-дыбыс Ультра-звук	Магнито-терапия	Лазеро-терапия	Жылумен емдеу Тепло-лечение (озокерит, парафин)	Гидро-колоно-терапия	Ингаляция	Емдеудің басқа түрлері (тізбеде көрсетілмеген) Другие виды лечения (не указанные в перечне)
17	18	19	20	21	22	23

Сумен емдеу Водолечение						Жылумен емдеу Теплолечение				

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) _____ қолы (подпись)

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 047/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 047/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 050/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 050/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Рентгенологиялық, ультрадыбыстық және компьютерлік-томографиялық зерттеулерді жазу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ записи рентгенологических, ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований (за) 20__ жыл бойынша (год)

ЕСКЕРТПЕ:

8 бағанда зерттеу аймағы көрсетіледі: екі және одан көп

орналасуларды бір жолда зерттегенде, олардың әрқайсысы жеке жолда

жазылады.

9 бағанда жүргізілген зерттеулер көрсетіледі: арнаулы

әдістермен толық (мысалы, ангиография, томография және т.б.),

қалғандары алғашқы әріптерін жазу арқылы қысқартылған түрде: Ж-жарық

пен қарау, С-суреттер, Э-электрорентгенограмма.

10 бағанда суреттердің (үлдірлердің),

электрорентгенограммалардың, флюорограммалардың арнаулы әдістерді

қолдану арқылы жасалған суреттерді де қоса барлық жасалған

суреттердің саны көрсетіледі.

12 бағанда көрсетілген сан бір жолда екі немесе одан көп

орналасуларды зерттеген кезде әр қайсысы бөлек жазылудан басқа

жағдайда зерттеу саны мен зерттелген адамдардың саны сай келуі тиіс.

ПРИМЕЧАНИЕ:

В графе 8 указывается область исследования: при одномоментном

обследовании двух и более локализаций, каждая из них вписывается

отдельной строкой.

В графе 9 указываются проведенные исследования: специальными

методами полностью (например, ангиография, томография и.т.д.)

остальные—сокращенно путем внесения начальных букв: П – просвечивание,

С – снимки, Э – электрорентгенограммы.

В графе 10 указывается количество сделанных снимков (пленок),

электрорентгенограмм (формат), флюорограмм, включая и снимки,

сделанные с применением специальных методов.

№ 050/е н. 2 беті

Стр. 2 ф. № 050/у

Зерттеу күні Дата исследований	Р/с № п/п	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Бөлімшенің аты мен мекенжайы Адрес или название отделения	Стационарлық (амбулаторлық) науқастың медициналық картасының № медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного	Рентген бөлмесіне жолданған кездегі диагнозы Диагноз при направлении в рентге-новский кабинет
1	2	3	4	5	6	7

№ 050/е н. 3 беті

Стр. 3 ф. № 050/у

Зерттелу аймағы Область исследова- ния	Науқасты зерттеу түрі – рентгенологиялық, УДЗ, компьютерлік томография Виды исследования больного – рентгенологическое, УЗИ, компьютерная томография	Диагностикалық флюорограмма суреттерінің, электрорентгено-граммалардың (олардың форматы) саны Число снимков диагностических флюорограмм, электрорент-генограмм (их формат)	Рентгенолог-дәрігердің, компьютерлік томография дәрігерінің диагнозы, УДЗ дәрігерінің ұйғарымы Диагноз врача-рентгенолога, врача компьютерной томографии, заключение врача УЗИ	Рентгенологиялық зерттеулердің саны Число рентгенологичес-ких исследований	Алынған дозаның жалпы саны Общая сумма полученной дозы (мЗв)
8	9	10	11	12	13

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 051/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 051/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сәуле терапиясына ұшыраған науқастың
МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
больного, подвергающегося лучевой терапии

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген №051-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 051-1 /у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой 051-1/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сәуле терапиясының журналы / Журнал лучевой терапии

1. Сәулелендіру терапиясы аппаратында науқастарды сәулелендірудің тіркеу журналы/Журнал регистрации облучения больных на аппарате лучевой терапии _____[1)]

№ №	Мерзімі	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	ID код [2)]	Бөлімше	Жергілікті оқшаулау	Сәулеленутүрі [3)]	Алаңдар саны	Дәрігер	Ауысым Мейірбі
№ №	Дата	Фамилия больного (при его наличии)	№ медицинской карты стационарного больного	ID код [2)]	Отделение	Локализация	Вид излучения[3)]	Количество полей	Врач	Медицин сестр смен

Ескерту/Примечания:

[1)]Мұқаба мен негізгі бетінде аппараттың түрі көрсетіледі, мысалы: TrueBeam сызықтық үдеткіші, Teragam гамма-аппараты, Gamma Med. брахитерапевтикалық аппараты,Gulmay рентгенотерапевтикалық аппараты/На обложке и титульном листе указывается тип аппарата, например : линейный ускоритель TrueBeam, гамма-аппарат Teragam, брахитерапевтический аппарат GammaMed. рентгенотерапевтический аппарат Gulmay.

[2)]Науқастардың электронды ақпараттық жүйесін тіркелген жағдайда науқастың ID коды жазылады /ID код больного записывается при наличии электронной информационной системы регистрации больных.

[3)] Гамма-терапевтикалық және рентгентерапевтикалық аппараттар үшін, сонымен қатар сәулелендірудің бір түрі ғана бар үдеткішіүшін "Сәулелендіру түрі" бағанын қоспаса болады/Для гамма-терапевтических и рентгенотерапевтических аппаратов, а также ускорителей с одним видом излучения графу "Вид излучения" можно не включать.

Науқастың нөмірі сол күні жүргізіледі/Нумерация больных ведется за текущий день.

2. Сәулелендіру терапиясының жоспарын тіркеу журналы/Журнал регистрации планов лучевой терапии

№ №	Мерзімі	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	ID код	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	Бөлімше	Жергілілті оқшаулау	Аппарат	Метод ЛТ[1)]	Алаңдар саны	Аппли , РОД
№ №	Дата	Фамилия больного(при его наличии)	Фамилия больного (при его наличии)	ID код	№ медицинской карты стационарного больного	Отделение	Локализация	Аппарат	Метод ЛТ [1)]	Количество полей	Аппли , РО

Ескерту/Примечания:

[1]"Тәсіл" бағанында жоғарытехнологиялық терапияның тәсілі көрсетіледі: КФЛТ, БХТ, IMRT, RapidArc, SRS./ В графе "Метод" указывается метод высокотехнологичной терапии: КФЛТ, БХТ, IMRT, RapidArc, SRS.

[2]Брахитерапияны жоспарлаған жағдайда толтырылады/ Заполняется при планировании брахитерапии

[3] Жоғарытехнологиялық терапияны жоспарлаған жағдайда толтырылады:IMRT, RapidArc, SRS. Үдеткіште дозиметриялық верификация жоспарының әдісі мен нәтижесі көрсетіледі/ Заполняется при планировании высокотехнологичной терапии: IMRT, RapidArc, SRS. Указывается метод и результат дозиметрической верификации плана на ускорителе.

[4] ФИО медицинского физика.

3. Алдын-ала сәулелік топометрикалық дайындықтан өткен (центрация) науқастарды тіркеу журналы / Журнал регистрации больных, прошедших предлучевую топометрическую подготовку (центрацию)

№ №	Мерзімі	Науқастыңатыжөні (болған жағдайда)	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	Бөлімше	Диагноз	Бірінші. / екінші	Аппарат	Дәрігер консультант	Са те
№ №	Дата	Фамилия больного (при его наличии)	Фамилия больного (при его наличии)	№ медицинская карта стац. больного	Отделение	Диагноз	Первичный / повторный	Аппарат	Врач консультант	л те

Ескерту/ Примечания:

Егер алдын-ала сәулулік дайындықты топометрист-дәрігер өткізсе, қосымша бағананы енгізу керек/ Если предлучевую подготовку проводит врач-топометрист, то необходимо вставить дополнительную графу.

Негіздеме. Сәулелендіру терапиясын өткізу барысы негізгі үш кезеңнен тұрады: алдын-ала сәулелік топометриялық дайындық, сәулелендіру терапиясы дозиметриялық жоспарды есептеу, сәулелендіру терапиясы аппаратында сәулелендіру орындау.Жоғарыда берілген үлгісі бар әрбір кезең үшін жеке тіркеу журналдары жүргізілуі тиіс. Аппараттарда науқастарды сәулелендіруді тіркеу журналы мен сәулелендіру терапиясының жоспарын тіркеу журналын жүргізу "Қазақстан Республикасы халқына онкологиялық көмек көрсетуін ұйымдастыру стандартынан" тапсырыс берілді, № 452, 02 тамыз 2013ж. ҚР Денсаулық сақтау Министрлігімен бекітілді.

Сәулелендіру терапиясы белгеленген науқастарға алдын-ала сәулелендіру топометриялық дайындықты өткізу есебі үшін және сәулелендіру терапиясын жоспарлау бойынша жұмыс есебі ұшін бөлек журналдар болуы тиіс, себебі бұл әр түрлі персоналы бар екі бөлек жұмыс түрі. Алдын-ала сәулелендіру топометриялық дайындық топометрия (центрация) кабинеттерінде рентгендік симуляторлар мен компьютерлік томографтарда жүргізіледі. Жүргізуде дәрігерлер мен мейірбикелер

қатысады.Сәулелендіру терапиясының есептеу жоспарларын медикалық физиктер жоспарлаудың комьютерлік жүйелерінде немесе қолдан есептеу жасайды. Жоспарлау деректерін медикалық физиктер жоспарларды тіркеу журналына енгізеді. Сәулелендіру терапиясының қандай әдісі қолданылды, сәулелендіру терапиясының кез-келген түрін өткізу бойынша есеп пен алдағы статистика үшін тіркеу жасау өтек маңызды. Модульдік қарқындылығы бар сәулелендіру терапиясын және стереотаксикалық сәулелендіру терапиясын (IMRT, RapidArc, SRS) өткізу барысында жоспардың дозиметриялық верификациясын жүргізу маңызды. Оны да медикалық физиктер жүргізіп журналға тіркейді. Журналда керекті деректерді тіркеу үшін сәйкес бағаналар қарастырылады.

Обоснование. Процесс проведения лучевой терапии складывается из трех основных этапов: предлучевая топометрическая подготовка, расчет дозиметрического плана лучевой терапии, выполнение облучения на аппаратах лучевой терапии. Для каждого этапа должны вестись свои регистрационные журналы, формы которых предложены выше. Ведение журналов регистрации облучения больных на аппаратах и журналов регистрации планов лучевой терапии предписано "Стандартом организации оказания онкологической помощи населению республики Казахстан", утв. приказомМЗ РК от 02 августа 2013 г., № 452.

Для учета проведения предлучевой топометрической подготовки больным, которым назначена лучевая терапия, и учета работы по планированию лучевой терапии должны быть отдельные журналы, так как это различные виды работ, в которых занят различный персонал. Предлучевая топометрическая подготовка проводится в кабинетах топометрии (центрации) на рентгеновских симуляторах и компьютерных томографах, в проведении участвуют врачи и медсестры. Расчет планов лучевой терапии выполняют медицинские физики на компьютеризованных системах планирования или ручным расчетом, данные планирования физики вносят в журнал регистрации планов. Для дальнейшей статистики и отчетов по проведению различных видов лучевой терапии важно регистрировать, какой метод лучевой терапии используется. При проведении лучевой терапии с модулированной интенсивностью и стереотаксической лучевой терапии (IMRT, RapidArc, SRS) обязательно проведение дозиметрической верификации планов, которую проводят и регистрируют в журнале также медицинские физики. Для регистрации необходимых данных в журнале предусмотрены соответствующие графы.

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 058/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 058/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Инфекциялық ауру, тамақтан, кенеттен кәсіби улану, екпеге әдеттегіден бөлек реакция болғаны туралы
ШҰҒЫЛ ХАБАРЛАМА

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ
об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

_____

1. Диагнозы _____

зертханалық жолмен расталды: иә, жоқ (астын сызыңыз)

(подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть))

2. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность) _____

3. Жынысы (Пол) _____

4. Жасы (14 жасқа дейінгі балалар үшін-туған күні) (Возраст (для

детей до 14 лет-дата рождения)) _____

_____

5. Мекенжайы, елді мекен (Адрес, населенный пункт) _____

_____

көшесі (улица) _____ үйі № (дом №) _____ пәт. № (кв. №) _____

_____

жеке, коммуналдық, жатақхана-толықтырып жазыңыз (индивидуальная,

коммунальная, общежитие-вписать)

6. Жұмыс орнының (оқу, балалар мекемесі) атауы мен мекенжайы

(Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения))

_____

_____

_____

_____

7. Күндер (Даты):

аурулары (заболевания) _____

алғашқы келу (анықталу күні) (первичного обращения

(выявления)) _____

диагноз қойылған (установления диагноза) _____

балалар мекемесіне, мектепке келесі баруы (последующего

посещения детского учреждения, школы _____

_____

емдеуге жатқызу (госпитализации) _____

8. Емдеуге жатқызу орны (Место госпитализации) _____

9. Егер уланса – қайда, немен уланғанын көрсетіңіз (Если отравление -

указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший)

_____

_____

10. Жүргізілген алғашқы эпидемияға қарсы іс-шаралар мен қосымша

мәліметтер (Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и

дополнительные сведения) _____

_____

№ 058/е н. артқы беті

(Оборот ф. № 058/у)

11. СЭС-қа алғашқы сигнал берілген күні, сағаты (телефон арқылы және т.б.) (Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС))

_____

_____

_____

Хабарлаушының тегі (Фамилия сообщившего) _____

Хабарламаны кім қабылдады (Кто принял сообщение)

_____

12. Мәлімдеменің жіберілген күні мен сағаты (Дата и час отсылки извещения) _____

Мәлімдемені жіберген адамның қолы (Подпись пославшего извещение)

_____

Тіркеу № (Регистрационный №) _____ журналдың № нысанында (в журнале ф. №) _____

_____ санэпидстанцияда (санэпидстанции).

Мәлімдемені алған адамның қолы (Подпись получившего извещение) _____

Инфекциялық ауруды, тамақтан улануды, жіті кәсіби улануды анықтаған немесе күдіктенген барлық жағдайларда, сонымен қатар диагнозы өзгергенде медициналық қызметкері толтырады.

Науқасты анықтаған уақыттан 12 сағатқа дейін науқас табылған аймақтың санэпидстанциясына жіберіледі.

Диагнозы өзгеруі туралы хабарланған жағдайда мәлімдеменің 1 т. өзгерген диагнозы, оның қойылған уақыты және алғашқы диагнозы көрсетіледі.

Мәлімдеме сонымен қатар үй және жабайы жануарлар тістіген, тырнаған, сілекейін жұқтырған жағдайларда құтырма ауруына күдік туына байланысты толтырылады.

Составляется медработником, выявившим при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, пищевое отравление, острое профессиональное отравление или подозревающих их, а также при изменении диагноза.

Посылается в санэпидстанцию по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента обнаружения больного.

В случае сообщения об изменении диагноза п.1 извещения указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.

Извещение составляется также на случаи укусов, оцарапанья,

ослюнения домашними или дикими животными, которые следует

рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 060/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 060/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Инфекциялық ауруларды тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета инфекционных заболеваний

"__" _____ 20 жылы (года) "__" _____ 20 жылы (года)

(начат) басталды аяқталды (окончен)

_____

Ескертпе: 13 және 14 бағандар тек санитариялық-эпидемиологиялық

станцияларда толтырылады. (Примечание: графы 13 и 14 заполняются

только в санитарно-эпидемиологических станциях)

	Мәлімдеменің телефонмен хабарланған (қабылданған)					

Р/с № № п/п	күні мен сағаты және алғашқы шұғыл хабарламаның жіберілген, (алынған) күні, кім жіберді, кім қабылдады Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения кто передал, кто принял	Мәлімдеме жасаған емдеу ұйымының атауы Наименование лечебной организации , сделавшего сообщение	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя отчество больного	Жасы (3 жасқа дейінгі балалардың туған жылы мен айын көрсітіңіз) Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения)	Үйінің мекенжайы (қала, ауыл, көше, үй №, пәтер №) Домашний адрес, (город, село, улица, дом № кв. №)	Жұмыс, оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы, тобы, сыныбы, соңғы барған күні Наименование места работы, учебы, дошкольной детской организации, группа, класс, дата последнего посещения
1	2	3	4	5	6	7

Алғашқы қаралған күні (қай дәрігерге қаралды) (Дата первичного обращения (к какому врачу обратился))	Ауырған күні (Дата заболевания)	Диагнозы мен оның қойылған күні (Диагноз и дата его установления)	Жатқызылған күні, орны (Дата, место госпитализации)	Өзгертілген (нақтыланған) диагнозы мен оның қойылған күні (Измененный (уточненный) диагноз и дата его установления)	Эпид. тексерілу күні.Тексерген адамның тегі (Дата эпид. обследования. Фамилия обследовавшего)	Ауру туралы хабарланды (тұрақты мекенжайы бойынша СЭС , балалр ұйымына, оқу және жұмыс орнына және т.б.) (Сообщено о заболеваниях (в СЭС по месту постоянного жительства, в детскую организацию по месту учебы, работы и др))	Зертхан зерттеу оның нәтижел (Лаборат обследо и его результ
8	9	10	11	12	13	14	15

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 065-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Венерологиялық аурумен ауырған адамға
ЕСКЕРТУ
ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ
лицу, заболевшему венерической болезнью

_____

Мен (Я), _____

_____

тұрақты мекенжайы (проживающий (ая) по адресу) _____

_____ осы күні маған венерологиялық аурумен

ауыратыным туралы түсіндірілгенін жазбаша түрде растаймын

(подтверждаю письменно, что ___ числа мне разъяснено, что я страдаю

венерической болезнью в форме) _____

_____ бұл форманың басқа адамдар үшін жұқпалы екенін

білемін (которая является заразной для других лиц)

МЕН ТАНЫСТЫМ

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы"

("Пациенттердің міндеттері", 92 бап) Қазақстан Республикасының

Кодексімен.

Мен нұсқау алдым

емделудің және медицина ұйымдарында тексерулік бақылаудың

міндетті екені туралы;

емделудің тәртібі және режимі туралы;

өз еркімен емделудің зиянды екені туралы;

емделу мен тексерулік бақылаудың мерзімі туралы;

донор болуға, тек емделу және тексерулік бақылау кезінде ғана

емес, одан кейін де тиым салынатыны туралы.

Осы ескертуден кейін Қазақстан Республикасының Қылмыстық

кодексінің 115-бабы бойынша жауапкершілікке тартылатыным туралы

білемін.

Дәрігердің барлық ұсынымдарын қатаң түрде орындауға

міндеттенемін;

Емдеуші дәрігерге өзімнің мекенжайымның өзгергендігі туралы

хабарлауға міндеттінемін;

Ескертпені маған дәрігер тапсырды.

Я ОЗНАКОМЛЕН (А):

с Кодексом Республики Казахстан "О здоровье народа и системе

здравоохранения" (статья 92, "Обязанности пациентов").

Я проинструктирован(а);

об обязательности лечения и контрольного наблюдения в

медицинской организации;

о порядке и режиме лечения;

о вреде самолечения;

о сроке лечения и контрольного наблюдения;

о запрещении быть донором, как во время лечения и контрольного

наблюдения, так и после них.

Мне известно, что после настоящего предупреждения я несу

ответственность по статье 115 Уголовного кодекса Республики

Казахстан.

О перемене своего места жительства обязуюсь сообщать лечащему

врачу.

Памятка мне вручена врачом.

Науқастың қолы (Подпись больного) _____

Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача) _____

20__ жылғы (года) _____ қала (город) _____

Емдеу ұйымының атауы: (Наименование лечебной организации):

Амбулаторлық немесе стационарлық науқастың медициналық

картасының № _____

(№ медицинской карты амбулаторного или стационарного больного)

_____

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 073/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 073/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 074/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 074/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 074/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 088/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 ___

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения и социального развития РК от 29.07.2016 № 665 (вводится в действие с 01.01.2017).

Денсаулық сақтау ұйымның атауы

(Наименование организации здравоохранения)_____

Мекен-жайы (Адрес) _____

Медициналық-әлеуметтік сараптамаға жіберу
Направление на медико-социальную экспертизу

1. Аты, тегі,әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____

2. Туған күні (Дата рождения)_____ 3. Жынысы (Пол) _____

4. Тіркеу орны (Адрес регистрации) _____

5. _____ Топтағы мүгедек (Инвалид группы). Жалпы еңбекке қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты общей трудоспособности) _____ Кәсіби еңбекке қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты профессинальной трудоспособности)

_____

6. Жұмыс орны (Место работы) _____

7. Негізгі мамандығы (Основная профессия) _____

8. Лауазымы (Должность)_____

9. 20___ жылғы (год) "_____" _____ бастап емдеу ұйымының бақылауында (Под наблюдением лечебной организации)

10. Клиникалық-еңбек анамнезі (Клинико-трудовой анамнез):_____

_____

10.1. диагностика, емдік-іс шаралар (диагностика, лечебные мероприятия) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10.2. тұрмыстық – 1, өндірістік – 2, көшедегі (жол-көліктіктен басқа) – 3, жол-көліктік – 4, мектептегі – 5, спорттық – 6, өзге жарақаты болған жағдайда – 7 (қажетінің астын сызыңыз) / при наличии травмы: бытовая – 1, производственная – 2, уличная (кроме дорожно-транспортной) – 3, дорожно-транспортная – 4, школьная – 5, спортивная – 6, прочее – 7 (нужное подчеркнуть);

а) жарақатты алу күні (дата получения травмы):

____ күні/ число _____ айы/ месяц _____ ____ жылы/год;

б) жарақат қайда жерде және қай жағдайда алынды (толық баяндаңыз) (место и обстоятельства, при которых произошла травма (указать подробно):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10.3. өткізілген оңалту іс-шараларының нәтижелері

(результаты проведенных реабилитационных мероприятий

_____

_____

_____

_____

_____

_____

10.4. еңбек жағдайын өзгерту (изменение условий труда)

_____

_____

11. Уақытша еңбекке жарамсыздық (соңғы 12 айдың мәліметтері)

(Временная нетрудоспособность (сведения за последние 12 месяцев))

_____

____ айының (с) __ _ дейін (по) (числа месяца)	Аурудың атауы (Название болезни)

12. Оңалту іс-шараларының жоспары (План реабилитационных мероприятий)

_____

_____

_____

_____

_____

13. МСС жіберген кездегі науқастың жағдайы. (Состояние больного при направлении на МСЭ)

13.1. терапевтің уәжді тексеру мәліметтері (данные объективного обследования терапевта) _____

_____

_____

_____

_____

_____

13.2. неврологтың уәжді тексеру мәліметтері

(данные объективного обследования невролога)

_____

_____

_____

_____

13.3. хирургтың уәжді тексеру мәліметтері

(данные объективного обследования хирурга)

_____

_____

_____

_____

13.4. уәжді тексеру мәліметтері (данные объективного обследования

других специалистов) _____

_____

_____

_____

14. Қосымша зерттеулердің мәліметтері

(данные дополнительных исследований) _____

_____

_____

_____

_____

15. Зертханалық зерттеулер

(Лабораторные исследования) _____

_____

_____

_____

.....

кесу сызығы (линия отреза)

МСС қорытынды туралы денсаулық сақтау

ұйымының хабарламасы

Извещение организации здравоохранения

о заключении МСЭ

1. Жіберген денсаулық сақтау ұйымының атауы

(Наименование направившей организации здравоохранения)_____

_____

2. Жіберген денсаулық сақтау ұйымының мекен-жайы

(Адрес направившей организации здравоохранения) _____

_____

3. Жіберген күні (Дата направления) _____

4. Аты, тегі, әкесінің аты

(Фамилия, имя, отчество) _____

5. Туған күні (Дата рождения) _____

6. _____ топтағы мүгедек (Инвалид группы) Жалпы еңбекке

қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты общей трудоспособности)

_____ Кәсіби еңбекке

қабілеттігін жоғалту дәрежесі (Степень утраты профессиональной

трудоспособности) _____

7. Тіркеу орны (Адрес регистрации) _____

8. Жұмыс орны (Место работы) _____

_____

9. Лауазымы (Должность) _____

10. Клиникалық-сараптамалық диагноз (Клинико-экспертный диагноз)

10.1. негізгі диагноз (Основной диагноз)

_____

_____

_____

10.2 қосалқы аурулардың диагнозы (диагноз сопутствующих заболеваний)

_____

_____

11. МСС қорытындысы (Заключение МСЭ) _____ 11.1 қандай мерзімге

(на какой срок) ____

12. № _____ мүгедектің ИПР әзірленген

(Составлена ИПР инвалида № _____)

13. Оңалту жөнінде ұсынымдар (Рекомендации по реабилитации

a. медициналық оңалту жөніндегі (по медицинской реабилитации)

_____

_____

_____

b. әлеуметтік оңалту жөніндегі (по социальной реабилитации)

_____

_____

_____

c. кәсіби оңалту жөніндегі (по профессинальной реабилитации)

_____

_____

14. Куәландыру күні (Дата освительствования) _____

15. № ____медициналық-әлеуметтік сараптама актісі

(№ ___Акта медико-социальной экспертизы)

16. МСС жіберу кезінде клиникалық-функционалдық диагноз

(Клинико-функциональный диагноз при направлении на МСЭ):

16.1 негізгі аурулар (основное заболевание) _____

16.2. қосалқы аурулар (сопутствующие заболевания) _____

16.3 асқынулар (осложнения) _____

17. МСС бағыттау негіздемесі: мүгедектікті белгілеу, қайта куәландіру, мерзімнен бұрын қайта куәландіру, жалпы еңбек ету қабілетінен айрылу дәрежесін белгілеу (бастапқы, салдарлық), мүгедектік себебін өзгерту, ЖОБ қалыптастыру немесе түзету, еңбекке уақытша жарамсыздық парағын ұзарту, зардап шеккен жұмыскердің көмектің және күтімнің қосымша түрлерін қажет ететіндігі жөніндегі қорытындыны беру қажеттігі (қажетінің астын сызыңыз) / (Основание направления на МСЭ: установление инвалидности, переосвидетельствование, досрочное переосвидетельствование, установление степени утраты общей трудоспособности (первично, повторно), изменение причины инвалидности, формирование или коррекция ИПР, продление листа временной нетрудоспособности, необходимость выдачи заключения о нуждаемости пострадавшего работника в дополнительных видах помощи и уходе (нужное подчеркнуть).

ДКК төрағасы (Председатель ВКК)

_____ (_____)

Мүшелері (Члены)

_____ (_____)

_____ (_____)

_____ (_____)

М.о М.п	№ МСС бөлімінің бастығы _____ Начальник отдела МСЭ _____	(_____) (_____)

Примечание. Направление заполняется в электронном виде и подписывается электронно-цифровой подписью председателя врачебно-консультативной комиссии и начальником отдела медико-социальной экспертизы.

Направлению присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 088-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Мүгедектерді тіркеу жене медициналық оңалту журналы

Журнал регистрации и реабилитации инвалидов

								Куәландыру үлгісі бастапқы	Қорытынды Заключение Мүгедектік тобы Группа инвалидности	Оңалту Реабилитация Тәуліктік стационар Круглосуточный стационар (1) Емханадағы күндізгі стационар Дневной

Р/с №№ п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні, жасы Дата рождения, возраст	Үйінің мекенжайы және телефоны Домашний адрес и телефон	Жұмыс орыны Место работы	Мүге-дектік тобы Группа инва-лидности	Клиникалық диагнозы Клиничес-кий диагноз	(1) салдарлық (2) Тип освиде-тельст-вования первичное (1) повторное (2)	(1) Есептен алынған тобы Группа снята (2) Еңбекке жарамсыз парағы ұзартылды Продлен больничный лист (3)	стационар в поликлинике (2) Амбулатория (3) Санаториялық-курорттық ем Санаторно – курортное лечение (4) Үйдегі стационар Стационар на дому (5) Реконструктивтік хирургия Реконструктивная хирургия (6)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Медициналық оңалтудың нәтижесі Результат медицинской реабилитации Орындалмаған Неиспонение(1) Аяқталмаған (жартылай) Незавершенное (частичное) (2) Толық Полное(3) Жақсарған Улучшение(4) Сауыққан Выздоровление(5) Нашарлаған Ухудшение (6) Динамикасыз Без динамики (7)	Қайтыс болған мүгедек Умерло инвалидов
12	13

А4 форматы Формат А4	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық	

министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 088-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой 088-2/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Пациенті/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының
медициналық бөлігі
20__ жылғы "___"_____№ ____
Медицинская часть
индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида

1). Мүгедектің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)_____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

2) ЖСН/ИИН_____

3) Туған күні_____жылы _____ _____

Дата рождения

4) Мекенжайы, үй телефоны _____

Адрес, домашний телефон

5) ОЖБ бірінші рет, қайта жасалды (қалыптастыру, түзету) (керекті асты сызылсын)

ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция) (нужное подчеркнуть)

6) Мүгедектік санаты (болған кезде) _____

Категория инвалидности (при наличии)

7) Оңалту диагноз _____

Реабилитационный диагноз

_____

8) Аурулардың халықаралық жіктемесі (бұдан әрі АХЖ-10) бойынша шифр _____

Шифр по Международной классификации болезней (далее МКБ-10

9) Медициналық оңалтудың кезеңі мен көлемі (керекті асты сызылсын):

Этап и объем медицинской реабилитации (нужно подчеркнуть)

10) кезеңі мен көлемі – науқастарды (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндегі) оңалту үшін, екінші кезең – "Оңалту II А", "Оңалту II Б", үшінші кезең – "Амбулаторлық оңалту II", қосымша кезең – қолдаушы (мүгедектер мен балалар үшін), қайталама (балалар үшін)

(этап и объем - для реабилитации больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей) второй этап - "Реабилитация II А", "Реабилитация II Б", третий этап - "Амбулаторная реабилитация II", дополнительный этап – поддерживающая (для инвалидов и детей), повторная (для детей))

11) кезең – басқа бейіндегі науқастарды оңалту үшін екінші кезең (стационарлық), үшінші кезең (амбулаториялық)

(этап - для реабилитации больных других профилей второй этап (стационарный), третьей этап (амбулаторный))

12) Білімі _____

Образование

13) Кәсібі (мамандығы) _____

Профессия (специальность)_____

14) Оңалту-сараптамалық қорытынды:

Реабилитационно-экспертное заключение:

15) басқа бейіндер үшін оңалту болжамы (қолайлы, тиісінше қолайлы, күмәнді, қолайсыз (асты сызылсын);

(для других профилей реабилитационный прогноз (благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный (подчеркнуть));

оңалту әлеуеті: жоғары, қанағаттанарлық, төмен, оңалту әлеуетінің болмауы (асты сызылсын) ;

(реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствие реабилитационного потенциала (подчеркнуть));

16) оңалту болжамы және оңалту әлеуеті аурулар (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травмотологиялық және ортопедиялық бейіндер) үшін халықаралық критерийлерге сәйкес

(для больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей) реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями).

№	**Бейіндер Профили**	**Оңалтуға дейін До реабилитации**	**Оңалтудан кейін После реабилитации**	**Нәтижелерді бағалау Оценка результатов**
1.	Неврология, нейрохирургия Неврология, нейрохирургия			
2.	Кардиология, кардиохирургия Кардиология, кардиохирургия			
3.	Травмотология, ортопедия Травмотология, ортопедия			

17) Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар*

Мероприятия по медицинской реабилитации*

р/с	**Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар мен қызметтер Мероприятия и услуги по медицинской реабилитации**	**Медициналық оңалту мерзімдері Сроки медицинской реабилитации**	**Орындалғаны туралы белгі (+, -) Отметка об исполнении (+ ,-)**	**Орындамау себебінің Негіздемесі Обоснование причины не выполнения**
		Медициналық оңалту күні, ұзақтығы, жүргізген ұйым (көрсетілсін) Дата, длительность, организация		

		проведения медицинской реабилитации (указать)		
1.	Дәрі-дәрмекті терапия Медикаментозная терапия физикалық оңалту Физическая реабилитация Физиотерапия Физиотерапия Психотүзету Психокоррекция Эрготерапия Эрготерапия Әлеуметтік қызметкер консультациясы Консультация социального работника Пациентті оқыту Обучение пациента			
2.	Реконструктивті хирургия Реконструктивная хирургия			
3.	Қосымша қызметтер (енгізу керек) Дополнительные услуги (вписать)			

Ескертпе: * - мультидисциплинарлық команданың бейіні бар маманы толтырады

Примечание: * - заполняет профильный специалист мультидисциплинарной команды

18) Медициналық-әлеуметтік оңалту бойынша ұсыным*

Рекомендации по медико-социальной реабилитации*

Іс-шаралар, қызметтер, техникалық құралдар Мероприятия, услуги, технические средства	**Өткізу мерзімдері (іске асыратын ай және жыл) Сроки проведения (месяц и год реализации)**	**Пациент мұқтаж ететін нақты түрлері Конкретные виды, в которых нуждается пациент**
Протездеу және ортездеу Протезирование и ортезирование		
Медициналық оңалтудың техникалық құралдарымен қамтамасыз ету Обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации		
Санаторлық емдеу (бейіні көрсетілсін) Санаторное лечение (указать профиль)		
Пациентті үй жағдайларында оңалту әдістеріне оқыту Обучение пациента методам реабилитации в домашних условиях		
Басқалары Другие		

Ескертпе:* - мультидисциплинарлық команданың бейіні бар маманы/медициналық реабилитолог толтырады

Примечание:* - заполняет профильный специалист/медицинский реабилитолог мультидисциплинарной команды

19) Медициналық оңалту нәтижелерін бағалау (кажетінің асты сызылсын):

(Оценка результатов медицинской реабилитации (нужное подчеркнуть)):

20) бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара), бұзылған функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), алынған нәтижелердің негізінде оң нәтиженің болмауы (восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата) на основании полученных результатов

Күні 20 __ жылғы "____"_____

Дата

МДТ басшысының электрондық цифрлық қолтаңбасымен (бұдан әрі ЭЦҚ) куәландырылды _____
_____

Удостоверено электронная цифровая подпись (далее ЭЦП) руководителем МДК (Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии))_____

_____

или дәрігерлік-консультациялық комиссия төрағасының ЭЦҚ-сымен куәландырылды

_____

Удостоверено ЭЦП председателя врачебно-консультационная комиссия

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде)
/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

21) ОЖБ медициналық бөлігін іске асырудың нәтижелерін бағалау (асты сызылсын):

бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара),

бұзылған функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), оң нәтиженің болмауы

(Оценка результатов реализации медицинской части индивидуальная программа реабилитации (ИПР) (подчеркнуть):

восстановление нарушенных функций (полное или частичное),

компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата).

Медициналық-әлеуметтік сараптама (МӘС) бөлім басшысының ЭЦҚ-сымен куәландырылды

_____

Удостоверено ЭЦП руководителя отдела Медико-социальная экспертиза (МСЭ)

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде)
/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Ескертпе. ОЖБ медициналық бөлігі электрондық түрде толтырылады.

ОЖБ медициналық бөлігін электрондық түрде толтыру кезінде автоматтандырылған режимде ақпараттық жүйеде қалыптастырылатын бірегей нөмір беріледі.

Примечание. Медицинская часть ИПР заполняется в электронном виде.

Медицинской части ИПР присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 089/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 089/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Өмірінде бірінші рет белсенді туберкулез, көбінесе жыныстық жолмен жұғатын инфекция, трихофития, микроспория, фавус, қышыма, трахома, психикалық ауру диагнозы қойылған науқас туралы
ХАБАРЛАМА
ИЗВЕЩЕНИЕ
о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, инфекций, передающихся преимущественно половым путем, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____ Жұмыс орны (Место работы) _____ лауазымы (должность)

_____

2. Жынысы (Пол) _____ 3. Туған күні (Дата

рождения) _____

4. Отбасы жағдайы: үйленген (үйленбеген), бойдақ (тұрмысқа шықпаған),

ажырасқан, жесір (Семейное положение: (женат, (замужем), холост (не

замужем), разведен (а), вдовец (вдова)) _____

5. Қаралу күні (Дата обращения) _____

жылы, айы, күні (год, месяц, число)

6. Диагнозды қойған күні (Дата установления диагноза) _____

7. Науқастың мекенжайы: елді мекен (Адрес больного: населенный пункт)

_____

аудан (район) _____ көше (улица) _____ үй № (дом) __

_____ пәт. № (кв. №) _____

8. Қала тұрғыны, ауыл тұрғыны (жазыңыз) (Городской житель, сельский житель (вписать)) _____

_____

9. Толық диагнозы* (Полный диагноз*) _____

_____

10. Болжамды жұқтыру ошағы (Предпологаемый источник заражения)

_____

Жыныстық қатынас: (половой контакт) _____ тұрмыстық қатынас (бытовой контакт) _____

11. Диагноз зертханалық зерттеумен расталды ма, рентген нәтижелері, туберкулез науқастарында БК болуы (Подтвержден ли диагноз лабораторным исследованием, данными рентгена, для туберкулезныхбольных указать наличие БК) _____

_____

_____

12. Аурудың анықталуы: қаралу кезінде, профтексеру кезінде, стационарда тексеру кезінде (астын сызыңыз, жетпегенін жазыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении, при профилактическом осмотре, при обследовании в стационаре (подчеркнуть, вписать недостающее)

_____

_____

_____

_____

13. Қатынаста болған адамдар туралы деректер (Данные о контактных лицах)

Р/с № п/п	ТӘА (ФИО)	Туған күні (Дата рождения)	Ауруға қатысы (Отношение к больному)	Мекен-жайы (Адрес)	Шақырту күні (Дата вызова)	Зерттеп білуге келген күні (Дата привлечения к обследованию)	Диагнозы

Дәрігер (Врач) _____

ТАӘ (ФИО)

Қолы (Подпись врача) _____

№ 089/е н. артқы беті

Оборот ф. № 089/у

*Хабарлама келесі аурулардың түрлеріне толтырылады:

(*Извещение составляется на следующие формы заболеваний):

1. Алғашқы туберкулез инфекциясы (Первичная туберкулезная инфекция)

_____

2. Өкпе туберкулезі (Туберкулез легких) _____

3. Тыныс органдары туберкулезінің басқа формалары (Другие формы туберкулеза органов дыхания) _____

_____

4. Ми қабықтары мен орталық нерв жүйелерінің туберкулезі (Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы) _____

5. Ішек, іш перде, шарбы бездері туберкулезі (Туберкулез кишечника, брюшины и брызжеечных желез) _____

6. Сүйек және буын туберкулезі (Туберкулез костей и суставов) _____

_____

7. Несеп-жыныс ағзалары туберкулезі (Туберкулез мочеполовых органов)

_____

8. Басқа органдар туберкулезі (Туберкулез других органов) _____

9. Милиарді туберкулез (Милиарный туберкулез) _____

10. Мерез- барлық нысандары (Сифилис-все формы) _____

11. Гонококкты инфекция (Гонококковая инфекция) _____

12. Урогенитальды хламидий инфекциясы (Урогенитальная хламидийная инфекция) _____

13. Трихомоноз _____

14. Анықталмаған ЖЖЖА (БППП неуточненные) _____

15. Трихофития, орналасуы (Трихофития с указанием локализации) _____

_____

16. Микроспория: а) бастың шашты бөлігінде (волосистой части головы)

_____

б) тырнақ (ногтей) _____ в) тері (гладкой кожи)

_____

17. Фавус _____

18. Қышыма (Чесотка) _____

19. I,II,III Трахома (Трахома I, II, III) _____

20. Психиканың бұзылуы (Психические расстройства) _____

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 090/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы
МӘЛІМДЕМЕ
ИЗВЕЩЕНИЕ
о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования

МТН

(РМН)

Мәлімдеме (Извещение направлено в) _____

_____жолданды

ұйымның аты мен пошталық мекенжайын көрсетіңіз (указать название организации и почтовый адрес)

01. Тегі (Фамилия) _____Аты (Имя) _____

Әкесінің аты (Отчество) _____

баспа әріптерімен толтырыңыз (заполнять печатными буквами)

02. Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі _____

(Номер документа, удостоверяющего личность)

сериясы (серия)_____, №_____

03. Туған күні (Дата рождения): /_____/_____/_____кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг)

04. Толық жасы (Возраст полных лет) ____05. Жынысы (Пол): 1 – ер (мужской), 2 – әйел (женский)

06. Ұлты (Национальность) _____

07. Тұрғыны (Житель): 1– қаланың (города), 2 – ауылдың (села).

08. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): _____облыс (область), аудан (район)_____, елді мекен (населенный пункт) _____ көше (улица)_____, № _____үй (дом), №_____ пәтер (квартира), телефон_____

09. Кәсібі (Профессия): _____

10. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): 1-қызметкер (служащий); 2-жұмысшы (рабочий); 3-ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства); 4-зейнеткер (пенсионер); 5-оқушы (учащийся); 6-үй шаруасындағы әйел (домохозяйка); 7-жеке шаруамен айналысатын адам (лицо, занятое индивидуальным трудом); 8-табынушы (служитель культа); 9-жұмыссыз (безработный); 10-басқа (иное).

11. Алғашқы қаралған күні (Дата первичного обращения):

/____/____/_____кк/аа/жжжж(чч/мм/гггг)

12. Диагнозы қойылған күн (Дата установления диагноза): /____/____/____кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг)

13. Қатерлі ісіктің анықталу жағдайлары (Обстоятельства выявления опухоли): 1-өздігінен қаралды (обратился самостоятельно); 2-әйелдерді (ерлерді) қарау бөлмесінде (в женском (мужском) смотровом кабинете); 3-профилактикалық қараудың басқа түрлерінде (при других видах профосмотров); 4-басқа жағдайларда (при других обстоятельствах); 5-қайтыс болған соң мәйітті ашпай (посмертно без вскрытия); 6-қайтыс болған соң мәйітті ашып көргенде (посмертно после вскрытия).

14. Қатерлі ісік процесінің кезеңі (Стадия опухолевого процесса): 0-in situ; 1 – I; 2- II; 3- III; 4- IV; 5 – анықталмады (сатысы анықталмайтын орналасуларда) (не установлена (при локализациях, не подлежащих стадированию)).

15. Диагнозы (кезеңі мен TNM бойынша таралу дәрежесі) (стадия и степень распространенности по TNM):

_____

_____

_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

16. Диагнозды растау әдісі (Метод подтверждения диагноза) (тек бір негізгі әдістің астын сызыңыз (подчеркнуть только один основной метод): 1- морфологиялық (морфологический); 2-цитологиялық (цитологический); 3-рентгенологиялық (рентгенологический); 4-изотоптық (изотопный); 5-эндоскопиялық (эндоскопический); 6 - ультрадыбысты зерттеу - болған жағдайда (бұдан әрі – УДЗ) (ультразвуковое исследование – при наличии (далее - УЗИ); 7- компьютерлік томография - болған жағдайда (бұдан әрі – КТ) (комьютерная томография – при наличии (далее - КТ); 8-тек клиникалық (только клинический); 9-мәйітті ашып көру (вскрытие); 11-миелограмма; 12-иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование); 13-иммуналогиялық (иммунологический); 14-цитогенетика (цитогенетика); 15–цитохимия (цитохимия); 16-қандағы/несептегі М-градиент (М-градиент в крови/моче); 17-көпше миеломедегі Lg (Lg пр множественной миеломе);

18–Лабораторлық диагностика (Онкомаркерлер) (Лабораторная диагностика (Онкомаркеры);

19–ПЭТ-КТ;

17. Мәлімдеме толтырылды (Извещение заполнено в): 1 - фельдшерлік пункттерде, фельдшерлік-акушерлік пункттерде - болған жағдайда (бұдан әрі – ФП, ФАП) (фельдшерском пункте, фельдшерско-акушерском пункте – при наличии (далее - ФП, ФАП); 2 - ауылдық дәрігерлік амбулаторияда - болған жағдайда (бұдан әрі – АДА) (сельской врачебной амбулатории – при наличии (далее - СВА); 3 - консультациялық-диагностикалық емханада - болған жағдайда (бұдан әрі – КДЕ) (консультативно-диагностической поликлинике – при наличии (далее КДП); 4 - ауылдық учаскелік ауруханада, ауылдық ауруханада - болған жағдайда (бұдан әрі – АУА, АА) (сельской участковой больнице, сельской больнице – при наличии (далее – СУБ, СБ); 5 - орталық аудандық ауруханада - болған жағдайда (бұдан әрі – ОАА) (центральной районной больнице – при наличии (далее - ЦРБ); 6 - облыстық ауруханада (областной больнице); 7 - қалалық ауруханада (городской больнице); 8 -онкодиспансерде (онкодиспансере); 9 - онкоинститутта (онкоинституте); 10 - басқа емдеу ұйымдарында (других лечебных организациях).

18. Науқас қайда жіберілді (Куда направлен больной): 1-онкодиспансер; 2- онкоинститут; 3- басқа мамандандырылмаған стационар (другой неспециализированный стационар); 4- үйіне (домой)

19. Мәлімдеме толтырған күн (Дата заполнения извещения):/____/____/____ кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг)

20. Мәлімдемені толтырған дәрігердің ТАӘ қолы мен жеке мөрі (ФИО подпись и личная печать врача, заполнившего извещение) _____

_____

_____

баспа әріптерімен толтырыңыз (заполнять печатными буквами)

МӘЛІМДЕМЕНІ ТОЛТЫРУ ТУРАЛЫ НҰСҚАУЛЫҚ

1. Мәлімдеме толтырылғаннан кейін үш күндік мерзімде осы аумаққа қызмет көрсететін онкологиялық ұйымға жіберіледі.

2. Мәлімдемені жалпы және арнаулы емдеу жүйесінің барлық дәрігерлері қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінше рет қойылған науқастарға, оның ішінде мақсатты және кезекті профтексерулер, медициналық куәландыру, стационарда тексеру, операция үстінде, мәйітті ашу және басқа кездерде анықталғанда толтырады.

3. Мәлімдемеге код тағайындау тек онкологиялық ұйымдарда жүргізіледі. Сәйкес келетін квадраттарда сан тұрған пункттерді толтыру кезінде қажетті белгі төмендегідей жолмен белгіленеді. ___

мысалы: науқас ер адам болса, жынысы |_1_|

4. Обырға күмәнді (1-а клин. топ) және ісік алды (1-б клиникалық топ) аурулары бар науқастарға мәлімдеме толтырылмайды.

5. Мәлімдеменің барлық тармақтары анық толтырылуы тиіс. Жазбалар мәліметтерге код тағайындауға арналған квадраттардың үстіне жазылмауы керек.

6. 1, 5, 8, 9 және 11-тармақтары алғашқы беттегі ескертпелерге сай толтырылады.

7. "Қаралған күні" жолында науқастың осы ауруы салдарынан қаралған күні, айы, жылы қандай емдеу ұйымына қаралғанына қарамастан көрсетіледі.

8. 4-тармақта науқастың еңбек ғұмырының негізгі бөлігін арнаған кәсібі көрсетіледі. Егер науқас нысанды толтыру кезінде зейнет демалысында болса, онда оның бұрын кім болып жұмыс істегені көрсетіледі.

9. 6 және 7-тармақтарда науқастың тұрақты (уақытша емес) мекенжайы көрсетіледі.

10. Ісіктің таралу дәрежесі бойынша арнайы емделуге тиісті науқастар, емделуден бас тартуына немесе жалпы қарсы көрсетімдердің болуына қарамастан II - клиникалық топқа жатқызылады. IV – клиникалық топқа аурудың асқынған формалары бар, арнайы емдеу мүмкіндіктері таусылған науқастар жатады.

11. 11-тармақта науқасқа диагноз қоюда көмегі тиген әр зерттеу әдістерінің асты сызылуы тиіс.

12. 12-тармақта науқас қосымша тексерілуге немесе емделуге жолданған медициналық ұйым көрсетіледі. Мәлімдемелерде II-клиникалық топ науқастарының емдеуге жатқызылуға жатпау себебі көрсетіледі (жалпы қарсы көрсетімдерінің болуы, емдеуден бас тартуы және т.б.).

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ИЗВЕЩЕНИЯ.

1. Извещение высылается в трехдневный срок после его заполнения в онкологическую организацию, обслуживающую население данной территории.

2. Извещение составляется всеми врачами общей и специальной лечебной сети на больных с

впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования, в т.ч. больных, выявленных при целевых периодических профосмотрах, медицинском освидетельствовании, при обследовании в стационаре, во время операции, на вскрытии и т.д.

3. Кодирование извещений производится только в онкологических организациях. При заполнении пунктов в соответствующих квадратах которых стоит цифра, нужный признак

___

отмечается знаком, например: пол|_1_|, если больной мужчина.

4. На больных с заболеваниями, подозрительными на рак (клиническая группа I-а) и с предопухолевыми заболеваниями (клиническая группа I-б) извещения не составляются.

5. В извещениях следует разборчиво заполнить все пункты. Записи не должны перекрывать квадраты, предназначенные для кодирования сведений.

6. П. п. 1, 5, 8, 9 и 11 заполняются в соответствии с примечанием на лицевой стороне.

7. В строке "дата обращения" указывается число, месяц и год, когда больной впервые обратился по поводу данного заболевания, независимо от того, в какой лечебной организации он был обследован.

8. В п. 4 указывается основная профессия, которой больной отдал большую часть своей трудовой жизни. Если больной к моменту заполнения находится на пенсии, следует указывать кем он работал раньше.

9. В пп. 6 и 7 отмечается адрес постоянного, (а не временного) места жительства

больного.

10. Ко II клин. группе относятся больные, которые по степени распространения опухоли подлежат специальному лечению, независимо от того, отказываются ли они от него или имеют общие противопоказания. К IV клин. группе относятся больные с далеко зашедшими формами заболевания, у которых специальное лечение уже невозможно.

11. В п. II следует подчеркнуть каждый из перечисленных методов исследования, с помощью которых у больного был установлен диагноз.

12. В п. 12 указывается лечебная организация, в которую больной направлен для дообследования или лечения. В извещениях на не госпитализируемых больных II клин. группы указывается соответствующая причина (наличие общих противопоказаний, отказ от лечения и др.).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 090-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 090-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой 090-1/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Ағзалар (ағзалардың бөліктері) реципиенті туралы хабарлама
Извещение
о реципиенте органа (части органа)

Медициналық тіркеу нөмірі (МТН)

Регистрационный медицинский номер (РМН)

Мәлімдеме (Извещение направлено в) _____

_____)(облыстар, Астана және Алматы ққ.Денсаулық сақтау басқармаларының атауларын көрсету)

(указать наименование Управления здравоохранения области, гг. Астаны и Алматы

1) Тегі/Фамилия _____Аты/Имя_____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

баспа әріптерімен толтырыңыз (заполнять печатными буквами)

2) Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі _____

(Номер документа, удостоверяющего личность)

сериясы (серия)_____, №_____

3) Туған күні (Дата рождения): /_____/_____/_____кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг)

4) Толық жасы (Возраст полных лет) ____05. Жынысы (Пол): 1 – ер (мужской), 2 – әйел(женский)

6) Ұлты (Национальность) _____

7) Тұрғыны (Житель): 1– қаланың (города), 2 – ауылдың (села).

8) Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): _____облысы

(область), ауданы (район)_____, елді мекен (населенный пункт)

_____ көше (улица)_____, № _____үй (дом), №_____

пәтер (квартира), телефон_____

9) Кәсібі (Профессия): _____

10) Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): 1-қызметкер (служащий); 2-жұмысшы

(рабочий); 3-ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства); 4-зейнеткер

(пенсионер); 5-оқушы (учащийся); 6-үй шаруасындағы әйел (домохозяйка); 7-жеке

шаруамен айналысатын адам (лицо, занятое индивидуальным трудом); 8-табынушы (служитель культа); 9-жұмыссыз (безработный); 10-басқа (иное).

11) Ағзаны (ағза бөлігін) трансплантау жасалған күні) (Дата выполнения трансплантации органа (части органа):: /____/____/_____кк/аа/жжжж(чч/мм/гггг)

12) Диагнозы қойылған күн (Шығарылған күні): (Дата выписки):/____/____/____кк/аа/жжжж

(чч/мм/гггг)

13) Диагнозы:_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

14) Мәлімдеме толтырылды (Извещение заполнено в): _____(наименование центра трансплантации, адрес, телефон заведующего отделением трансплантологии).

15) Науқас қайда жіберілді (Куда направлен больной): _____(наименование первичной медико-санитарной помощи по месту прикрепления, адрес) (далее ПМСП)

16) (Дата заполнения извещения):/____/____/____ кк/аа/жжжж

(чч/мм/гггг). 17 М.П. Центра трансплантации.

18) Мәлімдемені толтырған дәрігердің ТАӘ (болған жағдайда) қолы мен жеке мөрі (ФИО, (при его наличии)

подпись заведующего отделением трансплантологии или лица, его заменяющего, ФИО (при его наличии)и подпись лечащего врача, заполнившего извещение) _____
М.П. (болған жағдайда/при его наличии)

Инструкция по заполнению извещения.

1) Извещение высылается в трехдневный срок после его заполнения в Управление здравоохранения области, гг. Астаны и Алматы, где проживает реципиент органа (части органа).

2) Далее главный специалист Управления здравоохранения, в течении 1 рабочего дня, отправляет извещение в организацию ПМСП по месту прикрепления пациента.

3) Извещение составляется лечащим врачом – трансплантологом центра трансплантации и заверяется печатью центра.

4) п.п.1-6 заполняются в соответствии с документом, удостоверяющем личность.

5) п.11 проставляется дата проведения трансплантации органа (части органа).

6) п.12 проставляется дата выписки из Центра трансплантации.

7) п.13 указывается диагноз в соответствии с кодом международной классификации болезней (далее МКБ-10).

8) п.14 указывается полное наименование Центра трансплантации, адрес и телефон заведующего отделением трансплантологии.

9) п.15 указывается полное наименование организации ПМСП и адрес.

10) п.16 проставляется дата заполнения извещения.

11) п.17 ставиться печать Центра трансплантации.

12) п.18 указывается полностью ФИО, подпись заведующего отделением трансплантологии или лица, его заменяющего, ФИО и подпись лечащего врача, заполнившего извещение.

Мәлімдеме толтыру бойынша нұсқау.

1) Мәлімдеме ағза (ағза бөлігінің) реципиентінің тұратын орны бойынша, облыстар, Астана мен Алматы ққ. Денсаулық сақтау басқармаларында толтырылғаннан кейін үш күндік мерзімде жіберіледі.

2) Әрі қарай Денсаулық сақтау басқармасының бас маманы, 1 жұмыс күн ішінде пациенттің тіркелген орны бойынша МСАК ұйымына мәлімдеме жібереді.

3) Мәлімдеме емдеуші дәрігермен – трансплантаттау орталығының трансплантологымен толтырылады және орталықтың мөрімен расталады.

4) 1-6 т.т. тиісті құжат, жеке куәлікпен толтырылады.

5) 11 т.ағзаны (ағза бөлігін) трансплантау жасалатын күні қойылады.

6) 12 т.трансплантау орталығыныңшыққан күні қойылады.

7) 13 т. аурулардың халықаралық жіктемесі диагноз кодына сәйкес көрсетіледі (бұдан әрі АХЖ-10)

8) 14 т. Трансплантау орталығының толық атауы, мекенжайы және трансплантология бөлімшесі меңгерушісінің телефоны көрсетіледі.

9) 15 т. МСАК ұйымының толық атауы және мекенжайы көрсетіледі.

10) 16 т. Мәлімдемені толтыру күні көрсетіледі.

11) 17 т. Трансплантау орталығынң мөрі қойылады.

12) 18 т. Мәлімдемені толтырған Трансплантология бөлімшесі меңгерушісінің толық ТАӘ(болған жағдайда) немесе оның ауыстыратын тұлғаның толық ТАӘ(болған жағдайда) көрсетіледі.

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойыша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 091/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Өмірінде алғаш рет нашақорлық диагнозы анықталған науқас туралы
ХАБАРЛАМА-ҚАҒАЗ
ИЗВЕЩЕНИЕ
о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании (F

)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойыша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Спорттық ауыр жарақат туралы
ХАБАРЛАМА
ИЗВЕЩЕНИЕ
о тяжелой спортивной травме

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 093/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 093/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 093/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 093-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 093-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ГБО СЕАНСТАРЫН ТІРКЕУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ СЕАНСОВ ГБО

Сеанстың күні мен нөмірі Дата и номер сеанса	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Жіберген бөлімшенің (ұйымның) аты Название направившего отделения (организации)	Ауру тарихының, картаның № № карты, истории болезни	Диагнозы	Компрессия	
					жылдамдығы скорость атм/мин	уақыты время
1	2	3	4	5	6	7

Журналдың оң жағы (Правая сторона журнала)

Изопрессия		Декомпрессия				Сеанс жүргізген	

қысым давление кг./см^2	уақыты, мин. время, мин.	жылдамдығы скорость атм/мин	уақыт время	Сеанстың жалпы уақыты Общее время сеанса (мин.)	Асқынулар Осложнения	адамның қолы Подпись проводившего сеанс	Ескертпе Примечание
8	9	10	11	12	13	14	15

Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы
АНЫҚТАМАҒА ТЕКСЕРУ ТАЛОНЫ
№ _____
КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ
о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя
Берілді 20__ жылғы (года) "__" _____ (выдана)
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____
_____
Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____
Жұмыс орны (Место работы) _____
Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы
(наименование предприятия, организации, хозяйства)
_____
Диагноз _____
Қорытынды диагнозы (Заключительный диагноз) _____
_____
Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға) (Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)
Жұмыстан босатылды (Освобожден от работы)
(с) _____ 20__ жылдан (года) бастап
(по) _____ 20__ жылға (год) дейін
Анықтама берген дәрігердің тегі (Фамилия врача, выдавшего справку)
_____
Жұмыстан босатылды (Освобожден от работы)
қай күнен бастап (с какого числа) _____ 20__ жылдан (года)
қай күнмен бітеді (по какое число включительно) _____ 20__ жылға (года)
Дәрігердің лауазымы мен тегі (Должность и фамилия врача) _____
_____ Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____
Жұмысқа кірісуі (Приступить к работе) _____ 20__ ж.(г).
күні мен айы жазбаша (прописью число и месяц)

Дәрігердің лауазымы, тегі және қолы (Должность, фамилия и подпись врача)
_____

емдеу ұйымының мөрі
(печать лечебной организации)

Жаңа анықтама берілді (Выдана новая справка) № _____
жалғасы (продолжение)

продолжение

Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы
АНЫҚТАМА
№ _____
СПРАВКА
о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя
Берілді 20__ жылғы (года) "__" _____(выдана)
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____
_____
_
Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____
Жұмыс орны (Место работы) _____
_
Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы
(наименование предприятия, организации, хозяйства)
_____
_
Диагноз _____
_
Қорытынды диагнозы (Заключительный диагноз) _____
_____
_
Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға)
(Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)
Режимі (Режим) _____ МӘС-ға (ДЕС) жолданады (направлен на МСЭ (ВТЭ)

_____ 20__ жылға (года)
Стационарда болды (Находился в стационаре)
(с) _____ 20 __ жылдан (года) бастап
(по) _____ 20__ жылға (год) дейін
Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____
МӘС-да (ДЕС) куәландырылды (Освидетельствован МСЭ (ВТЭ) ____ 20__ жылғы (года)
МӘС-ның (ДЕСК) ұйғарымы (Заключение МСЭ (ВТЭ) _____
_____
_
Уақытша басқа жұмысқа ауыстырылуы (Перевести временно на другую работу) с) _____
_____ 20 __ жылдан (года) бастап
(по) _____ 20__ жылға (год) дейін
МӘСК (ДЕСК) мөрі
(Печать МСЭ (ВТЭ)
Бас дәрігердің қолы (Подпись главного врача) _____
Төрағаның қолы (Подпись председателя) _____

Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

продолжение

Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

	АНЫҚТАМА СПРАВКА № _____ студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище

АНЫҚТАМАНЫҢ БАҚЫЛАУ ТАЛОНЫ
КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ
№ _____
Берілген күні (Дата выдачи)
_____
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____
_____
Оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы (Наименование учебного заведения, детской дошкольной организации) _____
_____
Ауру диагнозы (Диагноз заболевания)
_____
_____
Босатылды (Освобожден) бастап (с) _____ (по) _____ аралығында
Босатылуы ұзартылды (Освобождение продлено):
бастап (с) _____
(по) _____
аралығында
Анықтаманы берген дәрігердің тегі (Фамилия врача, выдающего справку)
_____
_____
Ескерту (Примечание):
Бақылау талондары берілген анықамаларды есепке алу үшін қажет (Контрольные талоны служат для учета выданных справок).

оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде
болуы және басқа да келмеу себептері туралы
(керегінің астын сызыңыз) (о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию (нужное
подчеркнуть))
Берілген күні (дата выдачи)
"__" _____ 20__ жылғы (года)
Студентке, оқушыға, мектепке дейінгі балалар
ұйымына барушы балаға (керегінің астын сызыңыз) (студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольную организацию (нужное подчеркнуть))
_____
____
оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы (название учебного заведения,
дошкольной организации)
_____
____
_____
____
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____
____
Туған күні (жылы, айы, 1 жасқа дейінгі балалар
үшін - күні) (Дата рождения (год, месяц, для
детей до 1 года-день)) _____
____
_____
____
Ауру диагнозы (келмеуінің басқа себептері) (Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия)) _____
___
_____
___
Жұқпалы аурумен ауырған науқастармен жанасуы
(жоқ, иә, қандай науқастармен)
(Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими)) _____

	___ _____ ___ астын сызыңыз, жазыңыз (подчеркнуть, вписать) _____ ___ сабақтан, мектепке дейінгі балалар ұйымына барудан босатылды (освобожден от занятий, посещений детской дошкольной организации) _____ ____ бастап (с) _____ (по) _____ аралығында бастап (с) _____ (по) _____ аралығында Емхана М.О. М.П. Дәрігердің қолы (Подпись врача) поликлиники

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095/1 е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Сноска. Приложение дополнено Формой 095-2/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**	**А5 форматы Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы

здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 095-2/е нысанды медициналық құжаттама	здравоохранения Республики Казахстан	№ 907 бұйрығымен бекітілген № 095-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Анықтаманың бақылау талоны Контрольный талон к справке №_____ Берілген күні (Дата выдачи)_____ _____ Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)____	**Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы № __ анықтама Справка №_____ о временной нетрудоспособности Босату себептері: 1. инвазиялық әдіс өткізу, 2. ортопедиялық протезді стационарлық жағдайда өткізу, 3. санаторийлық-курорттық ұйымдарда емді аяқтау, 4. ұлды (қызды) асырап алу, 5. сырқаттанған туысқа күтім жасау бойынша, 6. карантиндық, 7. ауысымның соңына дейін еңбекке жарамсыздық белгілері болған кезде (кәсіпорындардың және ұйымдардың медициналық пунктерінің медицина қызметкерлері береді) (керегінің астын сызыңыз) Причины освобождения: 1. проведение инвазивных методов обследования, 2. ортопедическое протезирование в стационарных условиях, 3. долечивание в санаторно-курортных организациях, 4. усыновление (удочерение) новорожденного ребенка (детей), 5. по уходу за больным родственником, 6. карантин, 7. наличие признаков нетрудоспособности до конца смены (выдается медицинскими работниками медицинских пунктов предприятий и организаций) (нужное подчеркнуть) Берілген күні (Дата выдачи) 20____жылғы (года) "____" _____. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____ _____ ЖСН/ИИН_____ Туған күні (Дата рождения) _____ ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ Науқастың мекенжайы (Адрес больного): облысы (область) _____ елді мекен (населенный пункт) _____ Ауданы (район) _____ көшесі (орамы) (улица _____ _____ үй № (дом №) ____ корпус _____пәтер (квартира) № ____ Қызмет, жұмыс орны (Место службы, работы)_____ _____ _____ Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____ Ауру диагнозы (босату басқа себептері) (Диагноз заболевания (прочие причины освобождения))_____ _____ _____ Жұқпалы аурумен ауырған науқастармен жанасуы (жоқ, иә, қандай науқастармен)**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
ЖСН/ИИН_____
_____
_____
Туған күні (Дата рождения) ____
Қызмет, жұмыс орны (Место службы , работы)_____
_____
_____
_
_____
_____
_____
_____
_____
___
Ауру диагнозы (босату басқа себептері) (Диагноз заболевания (прочие причины освобождения))_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Босатылды (Освобожден) бастап (с)__
_____
(по)_____
_____

(Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими))_____

_____

астын сызыңыз, жазыңыз (подчеркнуть, вписать)

_____

Жұмыстан босатылуы (освобождение от работы)

қай күннен бастап с какого числа	қай күн аралығында по какое число (включительно)	дәрігердің лауазымы мен тегі должность и фамилия врача	дәрігердің қолы подпись врача	Дәрігерлік консультациялық комиссия (ДКК) төрағасының қолы подпись председателя врачебно-консультационной комиссии (ВКК)

_____

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша
(число, месяц, год) (число, месяц прописью)

_____

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша
(число, месяц, год) (число, месяц прописью)

_____

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша
(число, месяц, год) (число, месяц прописью)

Жұмысқа кірісуі (Приступить к работе) (с) 20____жылғы (года) _____ бастап

аралығында
Босатылуы ұзартылды (Освобождение продлено): бастап (с)_____ _____ (по)_____ _____ аралығында
Анықтаманы берген дәрігердің тегі (Фамилия врача, выдающего справку)_____ _____ _____ _____ _____
Ескерту (Примечание):

Бақылау талондары берілген анықтамаларды есепке алу үшін қажет (Контрольные талоны служат для учета выданных справок).

Ұйымның мөр

	Печать организации (болған жағдайда /при наличии/

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 099/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 099-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау	

Министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 099-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын пайдалану туралы тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета использования канала телекоммуникаций телемедицинским центром

Р/с №№ п/п	Мерзімі Дата	Басталау уақыты ____ сағ.____ мин. Время начала сеанса ____ час. ____ мин.	Аяқталу уақыты ____ сағ ____ мин. Время окончания сеанса ___ час. _____ мин.	Жалпы ұзақтығы, мин Общая продолжитель- ность в мин.
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

	Байланыс сеансының түры		

Байланыс сеансының түры Вид сеанса связи	Цель сеанса связи	Сеанс нәтижесі Результат сеанса	Жауапты қызметкердің ТАӘ ФИО ответственного лица
6	7	8	9

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Аудандық телемедицина орталығының қызметі туралы
ЕСЕБІ
ОТЧЕТ
о деятельности районного телемедицинского центра
20__ жылғы (года) "__" _____

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-5/е нысаңды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 099-5/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы (Наименование организации)	Медицинская документация Форма № 100/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сот-психиатриялық сараптаманың
қорытындысы
№_____
Заключение
судебно-психиатрической экспертизы
20____ жылғы (года) "____" _____

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Комиссия өткізілу орны (место комиссионного

осмотра)_____

Сот-психиатриялық сараптаманың өндірісінің мерзімі (срок производства

судебно-психиатрической экспертизы): 20__ жылғы (года) "___" _____

20___ жылғы (года) "___" _____ дейін.

Сот-психиатриялық сараптамаға жататын адам (лицо, подлежащее

судебно-психиатрической экспертизе)

_____

аты, тегі, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

туған жылы/год рождения _____

бап бойынша айыпталушының (обвиняемого по статье)_____

немесе мәселені шешуге қатысты куә, жәбірленуші, жауапкер адамның,

адамның әрекеттке қабілеттілігін анықтау (астын сызу керек) (или

являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком; лицом, в

отношении которого решается вопрос о дееспособности (подчеркнуть)).

Сот-психиатриялық сараптаманың өндірісінің негіздері (основания для

производства судебно-психиатрической

экспертизы)_____

_____

Сот-психиатриялық сараптама өндірісі туралы қаулы (анықтама) шығарған

орган (лауазымды тұлға) (орган (должностное лицо) вынесшее

постановление (определение) о производстве судебно-психиатрической

экспертизе

_____

орган, ТАӘ, атқаратын қызметі, шығарған күні (орган, ФИО,

занимаемая должность, дата вынесения)

Бастапқы, қайталанған, қосымша сараптама. Соңғы екі жағдайда

сараптама, сарапшылардың қорытындылары қашан, кім жүргізгендігі көрсетіледі (Экспертиза первичная, повторная, дополнительная. В двух последних случаях указывается когда, кем проводились экспертизы, заключение экспертов)

_____

_____

_____

Сарапшылардың алдына қойылған мәселелер (вопросы, поставленные перед экспертами):

1._____

2._____

3._____

Сот-психиатриялық сараптаманы өткізген комиссия құрамы (судебно-психиатрическую экспертизу провела комиссия в составе):

Жетекші сарапшы (ведущий эксперт):	_____ тегі,аты, әкесінің аты, білімі, сарапшылық мамандығы, мамандығы бойынша жұмыс _____ өтілі, ғылыми дәрежесі және ғылыми атағы, лауазымы; (фамилия, имя, отчество, _____ образование, экспертная специальность, стаж работы по специальности, ученая _____ степень и ученое звание, занимаемая должность)
Комиссия мүшелері	_____ тегі, аты, әкесінің аты, білімі, сарапшылық мамандығы, мамандығы бойынша жұмыс _____ өтілі, ғылыми дәрежесі және ғылыми атағы,

(члены комиссии):	лауазымы; (фамилия, имя, отчество, _____ образование, экспертная специальность, стаж работы по специальности, ученая _____ степень и ученое звание, занимаемая должность)

Қазақстан Республикасының Қылмыстық кодексінің 352-бабы бойынша сарапшылар жалған қорытынды бергендігі немесе одан бас тартқандығы үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылатыны туралы ескертілді (Об уголовной ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье 352 Уголовного кодекса Республики Казахстан эксперты предупреждены).

_____

қол қою (роспись)

Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы беттерде баяндалады (заключение судебно-психиатрической экспертизы излагаются на следующих страницах)_____.

Сот-психиатриялық сарапшылық зерттеу кезінде қолданылған әдістемелер (использованные методики при судебно-психиатрическом экспертном исследовании)_____ _____

_____

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 101/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 101/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сотталған адамды психиатриялық куәландыру қорытындысы
№ _____
Заключение психиатрического освидетельствования осужденного

_____

Сыналушы (на испытуемого) _____

Туған жылы (год рождения) _____ (осужденного по статье) _____

_____ бабы бойынша сотталған

Мерзімі (на срок) _____

Жазалану мерзімінің басталуы (Срок наказания исчисляется с)

_____

Сотталған адамды психиатриялық куәландыруды құрамы мынадай

сот-психиатриялық комиссиясы стационарлық, амбулаториялық (астын

сызыңыз) жағдайда өткізді (Психиатрическое освидетельствование

осужденного произвела судебно-психиатрическая комиссия в

амбулаторных, стационарных (подчеркнуть) условиях в составе):

Төраға (председателя) _____

Комиссия мүшелері (членов комиссии) _____

_____

Баяндаушы-дәрігер (врача-докладчика) _____

Қаулы негізінде (на основании постановления) _____

_____ (от) 20__ жылғы (года) _____ күні

Төменде көрсетілген сарапшының құқығы мен міндеті (Права и

обязанности эксперта, предусмотренные от) _____

ҚК (УК) _____

қорытынды шығарудан бас тартуы немесе біле тұра жалған қорытынды

шығарғаны үшін жүктелетін жауапкершілік туралы (об ответственности за

отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье. _____

ҚК(УК) _____ бабы бойынша сарапшыларға ескертілді

(эксперты предупреждены) "Қорытындының" қалған бөлімдері келесі

(Остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих) _____

беттерде жазылады (листах).

*Бұрынғы өмірі туралы деректер (құқық бұзу кезеңін қоса), сырқатының дамуы, егер ондай болса; физикалық, неврологиялық, психикалық жағдайлары және зертханалық зерттеулер деректерін жазу; диагнозы мен сарапшылық ұйғарым қорытынды бөлімде негізделеді және көрсетіледі.

(*Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения), развития заболевания, если таковое имеется: описание физического, неврологического, психического состояния и данные лабораторных исследований; заключительная часть, в которой указывается и обосновывается диагноз и экспертное заключение)

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды_____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 103/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 103/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ИКСИ ЭКҰ ШАРАСЫН ӨТКІЗУ ХАТТАМАСЫ
ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ЭКО ИКСИ

ТАӘ (ФИО) ……. Жасы (Возраст)…… Бедеулік түрі

(Форма бесплодия) ……..

Цикл күні (День цикла)…….……..телефон……..

Стимуляциялау кестесі (Схема стимуляции)…….

Стимуляциялау дәрігері (Врач стимуляции) ……. Стимуляция №.

(№ стимуляции)……..……

Аспирация № (№ аспирации) ……

Фолликулдар пункциясы (Пункция фолликулов)

Күні (Дата) …….……. Хирург ……..……..…….

Фолликулдар саны (Количество фолликулов)……

Уақыты (Время) ….. сағат (час) …….. минут (минута)

Эмбриолог ……Ооциттердің барлық саны (Количество ооцитов

всего)……..……..

Анастезиолог…….

Фолликулдарды жуу (Промывание фолликулов): иә (да) жоқ (нет)

Жуу үшін орта көлемі (Объем среды для промывания) ……. мл.

Пайдаланылатын құралдар (Используемые инструменты)*:*

Вакуумдық сорғышы бар пункциялық жүйелер (Пункционные системы с

вакуумным отсосом) Wellace Cook

Шишалар (Флаконы) - Falcon

Ооциттерді іздеуге арналған шыныаяқтар (Чашки для поиска ооцитов) -

Falcon

Ооциттерді жууға арналған шыныаяқтар (Чашки для отмывания ооцитов)

-Falcon

Ооциттерді жууға арналған орта *(Среда для отмывания ооцитов)* -

Flushing medium+IVF

Шәуетті өңдеу (Обработка спермы)

Шәует (табиғи, мұздатылған): (Сперма) (нативная, размороженная): М

Д № …….. Эякулят, тест, биопсия.

	Өңдеуге дейін До обработки	Өңдеуден кейін После обработки
Жалпы концентрациясы (млн/мл) (Общая концентрация (млн/мл)		
А және В қозғалмалы сан. концентр (Концентрация подвижных кат. А и В)		
Морфология (норма %)		

Жуу ортасы: *Sperm preparation medium* (Среда отмывания: *Sperm*

preparation medium)

Центрифугалау: жай немесе градиентте-*Supra sperm* (Центрифугирование:

простое или в градиенте- *Supra sperm)*

Қалқып шығу уақыты (Время всплытия) ……. минут

Шәуетті өңдеу эмбриологы (Эмбриолог обработки спермы):……..…..

ИКСИ-ға арналған микроқұралдар (Микроинструменты для ИКСИ):

Сорғыш (Присоска): Cook Humagen

Инъекциялық ине (Инъекционная игла): Cook Humagen

Ооциттерді ұрықтандыру және егу (Оплодотворение и культивирование ооцитов)

<table>
<tr><td>Ұрықтандыру ЭКҰ/ИКСИ (Оплодотворение ЭКО/ИКСИ)</td><td>ооциттер жетілуінің дәрежесі (степень зрелости ооцитов): M2-</td><td rowspan="5">Ұрықтандырылған жасушалардың саны Қосымша хетчинг(ВХ): иә жоқ
2PN____
Аномальдық ұрықтандыру ____ ВХ өткізуге көрсетілімдер:
Ұрықтанған жоқ _____ - қайталанатын бағдарлама
Сапалы ұрықтардың саны _____ - жас >37
Бластоцисттердің қалыптасу - ФСГ жоғары деңгейі жиілігі_____
Бөлшектеу жиілігі ____ -ZP >18мкм
Фрагменттерді алып тастау:
иә жоқ
Количество оплодотворенных Вспомогательный хетчинг(ВХ):
клеток 2PN____ да нет
Аномальное оплодотворение____ Показания к проведению ВХ:
Нет оплодотворения_____ - повторная программа
Количество качественных - возраст > 37
эмбрионов_____
Частота формирования бластоцист__ - высокий уровень ФСГ
Частота дробления ____ -ZP > 18мкм
Удаление фрагментов:
да нет</td></tr>
<tr><td>Күні(Дата) 2012</td><td>M1-</td></tr>
<tr><td>Уақыты (Время) сағат (час) минут (минута)</td><td rowspan="2">GV-Дегенеративтік жасушалар (Денеративные клетки):</td></tr>
<tr><td>Ұрықтандыру ортасы (Среда оплодотворения):</td></tr>
<tr><td>Ұрықтандыру эмбриологы (Эмбриолог оплодотворения):</td><td></td></tr>
</table>

Ұрықтарды егу (Культивирование эмбрионов)

Ооциттің (эмбрионның) реттік нөмірі (Порядковый номер ооцита (эмбриона)	**0-күн (день)** Күні (Дата)..... 2012 жыл (год) Уақыты (Время): сағат (час) минут (минута) Ұрықтандыру ортасы (среда оплодотворения) ……. Эмбриолог:_____					
	Ооцит жетілуінің сатысы (Стадия зрелости)))ооцита	Цитоплазманың аномалиясы (Аномалия цитоплазмы)	PB аномалиясы (Аномалия PB)	PS аномалиясы (Аномалия PS)	ZP аномалиясы (Аномалия ZP)	Нысан аномалиясы (Аномалия формы)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						

1-күн (день) Күні (Дата) ..... 2012 жыл (год) Уақыты (Время): сағат (час) минут (минута) Ұрықтандыру ортасы (среда оплодотворения)…… Эмбриолог:____	Инсеминациядан кейін 25-27 сағат 25-27 часов после инсеминации

PN саны (Количество PN)	Pattern PN (Pattern PN)	PN аном. орналасу (Аном. располож. PN)	PN аном. өлшемдері (Аном. размеры PN)	PN ұқсамастығы (Несхождение PN)	Ерте бөліну (2 PN, SPN,2 Бл., басқа) (Раннее деление (2 PN, SPN,2 Бл., другое)

2-күн (день)
Күні (Дата) .....2012 жыл (год)
Уақыты (Время): сағат (час) минут (минута)
Ұрықтандыру ортасы (среда оплодотворения)……
Эмбриолог:_____

Бластомерлер саны (Количество бластомеров)	Тең емес (Неравные)	Сфералық емес (Несферичные)	Фрагментациия % (% фрагментации)	Аномалиялар (В, ГР, МН) (Аномалии (В, ГР, МН)	2 күнгі баға (Оценка на 2 день)

3-күн (день)
Күні (Дата) .....
2012 жыл (год) Уақыты (Время): сағат (час) минут (минута)
Ұрықтандыру ортасы (среда оплодотворения)
……
Эмбриолог:_____

Бластомерлер саны (Количество бластомеров)	Тең емес (Неравные)	Сфералық емес (Несферичные)	Фрагментациия % (% фрагментации)	Аномалиялар (В, ГР, МН) (Аномалии (В, ГР, МН)	3 күнгі баға (Оценка на 3 день)

4-күн (день)
Күні (Дата) .....
2012 жыл (год) Уақыты (Время): сағат (час) минут (минута)
Ұрықтандыру ортасы (среда оплодотворения)……
Эмбриолог:_____

Бластомерлер саны (компактизациясы жоқ) (Количество бластомеров (нет компактизации)	Компактизацияның басталуы(+/-) (Начало компактизации(+/-)	Кавитацияның басталуы(+/-) (Начало кавитации(+/-)	Баллда модульді бағалау (4,3,2,1) Оценка морулы в баллах (4,3,2,1)	Ұрық мұздатылды Эмбрион заморожен(+)

5-күн (день) Күні (Дата) ..... 2012 жыл (год) Уақыты (Время): сағат (час) минут (минута) Ұрықтандыру ортасы (среда оплодотворения)…… Эмбриолог:_____			
Кавитацияның басталуы(+/-) Начало кавитации(+/-)	Гарнер жүйесі бойынша бластоцистерді бағалау Оценка бластоцисты по системе Гарнера	Ұрық тасымалданды (+) Эмбрион перенесен(+)	Ұрық мұздатылды(+) Эмбрион заморожен(+)

Ұрықтарды бағалаудың ең жоғарғы баллы – 7. Кез келген аномалия бар болған жағдайда 0,5

балл алынып тасталады. Әр аномалияның барлығы бір рет қана есепке алынады.

Максимальная оценка эмбрионов 7 баллов. При наличии любой аномалии отнимается 0,5 балла. Наличие каждой аномалии учитывается только один раз.

Пациенттің ТАӘ (ФИО пациентки) …….. ……

Ұрықтарды тасымалдау (Перенос эмбрионов)

Күні (Дата) 2012 жыл (год).……..…

Уақыты (Время)…….. сағат (час) минут (минута)

Ұзақтылығы (Продолжительность)…….. минут (минута)

Дәрігер (Врач)……

Эмбриолог…….

Мейіргер (Медсестра)……..

Тасымалданатын ұрықтардың сипаттамасы - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰС)

(Характеристика переносимых эмбрионов – при наличии (далее - ПЭ)

Даму сатысы (Стадия развития)	ҰС саны Количсетво ПЭ	ҰС сапасы Качество ПЭ

Катетер түрі (Тип катетера): ТҰ түрі (селективті/ селективті емес)

Cook, Wellace

Катетерге қайта жинау (Вид ПЭ (селективный/ неселективный))

(Повторный набор в катетер)):

иә (да) жоқ (нет)

Катетерде ұрықтардың тұрып қалуы Түсініктеме (Комментарии).....

(Задержка эмбрионов в катетере): .....

иә (да) жоқ (нет).

Асқынулар (Осложнения): жоқ (нет),

пулевкалар (пулевки), зонд .....

Тасымалдау ортасы (Среда

переноса)……. .....

Тасымалдау ортасының көлемі

(Объем среды переноса)……. .....

Ұрықтарды қайта тасымалдау (Повторный перенос эмбрионов)

Себебі (Причина)……

Күні (Дата)…….2012 жыл (год)

Уақыты (Время)……. сағат (час) минут (минута)

Ұзақтығы (Проджолжительность) …….. минут (минута)

Катетердің түрі (Тип катетера)……

Тасымалдау ортасы (Среда переноса)……..

Тасымалдау ортасының көлемі (Объем среды переноса)…….

Ұрықтарды мұздату және сақтау
(Замораживание и хранение эмбрионов)

Күні (Дата) 2012 ж. (г.) …….…….

Уақыты (Время)……. сағат (час) …… минут (минута)

Мұздатылды (Заморожено): ОО 2PN 2-4 бл. 6-8 бл. > 8 бл. бластоцист

(бластоциста) морулалар (морула) барлығы (всего)

……. ……. ……. …… ……. …… ……. …….

Сабан саны (Число соломок) _____ Сабан түсі

(Цвет соломки)_____ Таңба (Маркировка)_____

Дюар _____ Контейнер

_____ Шөміш (Ковш) _____

Мұздату эмбриологы (Эмбриолог заморозки) ……..…….

Қысқартулар/Сокращение: ИКСИ – сперматозоидтың интрацитоплазмалық инъекциясы (ИКСИ -

Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида)

ЭКҰ - экстракорпоралдық ұрықтандыру (ЭКО - экстракорпоральное оплодотворение)

Форма

Формат А4	Код организации по ОКПО_____
Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Медицинская документация Форма 103/у-12 Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907
Наименование организации	

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ № __

(выдается для предоставления в регистрирующие органы)

Дата выдачи "....." ..... 20 г.

1. ФИО матери

_____

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

2. Адрес (место постоянного жительства матери): Республика

_____ Область/Город республ.значения (ГРЗ)

_____

Район/Город обл.значения (ГОЗ)/Район в ГРЗ

_____

Округ/Поселк.акимат /Район в ГОЗ/Акимат города район.значения

_____

Населенный пункт _____ (город -1,

село – 2) ул. _____ дом № _____ кв. № _____

3. Дата рождения матери: _____ число _____ месяц _____ год.

4. Национальность матери

_____

5. Семейное положение матери: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2,

вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5.

6. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее

– 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

7. Дата родов: _____ час. _____число _____ месяц _____ год.

8. Место родов: _____ в стационаре - 1, на дому -

2, в др. месте - 3 9. Пол ребенка: мужской - 1, женский - 2

9-1. Ребенок родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни

- 3, при других многоплодных родах - 4

9-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переношенный - 3

9-3. Масса ребенка при рождении _____ (грамм) , _____ рост (см).

9-4. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)

_____

10. Ф.И.О. врача (среднего медработника) _____

Печать медицинской организации Подпись медицинского работника,

или физического лица, занимающегося выдавшего свидетельство

частной медицинской практикой _____

К сведению родителей

В соответствии со ст. 189 Кодекса РК "О браке (супружестве) и семье" регистрация

ребенка в регистрирующих органах обязательна. Заявление о рождении ребенка должно быть

сделано не позднее двух месяцев со дня рождения ребенка.

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА
О РОЖДЕНИИ К ФОРМЕ № 103/у-12

№ _____

(остается в медицинской организации)

Дата выдачи "......." ..... 20 г.

1. Ф.И.О. матери _____

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

2. Адрес (место постоянного жительства матери): Республика _____

Область/Город республ.значения(ГРЗ) _____

Район/Город обл.значения (ГОЗ)/Район в ГРЗ _____

Округ/Поселк.акимат /Район в ГОЗ/Акимат города район.значения _____

Населенный пункт _____(город -1, село – 2)

ул. _____ дом № _____ кв. № _____

3. Дата рождения матери: _____ число _____ месяц _____ год.

4. Национальность матери _____

5. Семейное положение матери: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2,

вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5.

6. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее

– 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

7. Дата родов: _____ час. _____ число _____ месяц _____ год.

8. Место родов: _____

в стационаре - 1, на дому - 2, в др. месте - 3 (указать)

9. Имя ребенка _____,

10. Пол ребенка: мужской - 1, женский - 2

11. Ребенок родился при сроке беременности _____полных недель

12. Которая по счету беременность _____, роды _____

13. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)_____

14. Ребенок родился при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, при других многоплодных родах – 4.

15. Масса ребенка при рождении _____ (грамм), _____ рост (см).

16. Оценка по шкале Апгар _____ 1 мин., _____ 5 мин.

17. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры - 4

18. Медицинские факторы риска настоящей беременности:

Анемия	01
Болезни системы кровообращения	02
болезни органов дыхания	03
Инфекционные и паразитарные	
болезни матери	04
Гипертензия кардиоваскулярная	05
Гипертензия почечная	06
Вызванная беременностью гипертензия	07
Сахарный диабет	08
Болезни почек	09
Гидрамнион (многоводие)	10
Экстракорпоральное оплодотворение (вспомогательная репродуктивная технология)	11
Индуцированная беременность (стимуляция овуляции, ЭКО, ВРТ)	12
Олигогидрамнион	13

Эклампсия/Преэклампсия тяж. ст.	14
Кровотечение в ранние сроки беременности	15
Инфекция мочеполовых путей	16
Злокачественные новообразования	17
ВИЧ/СПИД	18
Сифилис	19
Недостаточность питания при беременности	20
Генитальный герпес	21
Недостаточность плаценты	22
Rh-сенсибилизация	23
Крупный плод	24
Гипотрофия плода	25
Другие (указать)	26
Не было	00

19. Прочие факторы риска во время беременности:

Курение	01
Употребление психоактивных веществ	02

20. Осложнения родов:

Гипертермия во время родов	01
Предлежание плаценты	02
Преждевременная отслойка плаценты	03
Индуцированные роды	04
Стремительные роды	05
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода	06
Кровотечение во время родов	07
Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	08
Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	09
Другие (указать)	10
Не было	00

21. Акушерские процедуры

Амниоцентез	01
Мониторинг плода	02
Биопсия хориона (кардоцентез)	03
Ультрасонография	04
Другие (указать)	05
Не производили	00

22. Осложнения периода новорожденности:

Анемия	01
Фатальный алкогольный синдром	02
Синдром мекониевой пробки	03
Легочная вентиляция до 30 мин.	04
Легочная вентиляция свыше 30 мин.	05
Другие (указать)	06
Нет осложнений	00

23. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)

Анэнцефалия	01
Спинно-мозговая грыжа	02
Энцефалоцеле	03
Гидроцефалия	04
Расщелина неба	05
Тотальная расщелина губы	06
Атрезия пищевода	07
Атрезия ануса	08
Эписпадия	09
Редукционные пороки конечностей	10
Омфалоцеле	11
Синдром Дауна	12
Другие (указать)	13
Не было	00

24. Социальные факторы

Мать взята под наблюдение	
В первой половине беременности	01
Во второй половине беременности	02
Причины поздней явки:	
- оплата за мед. услуги	02.1
- отсутствие работы	02.2
- отсутствие прописки	02.3
- по незнанию	02.4
- по другим причинам	02.5
Не наблюдалась у врача ГСВ	03

25. Методы родоразрешения:

Естественный путь родоразрешения	01

Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракции, наложение акушерских щипцов)	02

26. Ф.И.О. медицинского работника, выдавшего свидетельство о рождении

_____ Подпись _____

27. Свидетельство получено (кем) _____ Подпись_____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 104/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 104/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың қорытындысы
№ _____
Заключение
психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении

20__ жылғы (года) "__" _____

_____

аты, тегі, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

_____

туған жылы (год рождения) _____

20__ жылғы (года) "__" _____ соттың анықтамасына

сәйкес (согласно определения суда) _____

_____ бабы бойынша айыпталған

(обвинявшегося по статье)

_____ жылдан (года) "__" _____ бастап осы мекемеде

мәжбүрлеп емделуде (находящегося на принудительном лечении в данном

учреждении)

Психиатриялық куәландыруды мынадай құрамдағы

дәрігерлік комиссия жүргізді:

(психиатрическое освидетельствование произвела

врачебная комиссия в составе):

Төраға (председателя) _____

комиссия мүшелері (членов комиссии) _____

_____

_____

"Қорытындының" қалған бөлімдері келесі _____ парақтарда

жазылады (остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих

листах).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 105/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование огнизации	Медицинская документация Форма № 105/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) "___"_____ 20__ жылғы (года) "____"_____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық. Указания по заполнению журнала.

Әрбір сот-психиатриялық сараптама Ведется специально выделенным

лицом в каждой

комиссиясындағы арнайы бөлінген судебно-психиатрической

адам жүргізеді. комиссии.

Парақтары нөмірленген журнал Журнал с пронумерованными

байланған, базасында листами должен быть

сот-психиатриялық сараптама жүргізу прошнурован, опечатан печатью

учреждения, на базе которого

ұйымдастырылған ұйымның мөрімен организовано проведение

мөрленген судебно-психиатрической

және комиссия төрағасының қолы экспертизы и подписан

қойылған болуы тиіс. председателем комиссии. По

Пайдалану аяқталғаннан кейін использовании передается в

мұрағатқа беріледі. архив.

Р/с № п/п	Істерді қабылдау күні Дата приема дел	Аты, тегі, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Жынысы Пол	Туған күні (күні, айы, жылы) Дата рождения (число, месяц, год)	Сараптама жүргізу туралы қаулыны/ұйғарымды кім, қашан шығарды (қаулы/ ұйғарым шығарылған тілде толтырылады) Кем, когда, вынесено постановление/определение о производстве экспертизы (заполняется на языке постановления/ определения)
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Процессуалдық статус (айыпталушы (Қылмыстық кодексінің бабын көрсете отырып), куәгер, жәбірленуші, талапкер, жауап беруші, әрекетке қабілеттілік туралы мәселе шешілетін жатқан адам) адамдарға қатысты Процессуальный статус (обвиняемый (с указанием статьи Уголовного кодекса), свидетель, потерпевший, истец, ответчик; лицо, в отношении которого решается вопрос о дееспособности)	Бұл іс бойынша бірінші, қайталанған, қосымша сараптама По данному делу экспертиза первичная, повторная, дополнительная	Сот-психиатриялық сараптама жүргізу үшін адамды кім жеткізді Кем доставлено лицо для прохождения судебно-психиатри-ческой экспертизы
7	8	9

Стационарға түсу күні немесе амбулаториялық сот-психиатриалық			

сараптама жүргізу кезінде комиссиялық тексеріп-қарау күні Дата поступления в стационар, или дата комиссионного осмотра при амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе	Комиссиялық тексеріп-қарау орны Место комиссионного осмотра	Сот-психиатриялық сараптама қатысушыларының ТАӘ (жетекші сарапшы, мүшелері) ФИО участников судебно-психиатрической экспертизы (ведущий эксперт, члены)	Қорытынды № № заключения
10	11	12	13

продолжение таблицы

Диагнозы Диагноздар	Қорытынды (қай тілде) Заключение (на каком языке)	Сот-психиатриялық сараптамадан кейін адамды кім жіберді С кем отправлено лицо после судебно-психиатрической экспертизы	Стационардан шыққан күні Дата выписки из стационара	Сараптама жүргізу мерзімі (___дан ___ дейін), (сарапшы өтініші болған жағдайда, оны көрсету) Срок проведения экспертизы (с___ по___), (при наличии ходатайств указать)
14	15	16	17	18

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 105-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 105-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қылмыстық және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді тіркеу ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ регистрации приема, выдачи дел (уголовных и гражданских) и заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий

20___жылғы (года) "____"_____ басталды (начат)

Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық.

Әрбір сот-психиатриялық сараптама

комиссиясындағы арнайы бөлінген адам жүргізеді.

Парақтары нөмірленген журнал байланған,

базасында сот-психиатриялық сараптама жүргізу

ұйымдастырылған мекеменің мөрімен мөрленген

және сот-психиатриялық сараптама органының бірінші

басшысы қолы қойылған болуы тиіс.

Пайдалану аяқталғаннан кейін мұрағатқа беріледі

20___жылғы (года) "____"_____аяқталды (окончен)

Указания по заполнению журнала.

Ведется специально выделенным лицом в каждой

судебно-психиатрической экспертной комиссии.

Журнал с пронумерованными листами должен

быть прошнурован, опечатан печатью учреждения,

на базе которого организовано проведение судебно-

психиатрической экспертизы и подписан

первым руководителем органа судебной экспертизы.

По завершения использования передается в архив.

Р/с № п/п	Істерді қабылдау күні Дата приема дел	Аты, тегі, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Қаулыны (анықтаманы) қашан, кім, қай тілде шығарды Когда, кем, на каком языке вынесено постановление (определение)	Қылмыстық, азаматтық іс (қай тілде) Уголовное, гражданское дело (на каком языке)	Сот-психиатриялық сараптамаға (тергеудегі, сотталған) жататын адамдарды сипаттау Характеристика лица, подлежащего судебно-психиатрической экспертизе (подследственный, подсудимый)	Істер мен қорытын-дыларды беру күні Дата выдачи дела и заключения	Істер мен қорытындыларды алушының аты, тегі, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество получателя дела и заключения
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Форма

Формат А4	Код организации по ОКПО_____
Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Медицинская документация Форма 106/у-12 Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Наименование организации	

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ № _____

Дата выдачи "____" _____ 20 ___ г.

(предварительное, окончательное, взамен предварительного, окончательного № _____)

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

2. Пол: мужской - 1, женский – 2.

3. Дата рождения: _____ число, _____ месяц, _____ год.

4. Дата смерти: _____ число, _____ месяц, _____ год.

5. Для детей, умерших в возрасте до 1 года: доношенный - 1, недоношенный - 2;

масса (вес) при рождении _____ грамм (1), рост

_____см (2), число месяцев и дней жизни (3), по счету _____

ребенок у матери (4), возраст матери _____(5)

5-1. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3,

произвольное сокращение мускулатуры – 4.

6. Место последнего жительства умершего: Республика _____

Область/ ГРЗ _____

Район/ГОЗ/Район в ГРЗ _____

Округ _____

Юридический адрес _____(город - 1, село - 2)

Улица _____, дом _____, корпус _____

квартира_____

7. Место смерти:

а) Область/ГРЗ_____

Район/ГОЗ _____

Округ _____

Населенный пункт _____(город - 1, село - 2)

Улица _____, дом _____, корпус _____квартира _____

8. Смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3

9. Национальность _____

10. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5.

11. Образование: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее – 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

12. Место работы и должность _____

13. Причина смерти: заболевание - 1, несчастный случай вне производства - 2, несчастный случай на производстве - 3, убийство - 4, самоубийство - 5, не установлено - 6

14. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы:

а) дата травмы (отравления): год _____ месяц _____ число _____;

б) при несчастных случаях вне производства вид травмы: бытовая - 1, уличная, кроме дорожно-транспортной - 2, дорожно-транспортная - 3, школьная - 4, спортивная - 5,

прочее - 6;

в) место и обстоятельства, при которых произошла травма, отравление (указать подробно)

_____

_____

15. Причина смерти установлена: врачом, только констатировавшим смерть - 1, лечащим врачом - 2, средним медицинским работником - 3, патологоанатомом - 4, судебно-медицинским экспертом - 5

16. Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

_____

(должность)

удостоверяю, что на основании осмотра трупа - 1, записей в медицинской документации - 2, предшествующего наблюдения - 3, вскрытия - 4 мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти.

17. Причина смерти	Код МКБ-10	Дата (болезни)	
		начало	окончание
1) а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)			
б) _____ (патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины) _____			

в) _____ (основная причина смерти указывается последней)
г) _____ (внешние причины при травмах и отравлениях)

2) Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не

связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней

18. В случае смерти женщины:

18.1 умерла беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности)

18.2 в процессе родов (аборта)

18.3 в течение 42 дней после родов (аборта)

18.4 в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов

19. Наименование организации здравоохранения, выдавшей свидетельство, его адрес

_____

20. Фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника, выдавшего свидетельство

_____

Печать медицинской организации Подпись медицинского работника,

или физического лица, занимающегося выдавшего свидетельство

частной медицинской практикой _____

** для детей, умерших в возрасте до 1 года, заполняется в отношении матери*

----------Линия отреза ----------

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ
К ФОРМЕ №106/у-12

№ _____

Дата выдачи "_____" _____ 20 __ г.

(предварительное, окончательное, взамен предварительного, окончательного

№ _____)

1. Фамилия, имя, отчество _____

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

2. Место постоянного жительства умершего: Республика _____

Область/ ГРЗ _____

Район/ГОЗ/Район в ГРЗ _____

Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города районного значения _____

Населенный пункт _____(город -1, село – 2)

Улица _____ дом № _____ квартира № _____

3. Дата рождения _____ 4. Дата смерти _____

(число, месяц, год) (число, месяц, год)

4. Смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3

_____

Для детей умерших в возрасте до 1 года:

5. Дата рождения: _____ число, _____ месяц, _____ год.

6. Дата смерти: _____ число, _____ месяц, _____ год,

масса (вес) при рождении _____ (грамм), _____ рост (см).

6-1. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3,

произвольное сокращение мускулатуры – 4.

7. Место рождения _____

(наименование медицинской организации, его адрес)

8. Фамилия, имя, отчество матери _____

_____

9. Причина смерти	Код МКБ -10	Дата (болезни)	
		начало	Окончание
1) а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти) _____			
б) _____ (патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины) _____			

в)_____ (основная причина смерти указывается последней)
г) _____ (внешние причины при травмах и отравлениях)

2) Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не

связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим

к ней

В случае смерти женщины:

10. Дата последней беременности: _____ число, _____ месяц, _____ год.

11. Исход последней беременности: роды - 1, аборт - 2

12. Наименование медицинской организации, выдавшей свидетельство, его

адрес_____

_____

13. ФИО, должность медицинского работника, выдавшего свидетельство

_____

_____

Подпись получателя _____

Форма

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Формат А4	Код организа ОКПО_____
Министерство здравоохранения РК	Медицинская Форма 106-2/ Утверждена Министра здр Республики "23 " ноябр № 907
Наименование медицинской организации	
МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ № _____ (окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____) Дата выдачи "....." ..... 20 г. 1 - Мертворожденный 2 - Умер на 1-й неделе жизни	
	1. Фамилия, ...

Место для шифра

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12.1	

2. Пол: муж.
(подчеркнуть

3. Дата рожд
..... час .

4. Дата смер
5. Место сме
Область/ ГРЗ
Район/ГОЗ/Ра
Округ/Поселк
значения ___
Населенный п
ул. _____
б) смерть (м
в стационаре
дома - 2, в
6. Фамилия,
.....

7. Число, ме
.....
8. Национальн

9. Семейное
браке - 2, в
Для состоящи
.....
Фамилия, имя
(сведения за
слов матери
10. Место по
(мертворожде
Республика__
Область/ ГРЗ
Район/ ГОЗ/Р
Округ/Поселк
значения ___
Населенный п
ул. _____

11. Образова
среднее - 3,
незаконченно

12.1. Место
указать на ч

12.2. Должно
.....

		13. Какая по
12.2		14. Какие по
		15. Предшест рождением жи мертворожден самопроизвол искусственны
13		
14		
		16. Дата пос. Продолжитель недель
15		
		17. Роды при др. лицо - 4
16		18. Срок бер врачу-акушер нед. - 2, 22 не обращалас
17		
		19. Где сост СВА, ЖК, кон облроддом, П
18		
		20. Заболева настоящей бе (указать как ....
19		
		21. Заболева беременности основное заб ....
20		
21		22. Осложнен (указать как ....
		23. Операции с целью родо (указать как .....
22		
23		24. Ребенок родах - 1, п др. многопло 25. Масса ре
24		
		26. Рост реб
25		27. Ребенок недоношенным

26		27-1. Критер пульсация пу
27		28. Ребенок мацерированн
28		29. Смерть р родовой деят после родов 30. Смерть р
29		заболевания - 3, род сме
30		31. Причина 1) а) _____ основное заб (плода), яви
31		(указывается _____ б) _____ другие забол (плода)
		в) _____ основное заб (состояние п смерти ребен
		г) _____ другие забол (состояние п ребенка (пло
32.а		д) _____ другие сопут
32.б		32. Причина а) врачом, уд принимавшим р
33		ребенка - 3, судебно-медиц фельдшером – 32. б) на осн медицинской д наблюдения - 33. Свидетел а) наименова

.....
б) Фамилия, и
медицинского
.....
.....
Печать Руково
_____
фамилия подпи
34. Удостовер
35. Подпись м
Заполняется и
36. Свидетели
ответственны
"___" _____

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА
О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ К ФОРМЕ №106-2/у-12е
№ _____
(окончательное, предварительное, взамен предварительного № ___)
Дата выдачи "_____" _____ 20 __ г.
Наименование медицинской организации .....
..
Мертворожденный - 1, умер на 1-й неделе жизни - 2 (подчеркнуть)
1. Фамилия, имя, отчество матери
.....
2. Дата рождения матери: ..... число, …… месяц, ……. год.
3. Национальность матери .....
.
4. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова
- 3,
разведена - 4, неизвестно – 5.
5. ФИО мужа .....
6. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного):
Республика
_____ Область/ ГРЗ_____Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ
_____Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города
районного значения _____
Населенный пункт _____ (город
-1,
село – 2) ул. _____ дом № _____ кв. № _____
7. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится)
.....
Должность или выполняемая работа.....
8. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее
среднее
– 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.
9. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка .....
..
10. Пол: мужской - 1, женский - 2, не определен – 3.
11. Дата рождения (мертворождения): ..... мин., ….. час., ……число, ……месяц, ……. год
.
12. Дата смерти: ..... мин., ….. час., ……число, ……месяц, ……. год.

13. Место смерти (мертворождения): а) республика, область .....
район
..... город - 1, село - 2 .....
б) смерть (мертворождение) произошла: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3
(вписать) .....
14. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)
.....
15. Какие по счету роды .....; беременность .....
16. Продолжительность настоящей беременности ..... полных недель
17. Из предшествующих беременностей: число закончившихся живорождением - 1 .....,
мертворождением - 2 , самопроизвольным выкидышем - 3 ....., медицинским абортом - 4
.....,
в том числе по мед. показаниям - 5
18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась:
рождением живого ребенка - 1, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3, медицинским абортом - 5, в том числе по мед. показаниям – 6.
19. Число посещений врача (фельдшера, акушерки) .....
20. Роды принял: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо – 4.
21. Осложнения родов:
гипертермия во время родов 01
предлежание плаценты 02
преждевременная отслойка плаценты 03
неудачная попытка стимуляции родов 04
стремительные роды 05
затруднительные роды вследствие
неправильного положения или
предлежания плода 06
гипертензия, вызванная беременностью 07
кровотечение во время родов 08
роды и родоразрешение, осложнившиеся
стрессом плода (дистресс) 09
роды и родоразрешение, осложнившиеся
патологическим состоянием пуповины 10
другие (указать) 11
не было 00
22. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1,
были - 2 (указать какие)
.....
.....
.....
.....
23. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из
двойни - 3, других многоплодных родах – 4.
24. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переношеным – 3.
25. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии – 3.
26. Масса ребенка (плода) при рождении ..... грамм.
27. Рост ребенка (плода) ..... см.
28. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3,

произвольное сокращение мускулатуры – 4.
29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, неизвестно – 4.
30. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен – 4.
31. Оценка по шкале Апгар: через 1 мин. ..... баллов, через 5 мин. ..... баллов.

32. Медицинские факторы риска настоящей беременности:
Анемия 01
Болезни системы кровообращения 02
Болезни органов дыхания 03
Инфекционные и паразитарные болезни матери 04
Гипертензия кардиоваскулярная 05
Гипертензия почечная 06
Вызванная беременностью гипертензия 07
Сахарный диабет 08
Болезни почек 09
Гидрамнион (многоводие) 10
Олигогидрамнион 11
Эклампсия 12
Кровотечение в ранние сроки беременности 13
Инфекция мочеполовых путей 14
Недостаточность питания при беременности 15
Генитальный герпес 16
Недостаточность плаценты 17
Rh-сенсибилизация 18
Крупный плод 19
Гипотрофия плода 20
Другие (указать) 21
Не было 00

33. Прочие факторы риска во время беременности:
Курение 01
Употребление алкоголя 02

34. Осложнения родов:
Гипертермия во время родов 01
Предлежание плаценты 02
Преждевременная отслойка плаценты 03
Стремительные роды 04
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода 05
Кровотечение во время родов 06

35. Акушерские процедуры
Амниоцентез 01
Мониторинг плода 02
Стимуляция плода 03
Ультрасонография 04
Другие (указать) 05
Не производили 00

36. Осложнения периода новорожденности:
Анемия 01
Фатальный алкогольный синдром 02
Синдром мекониевой пробки 03
Легочная вентиляция до 30 мин. 04
Легочная вентиляция свыше 30 мин. 05
Другие (указать) 06
Нет осложнений 00

37. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)
Анэнцефалия 01
Спинно-мозговая грыжа 02
Энцефалоцеле 03
Гидроцефалия 04
Расщелина неба 05
Тотальная расщелина губы 06
Атрезия пищевода 07
Атрезия ануса 08
Эписпадия 09
Редукционные пороки конечностей 10
Омфалоцеле 11
Синдром Дауна 12
Другие (указать) 13
Не было 00

38. Социальные факторы
Мать взята под наблюдение
В первой половине беременности 01
Во второй половине беременности 02
Причины: - оплата за мед. услуги 02.1
- отсутствие работы 02.2
- отсутствие прописки 02.3
- по незнанию 02.4

Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс) 07 Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины 08 Другие (указать) 09 Не было 00	- по другим причинам 02.5 Не наблюдалась у врача 03 39. Методы родоразрешения: Естественный путь родоразрешения 01 Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов) 02

40. Причина перинатальной смерти:	Код МКБ-10	Дата (болезни)	
		начало	Окончание
1) а) _____ основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается одно заболевание) _____			
б) _____ другие заболевания или состояния у ребенка (плода)_____			

в) _____ основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)
г) _____ другие заболевания или состояния матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода)

Фамилия, имя, отчество врача (среднего медработника),

выдавшего свидетельство о смерти .....

.....

.....

Запись акта о рождении: № ..... от "....." ..... 20 .... года

Запись акта о смерти: № ..... от "....." ..... 20 ....

года

Наименование регистрирующего органа

.....

Дата "____" _____ 20 г.

Подпись сотрудника регистрирующего органа _____

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 113/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 113/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Жүкті және босанатын әйелдің
алмасу картасы
Обменная карта
беременной и родильницы
№_____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)_____

_____

Туған күні (Дата и год рождения)_____

ЖСН (ИИН)_____Есепке алыну күні (Дата взятия на учет)_____

Жүкті әйелдің қан тобы (Группа крови беременной)_____

Жүкті әйелдің резус-тиістілігі (Резус принадлежность беременной) _____

Анықтау күні (Дата определения)_____

Ерінің қан тобы және резус-тиістілігі көрсетілімдер бойынша (Группа крови и резус принадлежность ее мужа) по показаниям _____

Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон) _____

Білімі: бастауыш, орта, жоғары (астын сызыңыз) (Образование: начальное, среднее, высшее (подчеркнуть))

Жұмыс орны, телефон (Место работы, телефон)_____

Кәсібі немесе лауазымы (Профессия или должность) _____

Күйеуінің аты-жөні, жұмыс орны, телефон (Фамилия и место работы мужа, телефон) _____

_____

2. Диагноз: нешінші жүктілік (Диагноз: беременность которая)_____

Босануы (Роды)_____

Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности)_____

Экстрагениталдық аурулар (Экстрагенитальные заболевания) диагноз _____

Құрметті _____!

Құттықтаймыз!

Сіз – болашақ анасыз! Осындай ең жақсы сәтіңіз – бала көтеру мен оның туылуы кезінде Сізге қолғабыс болуға ризамыз!

Уважаемая _____!

Поздравляем Вас!

Вы - будущая мама! Мы рады содействовать Вам в самое лучшее время - период вынашивания и рождения Вашего ребенка!

Акушер-гинеколог дәрігеріңіз (Ваш врач акушер- гинеколог):_____

Телефоны (Телефон)_____

Акушер (Акушерка)_____

Учаскесі (Участок)_____Кабинет (Кабинет)_____

Консультацияның телефоны (Телефон консультации)_____

Сізге дәрігерге уақтылы келіп, берген нұсқаулықтарын орындау қажет (Вам необходимо вовремя посещать врача и выполнять данные Вам рекомендации)

ҚАБЫЛДАУ (ПРИЕМ):

Дүйсенбі_____ Понедельник

Сейсенбі _____ Вторник

С?рсенбі _____ Среда

Бейсенбі _____ Четверг

Жұма _____ Пятница

Сенбі _____ Суббота

Учаскелік дәрігердің қабылдауын күтпей, жедел көмекке шұғыл түрде хабарласатын дабылдық белгілер (тревожные признаки, при которых следует немедленно обращаться на скорую

помощь, не дожидаясь приема участкового врача).

Жедел жәрдем телефоны (Телефон скорой помощи)103_____

1) Іштің төменгі жағының, бел тұсының ауыруы (Боли в области живота, в поясничной области).

2) Жыныс жолдарынан қан аралас шығындылар (Кровянистые выделения из половых путей)

3) Ұрықтың қозғалмауы (Отсутствие шевеления плода)

4) Бас ауыру (Головная боль)

5) Көрудің бұзылуы (көз алдында "нүктелер") (Нарушение зрения ("мушки" перед глазами))

6) Құрысқақ (Судороги)

7) Ісіктер (аяқтарда, қолдарда, іште, бетте) (Резкое появление или нарастание отеков (на ногах, руках, животе, лице))

8) Ұрық айналасындағы судың төгілуі (Излитие околоплодных вод)

9) Дене қызуының көтерілуі (Повышение температуры тела)

Жолдама бойынша келді

(Обратилась по направлению)_____

Өзбетімен келді (керегінің астын сызыңыз)

Самообращение (нужное подчеркнуть)

Шағымдар

(Жалобы)_____

_____

_____

_____

4. Сыртартпа (Анамнез)

Тұқым қуалау (Наследственность)_____

_____

Шалдыққан ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания)_____

_____

Гепатиттер (Гепатиты) _____

Туберкулез_____

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания)_____

Созылмалы аурулар (егер болса, диспансерлік есепте тұрады ма, базистік терапия алады ма) (Хронические заболевания (если есть, то со стоит ли на диспансерном учете, получает ли базисную терапию)_____

_____

_____

Жасалған операциялар (Перенесенные операции)_____

_____

Гемотрансфузиялар (Гемотрансфузии)_____

Аллергоанамез_____

Рентгенологиялық тексерілу (соңғы тексерілу қорытындысы) (Рентгенологическое

обследование (результат последнего обследования)_____

Етеккір функциясы (Менструальная функция)_____

Менархе _____ жаста (лет), етеккірдің ұзақтығы (длительность менструации)

_____, циклдың созылуы (продолжительность цикла) _____, жеткілікті, орташа,

аз (астын сызыңыз) (обильные, умеренные, скудные (подчеркнуть)

Жыныстық қатынасы (Половая жизнь с) _____жастан (лет)

Неке (Брак)_____

Әкенің денсаулығы туралы мәліметтер (Данные о здоровье отца)_____

Тұқым қуалаушылық (Наследственность)_____

Рентгенологиялық тексерулер (Рентгенологическое обследование)_____

Ескертпе: дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек (Примечание:

рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований)

Гинекологиялық сыртартпа (Гинекологическийанамнез)_____

Контрацепция_____

Гинекологиялық операциялар (Гинекологические операции)_____

Акушериялық сыртартпа (Акушерский анамнез):

Неше жүктілік болды (Сколько было беременностей)- _____

Оның ішінде босану (Из них родов)- _____

Өз бетімен жасалған аборт (самопроизвольных абортов)- _____

Жатырдан тыс жүктілік (внематочных беременностей) - _____

Медаборттар (медабортов)- _____.

Бұрынғы жүктіліктерінің, босануларының, босанудан кейінгі кезеңдер ағымыны ерекшеліктері

(Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода)

Паритет	Жылы, күні Год, дата	Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды Чем закончилась беременность и при каком сроке				Бала тірі, өлі туылды, салмағы Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Босанудың, босанудан кейінгі мерзімнің ерекшеліктері Особенности течения родов, послеродового периода
		абортпен абортами		босанумен родами			
		жасанды искусственным (хирургический, медикаментозный)	өздігінен, оның ішінде қатып қалған самопроизвольным, в том числе замершей	мерзімінен бұрын прежде-временными	мерзімінде в срок		
1	2	3	4	5	6	7	8

Соңғы етеккірі (Последняя менструация с) _____20____жылғы

(года)_____бастап (по)_____ дейін

Жүктілік спонданды немесе жоспарланған (овуляцияны ынталандыру, ЭКҰ инсеминациялау)

(астын сызыңыз) (Беременность спонтанная или индуцированная (стимуляция овуляции,

инсеминация ЭКО) (подчеркнуть).

Іштегі баланың бірінші қозғалуы (Первое движение плода) 20____жылғы (года)

"_____"_____

Жүкті әйелді бірінші рет қарау
(Первое обследование беременной)

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жағдайы (қанағаттанарлық) (Общее состояниие (удовлетворительное)_____

_____.

Бойы (Рост) _____см. Салмағы (Масса) (вес) _____кг. Дене

салмағының массасы - болған жағдайда (бұдан әрі – ДСМ) (Индекс массы тела – при

наличии (далее - ИМТ)_____Тері жамылғылары (Кожные покровы)_____

Ісіктер (Отеки)_____

Сүт бездерінің зерттеу (Исследование молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания)_____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы)_____

АҚҚ (АД): _____

Іші (жұмсақ, аурусыз) Живот (мягкий безболезненный)_____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка)_____

Қалшылдау симптомы (Симптом поколачивания)_____

Басқа ағзалары (Другие органы)_____

_____

Несеп шығару (Мочеиспускание)_____Нәжіс (Стул)_____

Акушериялық мәртебе (Акушерский статус):

_____

Жамбас өлшемдері: (Размеры таза по показаниям) бойы 150 см қысқа емес және 170 см.

жоғары, жамбас жарақаттары, жамбастың және ақ-қолдың туа біткен жарақаттары

(рост менее 150см и выше 170 см,травмы таза, врожденные пороки развития таза и конечностей):

D. Sp. _____ D. cr. _____ D. troch _____c. ext _____

C. diag _____C. vera _____

Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование: высота дна матки) _____см.

Іш шеңбері (Окружность живота) көрсетілімдер бойынша (по показаниям) _____см.

Ұрықтың орналасуы, позициясы, түрі (Положение плода, позиция, вид)_____

_____

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание)_____

Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода)_____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности): Етеккір бойынша (По менструации)_____УДЗ бойынша (16 аптаға дейінгі ерте) По УЗИ (раннему до 16 недель)_____

Гинекологиялық зерттеу (Гинекологическое исследование):

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы)_____

Айналарда (На зеркалах):_____

Қынап (Влагалище)_____Жатыр мойыны (Шейка матки)_____

Жатыр денесі (Тело матки)_____

Қосалқылар (Придатки)_____

Ерекшеліктері (Особенности)_____

Диагноз:

_____

_____

_____

_____

Болжамды босану мерзімі (Предполагаемый срок родов)_____

Ұсынымдар (Рекомендации):_____

_____

_____

_____

_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____Күні (Дата) _____

Қауіптік факторлары (әрбір келу кезінде айқындалады) (Факторы риска (определяются при каждом посещении)

№	Қабылдау күні (Дата приема)	Қауіп факторлары (Факторы риска)	Ескертпе (болжамды босандыратын МҰ атауы, болжамды босандуры деңгейі) (Примечание (предполагается родоразрешение наименование МО, предполагаемый уровень родоразрешения)
1	2	3	4

Гравидограмма

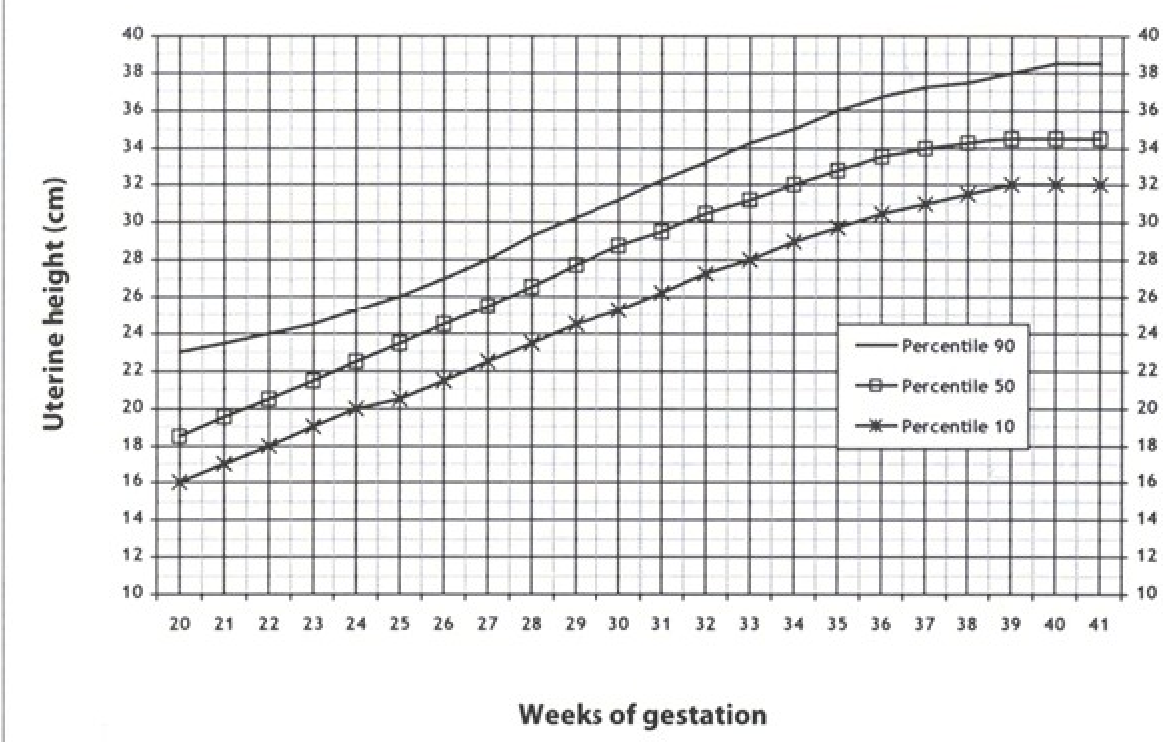


Figure 4: Uterine height values by weeks of gestation

Тексеру қорытындылары

Результаты обследования

Қанның жалпы талдауы/Общий анализ крови

КҮНІ ДАТА												
Гемоглобин												
Эритроциттер Эритроциты												
Түсінің көрсеткіші Цветной показатель												
Тромбоциты												
СОЭ												

Лейкоциттер Лейкоциты											
Таяқша ядролық Палочкоядерные											
Сегмент ядролық Сегнментоядерные											
Эозинофилдер Эозинофилы											
Базофилдер Базофилы											
Лимфоциттер Лимфоциты											
Моноциттер Моноциты											

Несептің жалпы талдауы Общий анализ мочи

КҮНІ ДАТА											
Үлес салмағы Удельный вес											
Жалпақ эпителиялары Эпителий плоский											
Лейкоциттер Лейкоциты											
Эритроциттер Эритроциты											
Цилиндрлер Цилиндры											
Қант Сахар											
Нәруыз Белок											
Бактериялар Бактерии											
Тұздар Соли											

Басқа зерттеулер (Другие исследования):

Қантты анықтауға қан тапсыру (Кровь на сахар)
Несептің баксебу (көрсетілімдер бойынша) (Бакпосев мочи (по показаниям)

RW 1_____

RW 2_____

ВИЧ-1 (ақпараттық келісіммен) (с информированного согласия)_____

ВИЧ-2 (ақпараттық келісіммен) (с информированного согласия) _____

В гепатитінің маркерлері (Маркеры гепатита В) _____

Микроскопияға жағынды (көрсетілімдер бойынша) (Мазок на микроскопию (по показаниям)___

_____

Онкоцитологияға жағынды (көрсетілімдер бойынша) (Мазок на онкоцитологию (по показаниям)

_____

_____

Пренаталдық скрининг (Пренатальный скрининг)
Биохимиялық скрининг (Биохимический скрининг)

Өткізу кезеңі (Период проведения)	Өткізу күні (Дата проведения)	Жүктілік мерзімі (Срок беременности)	Тексерілу қорытындылары (Результаты обследования)	Ескертпе (Примечание)
1 триместр (10-14 нед)				
2 триместр (16-20 нед)				

Ультрадыбыстық скрининг (Ультразвуковой скрининг)

Өткізу кезеңі		Жүктілік мерзімі	ХА маркерлері (қолда бар		

(Период проведения)	Өткізу күні (Дата проведения)	(Срок беремен-ности)	болғанда) Маркеры ХА (при наличии)	Қорытынды (Заключениие)	Ұсыныстар (рекомен-дации)
1 триместр (10-14 (апта) нед)			ТВП- ДНК-		
2 триместр (20-22 (апта) нед)					
3 триместр (32-34 (апта) нед)					

Консультациялар (Консультациии)
Терапевттің бірінші тексеріп-қарауы (Первый осмотр терапевта)

Шағымдар (Жалобы)_____

_____

Сыртартпа (Анамнез)

Қалыпты туды және дамыды (иә, егер жоқ болса – туғанда және бала кезіндегі ауытқулары)

(Родилась и развивалась нормально (да, если нет- какие отклонения при рождении и в

детстве)_____

Тұқым қуалаушылық ауыр емес (егер ия болса, қандай аурулар, туыстық дәрежесі)

(Наследственность не отягощена (если да, какими заболеваниями, степень

родства)_____

_____

Бұрын ауырған аурулары: жалпы (Перенесенные заболевания: общие) _____

Балалар инфекциялары (Детские инфекции)_____

Гепатиттер (Гепатиты)_____Туберкулез_____

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания)_____

Басқа инфекциялар (Другие инфекции)_____

Ауырған ушыққан сырқат (Перенесенные острые заболевания)_____

Созылмалы аурулар (Хронические заболевания)_____

(жүрек-тамыр, тыныс, нерв жүйесінің аурулары, қимыл-қозғалыс және т.б. аурулары)

(заболевания сердечно- сосудистой, дыхательной, нервной систем, желудочно-кишечного

тракта, опорно- двигательного аппарата и др.)

Диспансерлік есеп (Диспансерный учет)_____

(егер болса, диагнозы, тексерілген орыны, маман, соңғы қабылдау күні, қандай

препараттар қабылдады) (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата

последнего приема какие препараты принимает)_____

Емдеуге жатқызу (Госпитализация) _____

(егер сыртартпада болса, қандай диагнозбен, мерзімі, медициналық ұйымның атауы, шұғыл

немесе жоспарлы) (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название

медорганизации, экстренная или плановая)

Жасалған операциялар, асқынулар (Перенесенные операции, осложнения_____

Алған жарақаттары және олардың салдары (Перенесенные травмы и их

последствия)_____

Гемотрансфузия_____

Аллергоанамез_____

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жағдайы (қанағаттанарлық) (Общее состоянииe (удовлетворительное)_____

Дене құрылысының ерекшеліктері (Особенности телосложения): Нормостеник (астеник,

гиперстеник)_____

Тері жамылғылары (Кожные

покровы)_____

Дене қызуы (Температура)_____

Ауыз қуысының жағдайы (Состояние полости рта)_____

Аңқаның, бадамшаның жағдайы (Состояние зева, миндалин)_____

Лимфа түйіндері (Лимфоузлы)_____

Ісіктері (жоқ, бар, оқшауланған) (Отеки (нет,есть, локализация)_____

Сүт бездерінің жағдайы (осмотр молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания)_____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно- сосудистой системы)_____

Пульс_____

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) _____сол қолында (на левой руке)__

Іші (жұмсақ, ауырмайды) Живот (мягкий безболезненный)_____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка)_____

Қалшылдау симптомы (Симптом поколачивания)_____

Басқа ағзалары (Другие органы_____

_____

Несеп шығару (Мочеиспускание)_____Нәжіс (Стул)_____

Диагнозы_____

_____

_____

Ұсыныстар (Рекомендации)

_____

_____

_____Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____Күні (Дата) _____

Терапевттің қайтадан тексеріп-қарауы (Повторные осмотры терапевта)_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мамандардың консультациялары (Консультации специалистов)_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Қосымша тексерілулер (Дополнительные обследования_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Босануға дайындау (Подготовка к родам)

Ана мектебі Школа подготовки к родам				
Күні Дата	Жүктілік мерзімі Срок беременности	Оқудың тақырыбы Тема занятия	Серігінің қатысуы Посещение партнера	Дәрігердің қолы Подпись врача

Патронаждық қаралуы (Патронажные посещения)

Күні (Дата)						
Жүктілік мерзімі (Срок беременности)						
Шағымы (Жалобы)						
Жалпы жағдайы (ісінуі) (Общее состояние (отеки))						
АҚҚ (АД) оң қолында (на правой руке)						
сол қолында (на левой руке)						
Іштегі баланың орналасуы (Положение плода)						

Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода)						
Тұрмыстық жағдайы (Бытовые условия)						
Әлеуметтік әл-ауқаты (Социальное благополучие)						
Ұсыныстар (Рекомендации)						
Қолы (подпись)						

Педиатрдың патронажы (Патронаж педиатра)_____

Әлеуметтік қызметкердің патронажы (көрсетілімдер бойынша) (Патронаж соцработника (по показаниям)_____

Акушер-гинеколог дәрігердің қабылдауы

(барған сайын толтырылады)

Прием врача акушер – гинеколога

(заполняется при каждом посещении)

Мерзімі (Дата)_____

	Шағымдар (Жалобы)_____ _____
	Жалпы жағдайы (Общее состояние)_____
АД	Тері жамылғылары (Кожные покровы)_____ Ісіктер (Отеки)_____
Пульс	Іш (Живот)
	Жатыр (Матка)
	_____ Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование): Высота дна матки _____см. Ұрықтың орналасуы, (Положение плода)_____ _____ Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) Головное/ тазовое_____

	_ Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) Анық, бір қалыпты (Ясное, ритмичное)_____ Жүрек қысқарту жиілігі болған жағдайда (бұдан әрі – ЖҚЖ) (частота сердечных сокращений – при наличии (далее - ЧСС) - минутына (в минуту)
	Басқа ағзалары (Другие органы)_____
	Несеп шығару (Мочеиспускание)_____ Нәжіс (Стул)_____
	ДИАГНОЗЫ: Жүктілігі (Беременность) _____апта (недель).
	1) Тексерілулер (Обследования):
	2) Ұсыныстар (Рекомендации):

Дәрігердің қолы (Фамилия и подпись врача)_____

Жүкті әйелдің өзін-өзі бақылау күнделігі
Дневник самонаблюдения беременной

Мерзімі (Дата)_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мерзімі (Дата)_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мерзімі (Дата)_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мерзімі (Дата)_____

_____

_____

_____

_____

Мерзімі (Дата)_____

_____

_____

_____

_____

Мерзімі (Дата)_____

_____

_____

_____

_____

Мерзімі (Дата)_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мерзімі (Дата)_____

_____

_____

_____

_____

_____

Перзентхананың, ауруханаңың босану бөлімшесінің жаңа босанған әйел туралы мәліметтері

Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице

Түскен күні (Дата поступления)_____

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) _____

_____апта (недель). Күні (Дата родов)_____

Диагнозы_____

_____

_____

Босану ерешеліктері (Особенности родов)_____

Нәресте: тірі, салмағы (Ребенок: живой, пол_____, масса (вес)_____грамм, бойы (рост) ____сантиметров.

Перзентханадан шықты, ауруханаға ауыстырылды, перзентханада шетінеді (астын сызыңыз) – диагнозы (Выписался, переведен в больницу, другое (подчеркнуть) – диагноз)_____

_____

Босану кезіндегі жедел көмектер (Оперативные пособия в родах)_____

_____

Ауырсынуды басу: қолданылды, қолданылған жоқ (астын сызыңыз), қандай, тиімділігі (Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое, эффективность)_____

_____.

Босанғаннан кейінгі кезең ағымы (аурулары) (Течение послеродового периода (заболевания))_____

_____

Босанғанан кейін _____күні шықты (Выписана на_____, (день после родов)

Шығу күні (Дата выписки) _____

Диагнозы және стационардың атауы (ауысқан жағдайда) (Диагноз и название стационара (в случае перевода)_____

Баланың жағдайы (Состояние ребенка)_____

туған кездегі (при рождении)_____

перзентханада (в родильном доме)_____

шыққан кезінде (при выписке_____

Ерекше ескертулер (Особые замечания)_____

20 жыл (год) "_____" _____

Акушер-гинеколог д?рігер (Врач акушер-гинеколог)_____

Жүктілігіне байланысты демалыс (Отпуск по беременности)

с 20____жылғы года) "___"_____бастап

по 20____жылғы года) "_____"_____дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босануы (Роды) 20____жыл год) _____ мерзімінде, бұрын, кейін

(в срок, раньше, позже) на _____күнге (дней)

Босанды (Роды произошли в) _____

Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс (Послеродовой

дополнительный отпуск при осложненных родах) на _____күн (дней)

(с) 20____жылғы года) "____"_____бастап

(по) 20____жылғы года) "____"_____дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босанған әйелді бақылау (Наблюдение за родильницей)

Күні Дата	Шағымы Жалобы	Зерттеу деректері Данные обследования	Кеңестер, тағайындаулар Советы, назначения
		1) флюорография	

Дәрігердің қолы (Подпись врача)_____

Консультация меңгерушісінің қолы (Подпись заведующей консультацией)_____

ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ БОЛДЫРМАУДЫ ҚАЖЕТ ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР
ФАКТОРЫ, КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Дәрілік препараттар

Витаминді-минералды кешендерден басқа кез-келген дәрілік препарат Сіздің болашақ

балаңызға әсерін тигізеді. Сондықтан Сіз өзіңіздің дәрігер жазып бермеген препараттарды

(бұл бас ауырған кездегі қабылдайтын аспиринге де қатысты) қабылдамауыңыз керек.

Алкоголь

Жүктілік негізінде және баланы емізген алкоголь ішімдіктерін және құрамында

алкоголь бар кез-келген сусындарды ішуден бас тартыңыз. Жүктілік кезінде алкогольді

пайдалану кездейсоқ түсік тастауға және баланың даму кемістіктеріне, сондай-ақ жаңа

туған нәресте салмағының азаюына әкеліп соғады.

Темекі шегу

Жүктілік кезінде темекі шегу өте қауіпті. Ол мерзімінен бұрын босанудың, кездейсоқ түсік тастаудың және басқа да асқынулардың себебі болуы мүмкін. Темекі шегушінің балалары респираторлық аурулармен жиі ауырғыш келеді.

Егер Сіз темекіні көп шегетін болсаңыз, бұл жағымсыз әдетті жүктіліктің 4-аптасының басына дейін міндетті түрде тастау керек.

Лекарственные препараты

Любой лекарственный препарат, кроме витаминно - минеральных комплексов, оказывает влияние на Вашего будущего ребенка. Именно поэтому Вы не должны принимать препараты, не предписанные Вашим врачом (это касается даже аспирина, применяемого при головной боли).

Алкоголь

Во время беременности и кормления грудью избегайте алкогольных напитков и любых препаратов, содержащих алкоголь. Злоупотребление алкоголем во время беременности приводит к риску спонтанного выкидыша и возникновению пороков развития ребенка, а также к снижению массы новорожденного.

Курение

Во время беременности курение очень опасно. Оно может стать причиной преждевременных родов, спонтанного выкидыша и других осложнений. Дети курильщиков более чувствительны к респираторным заболеваниям.

Если Вы заядлая курильщица, обязательно оставьте эту вредную привычку хотя бы до

начала 4-го месяца беременности.

ЖАҒЫМСЫЗДЫҚ ЖАҒДАЙЛАРЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ
ЯВЛЕНИЯ ДИСКОМФОРТА И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Жүрек айну және құсу

Көбінесе жүрек айну мен құсу жүктіліктің 1-айында пайда болады және өте ұзаққа созылмайды . Егер таңертен төсектен тұрардың алдында аз ғана жүгері ұлпасын немесе құрғақ крекер жесе, онда жеңілдейді.

Күніне аз-аздан 5 рет тамақтаныңыз – сұйықты ас қабылдау кезінде емес, ас қабылдау арасында ішіңіз. Майлы және ащы тамақтан бас тартыңыз.

Үйіңізде ешқандай иістерді болдырауға тырысыңыз. Дәрілерді тек дәрігердің тағайындауы бойынша ғана қабылдаңыз.

Тошнота и рвота

Обычно тошнота и рвота возникают в течение 1-го месяца беременности и продолжаются недолго. Облегчение наступает, если утром до подъема с постели съесть немного кукурузных хлопьев или сухой крекер.

Ешьте 5 раз в день понемногу- Жидкость пейте между приемами пищи, а не во время еды. Избегайте жирной и острой пищи.

Старайтесь, чтобы в Вашем доме не было никаҒких запахов. Принимайте лекарства только по назначению врача.

Қызылдау

Ол көбінесе астан кейін, демалу кезінде немесе ұйықтаған кезде пайда болады. Бұл жағдайды жеңілдету

үшін асты күніне 5 рет кішкене ғана порциялармен қабылдау керек, майлы, ащы немесе астың қорытылуына зиян келтірерін тамақтан бас тартқан жөн.

Ұйықтаған кезде жату қалпыңызды өзгертуге тырысыңыз. Сізге басыңыздың астына биіктеу жастық салып жату да көмектеседі.

Изжога

Обычно она возникает после еды, во время отдыха или сна. Чтобы облегчить это состояние, следует принимать пищу 5 раз в день небольшими порциями, избегая жирной, острой или нарушающей пищеварение пищи.

Пытайтесь менять свое положение во время сна. Вам поможет и приподнятое подушками положение головы

ДҰРЫС ТАМАҚТАНЫҢЫЗ
ПИТАЙТЕСЬ ПРАВИЛЬНО

Жүктілік кезінде Сіздің ағзаңыз өсіп келе жатқан ұрықтың қажеттіліктерін толықтыру үшін көп жұғымды заттарды қажет етеді. Сіз және сіздің болашақ балаңызға үнемі нәруыздар, көмірсулар , майлар, клетчатка, минералдар мен витаминдер пайдаланудыі қажет етеді.

Толыққанды тамақтану және теңестірілген витаминдер мен минералдардың қажетті мөлшерін алу үшін Сіз күнделікті тамақ өнімдерінің төрт негізгі тобын алуыңыз керек: сүт және сүт өнімдерін, нәруыздар, нан және дәндер, жемістер және көкөністер, 6 – 8 стакан сұйықтық ішуге, поливитаминді кешендер қабылдау. Дұрыс тамақтану жүкті әйелдің денсаулығына жағымды әсер етеді және баланың жақсы өсуі мен жатырда дамуы үшін қажетті жұғымды элементтерді береді.

Негізгі қағида: тамақ әр түрлі болуы керек, көбінесе табиғи мол болып, жасанды түрде қайта өңделген өнімдер неғұрлым аз болуы керек.

Жүктіліктің бірінші үшайлығында көп көкөністерді, жемістерді, сусындар мен көкшөптерді қамтитын тамақтану режімін сақтау керек. Дәні бұзылмаған жармаларды пайдалану керек.

Жүктіліктің екінші үшайлығы ең жайлы мерзім болып табылады. Осы кезде ас салыстармалы түрде құнарлы болуы мүмкін. Ас мәзірінде жемістер, көкөністер, көкшөптер ғана емес, сондай-ақ ет, сүт өнімдері, жаңғақтар, жұмыртқалар, бұршақ тұқымдастары болуы мүмкін. Бұл кезде ұн өнімдері де қажет: қара нан, кебектер және тазартылмаған күріш қосылған нан.

Жүктіліктің үшінші үшайлығы – бала үшін ең маңызды кезең. Осы мерзімде калорияс аз тамақ болуы керек. Майлы және ұн өнімдерін, кондитер бұйымдарын пайдаланудан алып тастау керек немесе шектеу керек. әсіресе бұл артық салмағы бар әйелдерге қатысты.

Босану кезінде майлы тіндер емес, бұлшық еттер қызмет етеді.

Жүктіліктің соңғы айларында етті пайдалануды шектеу қажет, бұл тіндердің созылмалылығын арттырады да, ол жыртылудың алдын алады және босану кезінде ауырсынуды азайтады.

Жүктіліктің бірінші мерзімінде тамақтану режімі әдеттегідей, күніне 4 рет болуы мүмкін. Екінші мерзімде жүкті әйел күніне 5 – 6 рет тамақтануы керек. Алайда қыжылдау (асқазанда қызу), кекіру немесе іштің кебуі сияқты жағымсыз жағдайлар болмау үшін порциялары өте үлкен болмауы керек.

Во время беременности Ваш организм требует больше питательных веществ, чтобы удовлетворить Ваши потребности растущего плода. Вы и Ваш будущий ребенок постоянно нуждаетесь в белках, углеводах, жирах, клетчатке, витаминах и минералах.

Чтобы получить полноценное питание и сбалансированное количество витаминов и минералов, Вы должны ежедневно получать *четыре основные группы пищевых продуктов*: молоко и молочные продукты, мясо, цельнозерновые (горох, фасоль, кукуруза), хлеб грубого помола и крупы, фрукты и овощи, выпивать 6-8 стаканов жидкости, принимать поливитаминные комплексы. Правильное питание благоприятствует здоровью беременной и поставляет питательные элементы, необходимые ребенку для хорошего роста и внутриматочного развития.

Основной принцип: питание должно быть разнообразным, максимально натуральным и содержать минимальное количество искусственно переработанных продуктов.

В *первый триместр беременности* рекомендуется соблюдать режим питания, включающий много овощей, фруктов, соков и зелени. Необходимо использовать цельные крупы.

Второй триместр беременности считается самым спокойным периодом. В это время пища может быть относительно калорийной. В меню должны быть включены не только фрукты, овощи, зелень, крупы, но также мясо, молочные продукты, орехи, яйца, бобовые. Мучные продукты также необходимы : черный хлеб, хлеб с отрубями и неочищенным рисом.

Третий период беременности - очень важный период для ребенка. В этот период пища должна быть малокалорийной. Следует исключить или ограничить потребление жирных и мучных продуктов, кондитерских изделий. Особенно это важно для беременных женщин с лишними килограммами.

В родах участвуют мышцы, а не жировая ткань.

Следует ограничить потребление мяса в последние месяцы беременности: это повысит эластичность тканей, что послужит хорошей профилактикой разрывов и уменьшит болевые ощущения во время родов.

В первый период беременности режим питания может остаться обычным, 4 раза в день. Во второй период беременная женщина должна питаться 5-6 раз в день. Но порции должны быть не слишком большими, чтобы избежать таких неприятных ощущений, как: изжога (жжение в желудке), отрыжка или вздутие живота.

КҮНДЕЛІКТІ РАЦИОНДЫ ЖАСАУ КЕЗІНДЕ
"ТАМАҚТАНУ ПИРАМИДАСЫН" БАСШЫЛЫҚҚА АЛУ ҚАЖЕТ
ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ЕЖЕДНЕВНОГО РАЦИОНА НЕОБХОДИМО
РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ "ПИРАМИДОЙ ПИТАНИЯ"

- Тағамыңыздың құрылымы пирамида ретінде болуы керек: негізгі бөлігі "базисі" қатты бидай наны, дәнді дақылдар, жарма ботқалары мен макарон бұйымдарынан тұрады. Сізге осы тағамдарды басқаларға қарағанда көбірек жеу керек. Жеміс-жидектер қажетті тамақтанудың екінші орынды алады

. Үшінші, сүт тағамдарын, сондай-ақ ет, бұршақ жұмыртқалары мен жаңғақтарды пайдалану керек. Пирамиданың басында майлар мен тәттілер орналасқан, оларды ең төмен мөлшерде қабылдау керек. Егер Сізде дұрыс тамақтануға қатысты сұрақтар болса, дәрігердің көмегіне жүгініңіз.

- По структуре Ваше питание должно напоминать пирамиду: наиболее широкая часть, "базис", состоит из хлеба грубого помола, зерновых культур, крупяных каш и макаронных изделий. Вам следует есть этих продуктов больше, чем каких-либо других. Фрукты и овощи образуют вторую по величине группу необходимых продуктов питания. Третью, еще меньшую группу составляют молочные продукты, а также мясо, бобовые яйца и орехи. На верхушке пирамиды находятся жиры, масла и сладости, которые рекомендуется есть в минимальных количествах. Если у Вас возникают какие-либо вопросы относительно здорового питания, обратитесь за помощью к врачу.

Майлар,тәттілер

Жиры, сладкое

Сиыр еті, тауық еті,

жидектер, балық,

сүт өнімдері – күніне 2-3рет

Говядина, куриное мясо,

рыба, ягоды, молочные продукты –

2-3 раза в день

Жемістер – күніне 2-4 рет

Көкөністер - күніне 3-5 рет

Фрукты – 2-4 раза в день

Овощи – 3-5 раз в день

Нан, жармалар, күріш,

ұн өнімдері – күніне 5 рет

Жаңадан дайындалған

шырындар – шектеусіз

Свежие соки – без ограничений

ЖЕКЕ ГИГИЕНА
ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА

Тісті күту

Өзіңіздің жүкті екеніңізді білген соң, ұзаққа созбай тіс дәрігеріне барыңыз. Дәрігерге өзіңіздің жүктілігіңіз туралы айтыңыз.

Күн сайын таңертең және ұйықтар алдында тісіңізді тазалаңыз, әрбір ас қабылдағаннан кейін аузыңызды шайыңыз.

Ағзаға тістің сақталуына қажет кальцийдің түсуін қамтамасыз ететін сүт өнімдерін ішіңіз.

Уход за зубами

Узнав, что Вы беременны, безотлагательно нанесите визит к стоматологу. Предупредите врача о своей беременности.

Ежедневно чистите зубы по утрам и перед сном, полощите рот после каждого приема пищи.

Употребляйте в пищу молочные продукты, обеспечивающие поступление в организм кальция, необходимого для сохранения зубов.

Шомылу

Күнделікті ванна немесе душ Сізді сергітеді және көтеріңкі көңіл-күй береді. Шат арасын жақсылап жуыңыз. Жүктіліктің соңғы айларында ванна қабылдау туралы дәрігермен кеңесіңіз.

Купание

Ежедневная ванна или душ освежат Вас и придадут хорошее самочувствие и настроение. Хорошо промывайте область промежности. Проконсультируйтесь с врачом относительно приема ванн в течение последнего месяца беременности.

Киім және аяқ киім

Сіздің киіміңіз кең болуы және қозғалысыңызға кедергі болмауы керек. Аяқ киім ыңғайлы және функциялы болуы тиіс.

Одежда и обувь

Ваша одежда должна быть свободной и не стеснять движений. Одежда должна быть из натуральных, в основном, хлопчатобумажных тканей. Одеваться надо тепло, соответственно погоде. Обувь должна быть удобҒной и функциональной, желательно из натуральных материалов.

Жұмыс

Егер Сіздің қызметіңіздің түрі ауыр еңбекпен немесе зиянды заттармен байланысты болмаса және егер дәрігер жұмысты жүктілік бойынша демалысқа дейін тоқтату қажет деп санамаса, Сіз оны ресімдегенге дейін еңбек етуді жалғастыра аласыз.

Работа

Если род Вашей деятельности не связан с тяжелым физическим трудом или с контактом с вредными веществами и если врач не сочтет необходимым для Вас прекратить работу до декретного отпуска, Вы можете продолжать трудиться вплоть до его оформления.

Жыныстық қатынастар

Жүктілік мерзімі кезіндегі жыныстық қатынастар, сіздің болашақ балаңызға қандай да бір қауіпсіз, жұбайыңыз екеуіңіз қанша қаласаңыз, сонша жиі болуы мүмкін. Шектеу тек түсік тастау қаупі болған жағдайда ғана болуы мүмкін. Бұл кезде дәрігер Сіздерге жүктіліктің бірінші 3 айында жыныстық қатынастан бас тартуды сұрауы мүмкін. Кейбір дәрігерлер босану мерзіміне дейін бірнеше апта қалған кезде жыныстық қатынасты тоқтатуды талап етуі мүмкін. Бұл мәселені дәрігермен талқылау өте маңызды.

Половые контакты

Сексуальные контакты на протяжении почти всей беременности могут быть столь частыми, как того хотите Вы с мужем, без какого - либо риска для будущего ребенка. Исключение должно быть сделано лишь в случае угрозы выкидыша. В этом случае врач попросит Вас воздержаться от контактов в течение первых 3 месяцев беременности. Некоторые врачи настаивают на прекращении половых контактов за несколько недель до срока родов. Очень важно обсудить этот вопрос с врачом .

СҮТ БЕЗДЕРІН КҮТУ
УХОД ЗА МОЛОЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ.

Егер сіз мықты төсемдері бар бюстгальтер кисеңіз - өзіңізді ыңғайлы сезінесіз. Егер сіздің омырауыңыз үлкен болса, ұйықтаған кезде де бюстгальтерді шешпеңіз. Шамамен жүктіліктің ортасында емізіктерден түссіз немесе сарғылт түсті сұйықтық – уыз шығуы мүмкін. Егер уыз қатып қалса, ол сүт бездері сүттің пайда болуына дайындалып жатқанын білдіреді. Егер уыз қатпарланып қатып қалса, оны жылы сумен жуып кетіріңіз (сабын тітіркендіруі мүмкін). Бюстгальтерге сұйықты бойына сіңіретін мақта тампон салып алыңыз.

Вы почувствуете себя комфортно, если будете носить бюстгальтер с плотными прокладками. Если у Вас большая грудь, не снимайте бюстгальтер во время сна. Примерно в середине беременности из сосков могут выделяться капли бесцветной или желтоватой жидкости - молозиво. Его появление означает, что молочные железы готовятся к появлению молока. Если молозиво засыхает, образуя корочки, удалите их теплой водой (мыло может вызвать раздражение). Кладите в бюстгальтер ватный тампон, который будет впитывать жидкость.

Перзентханада болуға дайындық

Перзентханада болу үшін барлық қажет нәрселерді босанудың болжанып отырған мерзіміне дейін мүмкіндігінше 3-4 күн бұрын дайындаған жөн.

Подготовка к пребыванию в родильном доме

Желательно собрать все необходимое для пребывания в родильном доме за 3- 4 дня до предполагаемого срока родов.

ПЕРЗЕНТХАНАҒА ТҮСЕТІНДЕРГЕ АРНАЛҒАН ЖАДНАМА
ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ В РОДДОМ

Өзімен бірге әкелетін заттар: жеке куәлік, жүкті және босанатын әйелдің ауыстырмалы – хабарлау картасы, иіс сабын, тіс щеткасы және пастасы, тарақ, шоколад немесе екі алма, тері

тапочка, гигиеналық пакеттер. Барлығын целлофан пакетке салу керек. Өзімен бірге бір адам ілестіріп келу керек. Барлық ақша мен бағалы заттарды (сырға, сақина, сағат) үйде қалдырған жөн . Қол-аяқтың тырнақтарын үйден алып, тырнақтардағы лактарды кетіру керек.

Бала үшін: бас киім, нәскилер, қолғаптар, байкадан тігілген көйлектер, памперстер, шалбарлар. Барлық заттарды жуу және үтіктеу керек.

Иметь при себе: удостоверение, обменную карту беременной и родильницы, мыло туалетное, зубную щетку и пасту, расческу, шоколад или два яблока, тапочки кожаные, гигиенические пакеты. Все сложить в целлофановый пакет. Прийти с сопровождающим. Оставить дома деньги и все ценные вещи (серьги, кольца, часы). Дома подстричь ногти на руках и ногах, снять лак с ногтей.

Для ребенка: шапочка, носочки, варежки, распашонки байковые, памперсы, ползунки. Все вещи нужно постирать и погладить.

ЕМШЕКПЕН ҚОРЕКТЕНДІРУ
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Әр ана өз баласын емшегімен емізе алады. Емшек сүті Сіздің балаңыз үшін ең жақсы тамақтану болып табылады. Онда жұғымды заттар, витаминдер, минералдар мен микроэлементтер тиімді үйлестірілген, емшек сүтінің құрамы баланың қажеттілігіне байланысты өзгеруі мүмкін. 4-6 айға дейін тек емшек сүтімен тамақтанған балалар тамақтануына су немесе басқа қандай да бір сусындарды қажет етпейді. Емшек сүтінің құрамында қорғаныш факторлары бар және өзі де стерильді болып, баланы барлық ішек және т.б. аурулардан сақтайды. Емшекпен емізу құрамында мидың дамуына ықпалын тигізетін витаминдер, гормондар, липидтер бар болғандықтан, балалардың нерв-психакалық дамуына жақсы әсер етеді.

Емшекпен емізу анаға да пайдалы, өйткені ол келесі жүктіліктен сақтауға көмектесіп, келешекте мастопатиядан, сүт бездерінің және анабездің обырынан сақтайды.

Емшекпен емізу экономикалық тұрғыдан да отбасы үшін тиімді: сүт әрқашан болады, ол жылы және стерильді, құрғақ ұнтақты сатып алудың және оны дайындаудың қажеті жоқ. Баланы жасы бойынша қосымша тамақтандыруды 4-6 айдан кейін бастаған дұрыс.

Жас нәрестені бірінші рет тамақты анасының уызымен бірге бала бірінші иммундауды алу үшін немесе басқаша айтқанда, жұқпадан қорғау үшін туған соң жарты сағаттан кейін беру керек. Баланы қажеттілігі бойынша тамақтандыру керек: бала емшекті қаншалықты жиі және ұзақ емсе, анасында соншалықты сүті мол болады.

Үйдегі жағымды жағдай, анасының толыққанды демалысы мен тамақтануы, отбасы мүшелерінің көмегі баланы анасының бір жасқа немесе екі жасқа дейін емізуіне көмектеседі.

Толыққанды емшекпен тамақтандыру Сіздің балаңызға дені сау болуына, дене бітімі мен ақыл-есінің дамуына, ал Сізге ана болу бақытын шынайы сезінуге мүмкіндік береді.

Каждая мать может кормить своего ребенка грудью. Грудное молоко является лучшим питанием для Вашего малыша. В нем идеально сбалансированы питательные вещества, витамины, минералы и

микроэлементы, более того, состав грудного молока может меняться соответственно потребностям ребенка. Здоровые дети, находящиеся на исключительно грудном вскармливании до 4 - 6 месяцев, не нуждаются в добавке воды или другого питья и питания. Грудное молоко содержит защитные факторы и, само являясь стерильным, надежно защищает младенца от кишечных расстройств, инфекций дыхательных путей и т. д. Грудное вскармливание положительно влияет на нервно-психическое развитие детей из-за содержания в нем витаминов, гормонов, липидов, способствующих развитию головного мозга.

Кормление грудью полезно и для матери, потому что оно служит естественным методом предохранения от следующей беременности, снижает риск заболевания в будущем мастопатией, раком молочной железы и яичников.

Грудное вскармливание выгодно для семьи и с экономической точки зрения: молоко всегда есть, оно теплое и стерильное, нет необходимости покупать и готовить смеси для ребенка. Прикорм ребенка по возрасту следует начинать после 4-6 месяцев.

Первое кормление новорожденного важно провести в первые полчаса после рождения для того, чтобы вместе с молозивом матери ребенок получил первую иммунизацию, или, другими словами, защиту от инфекций. Кормить малыша необходимо по потребности: чем чаще и дольше ребенок будет сосать грудь, тем больше молока будет у матери. Доброжелательная обстановка в доме, полноценный отдых и питание матери, помощь членов семьи помогут матери кормить ребенка только грудью до 4 - 6 месячного возраста, а в дальнейшем, введя прикорм по возрасту, продолжить грудное вскармливание до одного года или двух лет.

Полноценное грудное вскармливание дает возможность Вашему ребенку быть здоровым, развитым физически и интеллектуально, а Вам испытать истинное чувство материнства.

ЖАС НӘРЕСТЕНІҢ ТЕРІСІН КҮТУ
УХОД ЗА КОЖЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО

Жас нәрестенің терісін дұрыс күту үшін:

- Балаларды күтуге арналмаған жуғыш заттарды пайдаланбау

- Жөргектерде несеп, нәжіс жұғындары, жуғыш заттардың қалдықтары сияқты сыртқы тітіркендіргіштердің әсерін азайту

- Теріні таза ұстау, жөргектер мен жаялықтарды жиі ауыстыру

Үнемі ылғалды сорып алатын және үйкелісті азайтатын, сыртқы тітіркендіргіштермен байланыстан қорғайтын "кедергі" кремдерді, балаларға арналған ұнтақтарды пайдалану

- Үйдегі температура мен ылғалдылықты бірқалыпты ұстау кажет.

Для правильного ухода за кожей новорожденных необходимо:

- Не использовать моющие средства, не предназначенные для ухода за детьми;

- Уменьшить воздействие внешних раздражителей, таких, как моча, фекалии, остаточные пеленках;

- Поддерживать чистоту кожи, чаще менять пеленки и подгузники;

- Постоянно использовать "барьерные" кремы, защищающие кожу от контакта с внешними раздражителями, детские присыпки, поглощающие влагу и снижающие трение;

- Поддерживать в доме нормальную температуру и влажность.

Баланы күтуде балалар гигиенасы құралдарының рөлі

Балалар терісін күту үшін арнайы әзірленген құралдар дұрыс күтуді және болуы мүмкін тері зақымдануының алдын алуды қамтамасыз етуде атқаратын рөлі зор. Олар өздері қандай да бір түрде осы зақымдардың пайда болуына ықпал етпейді. Мұндай жоғары талаптарға тек бала терісінің ерекшеліктерін ескере отырып, технологиялық стандарттар қатаң сақталған сенімді және қауіпсіз компоғненттерден жасалған, сапасы қатаң бақылаудан өткен, сондай-ақ арнайы клиникалық сынақтардан өткен құралдар ғана с?йкес келуі мүмкін.

Роль средств детской гигиены в уходе за ребенком

Специально разработанные средства для ухода за детской кожей играют важную роль в обеспечении правильного ухода и профилактики всевозможных кожных нарушений. Естественно, что они не должны сами каким-либо образом способствовать возникновению этих нарушений. Таким высоким требованиям могут соответствовать только средства, разработанные с учетом особенностей детской кожи, произведенные из надежных и безопасных компонентов при строжайшем соблюдении технологических стандартов, прошедшие строжайший контроль качества, а также специальғные клинические испытания.

БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢ ГИГИЕНАСЫ
ГИГИЕНА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Сіз перзентханадан үйге оралғанға дейін пәтеріңізде жалпы тазалық жұмысы жүргізілуі керек .

Босанудан кейінгі кезеңде Сіз күндіз демалуыңыз керек, өйткені Сізге баланы күту үшін түнде тұру қажет болады. Сізге қатты шаршауға болмайды, бұл Сіздің денсаулығыңыз және емшек сүтіңіздің нәрлілігіне әсер етеді.

Сіз өз денеңіздің тазалығына мұқият қарауыңыз керек.

Сүт бездерін бірқалыпты ұстау үшін Сізге чашкелері бар бюстгальтер кию керек, ол кеудені қыспай, керісінше көтеріп тұруы тиіс. Бюстгальтерді күн сайын ауыстырып отырған жөн.

Сіздің асыңыздың құрамында нәруыздар, майлар, көмірсулар, витаминдер, минералдар мен микроэлементтер жеткілікті болу керек. Емізетін ананың толыққанды тамақтануы жас нәрестенің толыққанды тамақтануының кепілі болып табылады. Емізетін ананың арнайы поливитаминдік кешендерді қабылдауы емшек сүтін өмірлік маңызды заттармен байытуға мүмкіндік береді және жас нәрестенің өсуіне ықпал етеді.

Жыныстық қатынастарға босанғаннан кейін екі айдан кейін және дәрігердің тексеруінен кейін рұқсат етіледі. Емшекпен емізу кезінде жүктіліктің басталуы орынсыз, сондықтан Сізге дәрігерден контрацепция және отбасын жоспарлаудың қазіргі заманғы әдітері туралы кеңес алу керек.

Босанудан кейін алғашқы айларда ауыр жұмыстар жасауға болмайды.

Өзін-өзі нашар сезінген жағдайда әйелдер консультациясына немесе емханаға, ал балаңыз ауырған кезде – балалар емханасына хабарласыңыз.

Үйде емдеу шараларын жасамаңыз.

Перед Вашим возвращением из роддома в квартире должна быть проведена генеральная уборка.

В течение послеродового периода Вы должны отдыхать днем, так как ночью Вам приходится вставать для ухода за ребенком. Вам не следует допускать переутомления, это может сказаться на Вашем здоровье и грудном вскармливании.

Вы должны тщательно следить за чистотой Вашего тела.

Для поддержания молочных желез Вам следует носить бюстгальтер с чашечками, он должен приподнимать, но не сдавливать грудь. Бюстгальтер желательно менять ежедневно.

Ваша пища кормящей матери должна содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минералов и микроэлементов. Полноценное питание кормящей матери является залогом полноценного питания новорожденного. Прием кормящей матерью специальных поливитаминных комплексов позволит обогатить грудное молоко жизненно важными веществами и будет способствовать росту новорожденного.

Половая жизнь разрешается только через два месяца после родов и после осмотра врача. Наступление беременности во время кормления грудью нежелательно, поэтому Вам необходимо получить совет у врача о современных методах контрацепции и планирования семьи.

Выполнение тяжелых работ в первые месяцы после родов недопустимо.

В случае недомоганий немедленно обратитесь за помощью в женскую консультацию или поликлинику, а при заболевании ребенка – в детскую поликлинику.

Не применяйте домашних способов лечения.

АНАҒА ҚҰТТЫҚТАУЛАР!
ПОЗДРАВЛЕНИЯ МАМЕ!

Ана болу әйел алдында үлкен ғажайып әрі беймәлім әлемді ашады. Әр жүктілік бірегей және еш нәрсеге қарамастан, осының барлығын көптеген сансыз отбасыларда көптеген рет болса да, әр жүкті әйел мұндай тәжірибені өзінше өткереді.

Жас нәрестенің дүниеге келуі – үлкен қуаныш. Бұл сонымен қатар барлық отбасы үшін сынақтар кезеңі: үйреніп қалған әдеттер өзгереді, жаңа жұмыстар пайда болады. Ата-ана болу – жас нәрестеге деген жауапкершілік қана емес, бұл – зор бақыт.

"Үлгілі ата-ана" болуға тырысыңыздар. Әрбір бала – қайталанбайтын тұлға. Туған сәттен бастап ол – жеке тұлға. Ең бастысы, Сіз және сәбиіңіз бір-біріңізді жан жүрегіңізбен түсініп, жақсы көруіңіз.

Материнство открывает перед женщиной огромный мир – удивительный и незнакомый. Каждая беременность уникальна, и, невзирая на то, что, это случалось великое множество раз в бесчисленных семьях, каждая беременная женщина переживает этот опыт по своему.

Появление новорожденного – большая радость. Это также и период испытаний для всей семьи: меняется привычный уклад жизни, появляются новые заботы. Быть родителями – это не только чрезвычайная ответственность за новорожденного, но и великое счастье.

Стремитесь стать "идеальными родителями". Каждый ребенок неповторим. С момента рождения он – личность. Главное, чтобы Вы и малыш понимали и любили друг друга всем сердцем.

ЖАС НӘРЕСТЕНІҢ ӘКЕСІНЕ!
ОТЦУ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА!

Перзентхана жұмыскерлері Сізді өміріңіздегі ең қуанышты сәт – балаңыздың дүниеге келуімен шын жүректен құттықтайды!

Сіздердің қамқор және жанашыр ата-ана болатындарыңызға және баланы мықты және дені сау етіп өсіруге барлық күш-жігеріңізді аямайтындарыңызға сенім мол.

Работники родильного дома от всей души поздравляют Вас с радостным событием в Вашей жизни – рождением ребенка!

Мы уверены, что Вы будете заботливыми и внимательными родителями, сделаете все зависящее от Вас, чтобы вырастить малыша крепким и здоровым.

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 125/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 125/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ЭКҰ ТАҒАЙЫНДАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ ЭКО

Гепатит Күйеуі (Муж): Әйелі (Жена):	Жатыр түтігі (Маточные трубы) Оң (Правая): Сол (Левая):	Menses с_____ бастап (дня) по _____ дейін (дней)

Жеке карта (Индивидуальная карта) №_____ бағдарлама (программа)

Донор ПАРАҒЫ (ЛИСТ донора) №_____

ЭКҰ ҰТ (М) (Д) ТАҒАЙЫНДАУ ПАРАҒЫ (ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ ЭКО ПЭ (М) (Д)

№_____

ДҰЖ ЭКҰ ҰТ (М) (Д) (ЭКО Д.Я. ПЭ (М) (Д) №_____ИИС (М) (Д)

№_____

ТАӘ

(ФИО)_____

Кестеге қосу күні (дата включения в схему) 20___жыл (год)_____

Саны Число																				

Цикл күндері Дни цикла	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Дека-пептил дели 0,1мг																					
Цетротид 0,25																					
Жоғарыда аталған препараттардың кез келгенін енгізгеннен кейін Сізге қанды шығындылар келе бастағаннан кейін 2-ші күні немесе етеккір келмесе, бірінші дозаны енгізуден 10 күн өткеннен кейін дәрігерге қаралу қажет! После введения любого из вышеуказанных препаратов Вам необходимо явится на прием к врачу на 2-й день после начала кровянистых выделений или через 10 дней со дня введения первой дозы препарата, если менструация не наступила!																					
Менапур																					
Гонал – ф																					
Клос-тилбегит 50мг																					
	Күніне 2 рет 1 таблетка (12 сағат сайын) (По 1 таблетка 2 раза в день (через 12часов)																				
Декса-метазон 0,0005г	Тамақтан кейін күніне _____ рет _____таблетка (По _____ таблетка _____раза в день после еды)																				
Хорагон Дефе-	_____ д.м.ц.-ға сағ._____ бұлшықет арасына _____ мың.бір. _____ д.м.ц.-ға сағ._____ тері ішіне _____ _____ампула																				

релин дели 0,1мг	(_____тыс.ЕД. внутримышечно в _____час. на _____ д.м.ц. _____ампула подкожно в _____час. на _____д.м.ц)																					
УД мони-торинг																						
Фо-лли ку-ла-лар өө	Оң аналық без Правый яичник																					
	Сол аналық без Левый яичник																					
Эндо-метрия																						
ЖКҚ																						
Ұрықты тасы-малдау (Пере-нос эмбри-она)																						
Инсеми-нация																						
Емшараны бастау уақыты (Время начало проце-дуры)																						
Алынған гормон-дар саны (Коли-чество взятых гормо-нов)																						

Шарт берілді (Договор выдан) Күні (Дата)_____Қолы

(Подпись) _____

Емшараға ақы төленді (Оплачена процедура) Күні (Дата)_____Қолы

(Подпись) _____

Күре тамырдың ішіндегі наркозға ақы төленді

(Оплачен внутривенный наркоз) Күні (Дата)_____Қолы

(Подпись) _____

Донорлыққа ақы төленді Күні (Дата)_____Қолы

(Оплачено донорство) (Подпись) ____

Ұрықтарды криоген консервациялау Күні (Дата)_____Қолы

(Подпись) ____

(Криоконсервация эмбрионов)

Пункция алдындағы
ЖАДЫНАМА

ПАЦИЕНТКЕ:

1. Сіздің пункцияңыз 20___ ж. "___"_____,

сағат_____ белгіленген.

2. Инъекция жасау _____ *бұлшықет арасына/тері ішіне*

құрсақтың алдыңғы қабырғасына _____бір, күні

"____"_____ уақыты_____.

3. Душ қабылдау, қынапқа кіреберістегі шашты қыру қажет.

4. Өзімен бірге халат, шәрке, іш көйлек, шұлық, төсеніш болуы тиіс.

5. **Назар аударыңыз!** Наркоз берілетін болса – емшара қолдану күнінің алдындағы кешінде ғана тамақтану, дәрі-дәрмекті немесе сұйықтықты, оның ішінде су ішу қажет! Таңертең ЕШТЕҢЕ ішуге, жеуге, дәрі-дәрмекті қабылдауға, сағызды шайнауға болмайды! (асқынуларды болдырмау үшін). Пункция жасау күні декоративтік опа-далапты пайдалануға болмайды!

6. Өзімен бірге болуы тиіс: _____

7. Ақы төлеуге: _____

ЖҰБАЙЫНА:

1. 3-5 күн ішінде жыныстық қатынастан тартыну қажет.

2. Пункция жасау күні - сағат_____ келу қажет.

Дәрігер _____ Дәрігер-анестезиолог_____ Пациент_____

Танысу күні _____

ПАМЯТКА
перед пункцией

ПАЦИЕНТКЕ:

8. Ваша пункция назначена на "___"_____ 20___ г., время_____

9. Сделать инъекцию _____ *внутримышечно/подкожно в*

переднюю стенку живота _____ед, дата "____"_____

время_____.

10. Принять душ, побрить волосы при входе во влагалище.

11. Иметь с собой халат, тапочки, ночную рубашку, носки, прокладку.

12. Внимание! Если предполагается наркоз - последний прием пищи, лекарств или жидкости, в том числе воды - накануне вечером! С утра ничего НЕ пить, НЕ принимать пищу, таблетки, НЕ употреблять жевательную резинку! (во избежание осложнений). В день пункции не пользоваться декоративной косметикой!

13. Принести с собой: _____

14. На оплату: _____

СУПРУГУ:

1. Половое воздержание 3-5 дней.

2. Прийти в день пункции к _____ часам.

Врач _____ Врач-анестезиолог_____

Пациент(ка)_____

Дата ознакомления_____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 2009/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 2009/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ТІРІ ТУҒАН, ӨЛІ ТУҒАН ЖӘНЕ 5 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ ҚАЙТЫС БОЛҒАН БАЛАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ
КАРТА УЧЕТА РОДИВШЕГОСЯ ЖИВЫМ, МЕРТВОРОЖДЕННОГО И УМЕРШЕГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

1. Картаның тіркеу нөмірі _____ Регистрационный номер карты	ТМН/РМН ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. Тегі* (Фамилия*) _____ аты (имя) _____

әкесінің аты (отчество) _____

3. ЖИН (ИИН) _____

4. Жынысы (пол):	☐	ер, (муж-ской)	☐	әйел, (женский)	☐	анықталған жоқ** (не определен**)

5. ұлты ***(национальность***) _____

6. Жағдайы туу кезіндегі (Состояние при рождении):	☐	тірі туғандағы (живорож-денный),	☐	өлі туғандағы (мертво-рож-денный),	☐	босануға дейінгі жағдайын-дағы	☐	босану кезіндегі
						(до начала родов),		(во время родов)

7. Туған күні (Дата рождения)_____ күні (число) _____

ай (месяц) _____ жыл (год)_____ уақыты (сағат, минут) (время (час,

минут)) _____

7.1 Туған жері (место рождения):

☐

стационарда (в стационаре) ****,

☐

басқа жерде

(в другом месте),

☐

үйде (дома)

8. Ауыстырылды: (Переведен)	☐	жаңа туғандар патологиясы және балалар стационарының шала туғандарды күтіп-бағу бөлімшесіне, (в отделение патологии новорожденных и	☐	өңірлендірудің 3-деңгейі перзентхананың жаңа туғандар патологиясы және балалар стационарының шала туғандарды күтіп-бағу бөлімшесіне (в отделение патологии новорожденных и

		выхаживания недоношенных детского стационара),		выхаживания недоношенных родильного дома 3 уровня регионализации),
☐		басқа стационарға (в другой стационар).		
9. Ауыстыру күні (дата перевода): _____ күні (число)_____ ай (месяц)_____ жыл (год)_____ уақыты (сағат, минут) (время (час, минут))_____				
10.Шығарылды (Выписан):		☐		тұрғылықты жері бойынша учаскеге (на участок по месту жительства).

11. Шығарылған күні (қайтыс болған)(Дата выписки (смерти)) ____

күні(дата) _____ ай (месяц) _____ жыл (год) _____ уақыты

(сағат, минут) (время (час, минут)).

12. Тұрғын (житель):

☐

қала (город),

☐

ауыл (село).

13. Тұрғылықты жері (Место жительства): облыс/республикалық маңызы

бар қала (область/город республиканского

значения)_____аудан/облыстық маңызы бар

қала (район /город областного значения) _____, елді

мекен (населенный пункт) _____,

үй мекенжайы (домашний

адрес)_____.

14. Тіркелген ұйым (Организация

прикрепления)_____

15. Туған кезіндегі баланың массасы (салмағы) (өлі туған) (Масса

(вес) ребенка (мертворожденного) при рождении) _____ гр.

16. Туған кезіндегі баланың бойы (ұрықтың) (Рост ребенка (плода) при

рождении) _____ см.

17. Анасының туған күні (Дата рождения матери): _____күні (дата)

_____ай(месяц) _____жыл (год)

18. Анасының отбасы жағдайы (Семейное положение матери):		☐	некеде (состоит в браке),	☐	некеге тұрған жоқ (не состоит в браке),	☐	жесір (вдова),
☐	айырылысқан (разведена),	☐	анықталмаған (неизвестно).				

19. Жүктілік мерзімінде бала туды (Ребенок родился при сроке

беременности)_____ толық аптасы (полных недель).

19.1. Босанудың саны (которые по счету роды)_____

20. Анасында нешінші туған бала (Который по счету родившийся ребенок

у матери)_____.

20.1. Нешінші жүктілік (которая по счету беременность)_____

21. Қайтыс болған жері (Место смерти): облыс/ республикалық маңызы

бар қала (область/город республиканского значения)

_____,

аудан/облыстық маңызы бар қала (район/город областного значения)

_____, елді мекен (населенный

пункт)_____,

медициналық ұйым (медицинская

организация)_____.

22. Қайтыс болған уақыты (өлі туған) (Смерть (мертворождение) наступила):		☐	стационарда (в стационаре),	☐	үйде (на дому),	☐	балалар үйі (дом ребенка),						
☐	перзентхана (родильный дом),	☐	басқа жерде (в другом месте).										
23. Перзентхана бөлімшесінде қайтыс болған жағдай (В случае смерти в родильном отделении):		☐	перзентхана бөлімшесінде бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы (умер до суток пребывания в родильном отделении);										
стационарда (в стационаре):	☐	стационарда бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы (умер до суток пребывания в стационаре).											
24. Баланың қайтыс болу себептері (өлі туған) (Смерть ребенка (мертворождение) произошла от):		☐	аурудан (заболевания),	☐	жазатайым оқиғадан (несчастного случая),	☐	өлтіріп алудан (убийства),						
☐	белгіленген жоқ (не установлено).												

24.1. Баланың стационарда және перзентханада қайтыс болу (өлі туған) жағдайында МҰ перинаталды көмектің өңірлендіру деңгейі (В случае смерти ребенка (мертворождения) в стационаре и родильном доме указать уровень регионализации перинатальной помощи МО): 1, 2, 3, 4.

25. 10-ХАЖ бойынша өлім себептері қайтыс болған және өлі туған баланың ****** (Причина смерти по МКБ-10 умершего ребенка и мертворожденного):

	Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз)	Патологоанатомиялық диагнозы (Патологоанатомический диагноз)	10-ХАЖ коды (код МКБ-10)
a)			
b)			
c)			
Анасының денсаулығының жай-күйі (Состояние здоровья матери)			
d)			
e)			

26. Өлімнің алдын алу******* (предотвратимость смерти):	☐	жоқ (нет)	☐	иә (да)	☐	шартты алдын алу (условно предотвратима)

	Медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации)	Өлімнің алдын алу (Предотвратимость смерти)	
		Иә (да)	Шартты алдын алу (Условно предотвратима)
a)			
b)			
c)			

27. Қайтыс болу туралы дәрігерлік куәлік берген денсаулық сақтау

ұйымдарының атауы (Наименование организации здравоохранения, выдавшей

врачебное свидетельство о смерти):

_____

28. Қайтыс болу туралы дәрігерлік куәлік берген медицина

қызметкерінің ТАӘ (ФИО медицинского работника, выдавшего врачебное

свидетельство о смерти):

_____

_____

Картаны толтыру күні "_____" _____ 20____ жылы (год).

Дата заполнения карты

Оператордың ТАӘ _____ картаны енгізу күні "_____"

_____ 20____ жылы (год).

ФИО оператора Дата ввода карты

Ескерту (Примечание):

* - өлі туғандарға анасының фамилиясы жазылады, анасын белгілеу мүмкіншілігі болмаған жағдайда белгісіз деп көрсетіледі (для мертворожденных записывается фамилия матери, в случае невозможности установления матери - указывается как неизвестный);

** - перинаталды өлім-жітім жағдайы үшін (для случаев перинатальной смертности);

*** - перинаталды өлім-жітім кезінде баланың ұлты, анасының ұлты бойынша жазылады, басқа жағдайда ата-анасының ауызша берген жауабы бойынша (национальность ребенка записывается при перинатальной смертности по национальности матери, в других случаях по устному заявлению родителей);

**** - перзентханада туған жағдайда өңірлендіру деңгейі 1, 2, 3, 4 (республиканская клиника) (в случае рождения в родильном доме указать уровень регионализации 1, 2, 3, 4 (республиканская клиника));

***** - перинаталды өлім-жітімі кезінде баланың тұрғылықты жері, анасының тұрғылықты жері бойынша жазылды. Таяу және қиыр шет елдердің тұрғындары үшін, елдің атауы ғана көрсетіледі (

место жительства ребенка при перинатальной смертности записывается, по месту жительства матери. Для жителей дальнего и ближнего зарубежья указывается только страна);

******а) өлім-жітім себептері болып табылатын (бір ауруды көрсету), баланың (ұрықтың) негізгі ауруы және жай-күйі (основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указать одно заболевание)),

b) баланың (ұрықтың) басқа ауруы немесе жай-күйі (другие заболевания или состояния, у ребенка (плода),

c) баланың өлім-жітімінің себептеріне негізделетін (ұрықтың), анасының негізгі ауруы немесе жай-күйі (одан кейінгі жай-күйі) (основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода),

d) ананың басқа аурулары (одан кейінгі жай-күйі) (другие заболевания матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода),

e) басқа қосымша жай-күйі (другие сопутствующие состояния);

*******- өлім-жітімнің алдын алуын ҚР ДСМ сарапшылар анықтайды. Егер де өлім-жітімнің алдын алу немесе шартты алдын алу жағдайы болған жағдайда, медициналық ұйым көрсетіледі, оның деңгейінде өлім-жітімінің алдын ала алынған болса. Бірнеше ұйым көрсетілуі мүмкін (предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. В случае если смерть была предотвратима или условна предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Может быть указано несколько организаций).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 2009-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 2009-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

АНА ӨЛІМ-ЖІТІМІН ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ
КАРТА УЧЕТА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

1. Картаның тіркеу нөмірі _____ Регистрационный номер карты	МТН/РМН: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

2. Карта:	☐	Бірінші рет (первичная),	☐	Екінші рет(вторичная)

3. Тегі (Фамилия) _____ аты (имя) _____әкесінің

аты (отчество) _____

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Туған күні (Дата рождения) _____ (число) _____айы (месяц)

_____жылы (год)

6. Жасы (Возраст) толық жасы (полных лет) _____

7. ЖИН (ИИН) _____

8. Қайтыс болған күні (Дата смерти) _____ (число) _____ айы (месяц) _____ жылы (год);	9. Тұрғыны (Житель):	☐	Қала (горо-да,)	☐	Ауыл (села)

9. Тұрғылықты жері (Место жительства): облыс/республикалық маңызы бар

қала (область/город республиканского значения)

_____,

аудан/облыстық маңызы бар қала (район/город областного значения)

_____ елді мекен (населенный пункт)

_____,

үйінің мекенжайы (домашний

адрес)_____.

10.Тіркеу ұйымы (Организация прикрепления)

_____

11. Қайтыс болған жері (Место смерти): облыс/ республикалық маңызы

бар қала (область/город республиканского

значения)_____

аудан/облыстық маңызы бар қала (район/город областного значения)

_____ елді мекен (населенный пункт).

_____

12. Жүктілігі бойынша тіркеуге алынған күні (Дата взятия на учет по

беременности) (мерзімі _____ толық

апта)_____.

13. Жүктілігі бойынша тіркеуде тұрған ұйым (Организация, в которой состояла на учете по беременности)

_____

14. Босандыру күні (Дата родоразрешения), аборт (аборта) _____ күні (число)_____ айы (месяц) _____ жылы (год).

15. Босандыру орны (Место родоразрешения), аборт (аборта), соның ішінде өңірлендіру деңгейін ескере отырып (в т.ч. с учетом уровня регионализации):

☐	стационарда (в стационаре, (1,2,3,4***),	☐	үйде (на дому),	☐	басқа жерде (другом месте).

16. Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ толық апта (полных недель).

17. Өлім (Смерть наступила в период):	☐	жүктілік (беремен ности),	☐	босану кезінде (в процессе родов),	босанған-нан кейін (послеро-довой).
18. Босанғаннан кейінгі кезеңде қайтыс болған жағдайда өмір сүрген күндерінің саны (Количество прожитых дней в случае смерти в послеродовой) период): ☐ босанғаннан кейін 42 күн ішінде (в течение 42 дней после родов)					
аборт (аборта),	☐	босанғаннан кейін 43 күннен 365 күнге дейін (от 43 до 365 дней после родов).			

19. Жүктілігінің саны (Которая по счету беременность) _____

20. Босануының саны (Которые по счету роды) _____

21. Өлім (Смерть наступила):	☐	стацио-нарда (в стационаре,	☐	үйде (на дому,)	☐	басқа жерде (другом месте).
22. Өлім (Смерть наступила в результате:		☐	аборт (аборт),	☐	жатырдан тыс жүктілік (внематочная беременность),	
☐	жүктілікке байланысты аурулар (заболевания, связанные с беременностью),	☐	жүктілікке байланысты емес аурулар (заболевания, не связанные с беременностью).			

22.1. Стационарда және перзентханада қайтыс болған жағдайда өңірлендіру деңгейі көрсетілсін (В случае смерти в стационаре и родильном доме указать уровень регионализации МО: 1 , 2, 3, 4***).

23.

	Клиникалық диагноз (Диагноз клинический):	10-ХАЖ коды (код МКБ -10)
a)		
b)		
c)		

24.

	Қайтыс болу себебі 10-ХАЖ* бойынша патологиялық-анатомиялық диагноз (Причина смерти (патологоанатомический диагноз) по МКБ-10*:)	10- ХАЖ коды (код МКБ -10)
a)		
b)		
c)		
d)		

25. Өлімнің алдын алу (Предотвратимость смерти**):	☐	жоқ (нет)	☐	бар (да)	☐	Шартты түрде алдын алу (условно предотвратима)

	Медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации)	Өлімнің алдын алу (Предотвратимость смерти)	
		(да)	Шартты түрде алдын алу (Условно предотвратима)
a)			
b)			
c)			

26. Өлім туралы дәрігерлік куәлікті берген денсаулық ұйымының атауы (Наименование организации здравоохранения, выдавшей врачебное свидетельство о смерти):_____ _____

27. Өлім туралы дәрігерлік куәлікті берген медициналық қызметкердің ТАӘ (ФИО медицинского работника, выдавшего врачебное свидетельство о смерти):

_____

_____

Картаны толтыру күні (Дата заполнения карты) "____" _____

20____ жыл (год).

Оператордың ТАӘ (ФИО оператора) _____ картаны бастау

күні (Дата ввода карты) "____" _____ 20____ жыл (год).

Ескерту (Примечание*):

a) тікелей өлімге әкелген ауру немесе жағдай (болезнь или состояние,

непосредственно приведшее к смерти);

b) тікелей себептің пайда болуына әкелген патологиялық жағдай

(патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной

причины);

c) өлімнің негізгі себебі (основная причина смерти);

d) өлімге әкелген, бірақ аурумен немесе патологиялық жағдаймен байланысы жоқ басқа маңызды жағдайлар (прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней).

- өлімнің алдын алуды ҚР ДСМ сарапшылары айқындайды. Егер өлімнің алдын алынса немесе шарты түрде алдын алынса өлімнің алды алынған медициналық ұйым көрсетіледі. Бірнеше ұйым көрсетілуі мүмкін (- предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. В случае если смерть была предотвратима или условна предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Может быть указано несколько организаций).

- 4- республикалық клиникаларды, ғылыми орталықтарды, ҒЗИ санмен белгілеу (- 4 - цифровое определение республиканских клиник, научных центров, НИИ).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін

	атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 135/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 135/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года№ 907____

Сноска. Приложение дополнено Формой 135/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Медициналық араласушылықтарды жүргізу кезіндегі
апаттық жағдайларды тіркеу
журналы
Журнал
регистрации аварийных ситуаций
при проведении медицинских манипуляций

Басталды " "_____ ж.
Начат " "_____ г.
Аяқталды " "_____ ж.
Окончен "___" _____г.

№	Жарақат алған адамның хабарлама берген күні, уақыты Дата, время обращения пострадавшего	Жарақат алған адам жөнінде мағлұмат қабылдаған қызметкер Сотрудник, принявший сообщение, либо пострадавшего (Ф.И.О., должность)	Апаттық жағдай нәтижесінде жарақат алған адам жөнінде мағлұмат Данные о пострадавшем в результате аварийной ситуации					Апаттық жағдай жөнінде мағлұмат Данные об аварийной ситуации		Жа жі ат не жа ал ад ке қа Ке пе со ОЙ ли об са по
			Аты, жөні, тегі (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы, тел (үй, ұялы) Домашний адрес, тел. (дом., моб.)	Жұмыс орны, лауазымы Место работы должность	Апаттық жағдай болған күні, уақыты Дата, время авариионой ситуации	Апаттық жағдайдың сипаттамасы, жүргізілген шаралар Обстоятельства, что сделано	
1	2	3	4		5	6	7	8	9	

продолжение таблицы

Болжалды жұқтыру көзі деректері және оны АИТВ тестілеуден өткізу (апат	Зардап шегушінің (тестілеу хаттамасының нөмірі мен күнін көрсете отырып) АИТВ-ға тестілеу нәтижелері		Байланыстан кейінгі алдын	

жағдайынан алдында немесе кейін дереу) Данные о предполагаемом источнике заражения и его обследовании на ВИЧ (до или сразу после аварийной ситуации)	**Результаты обследования на ВИЧ (с указанием номера протокола и даты теста) пострадавшего**			**В және С тексерілгендігі жөнінде, ВГВ егілгендігі Обследование на ВГВ, ВГС, вакцинация от ВГВ**	**алу көрсеткіші Результат обращения в ОЦ СПИД (нет показаний к ПКП, отказ назначение)**	**Ескерту Примечания**
	Апат жағдайында При аварийной ситуации	Бір айдан кейін Через один месяц.	Үш айдан кейін Через три месяца.			
11	12	13	14	15	16	17

	Апаттық жағдайларды тіркеу журналына қосымша парақ Вкладной лист к журналу регистрации аварийных ситуаций

Бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным материалом
Ықтималды жұқпаланған материалмен кәсіби байланыс туралы есептеме бланкісі

ТАӘ (болған жағдайда) ФИО (при его наличии): ЖСН/ИИН:		**Адрес (рабочий): Жұмыс мекенжайы: Адрес (домашний): Үй мекенжайы:**
Дата рождения: Туған жылы:	Пол: Жынысы:	Должность: Лауазымы: Стаж работы: Еңбек өтілі:
Дата/время контакта: Байланыс күні/уақыты:	Где произошел контакт: Байланыс қайда болды:	
Характер контакта (например, укол иглой, порез, разбрызгивание): Байланыс сипаты (мысалы, инемен шаншу, жаралану, шашырау)		
Подробное описание выполнявшейся манипуляции с указанием того, когда и как произошел контакт: Орындалған қимылдың толық сипаттамасын көрсеткенде, байланыс қашан және қалай болды.		
Подробные сведения о контакте, включая тип и количество биологической жидкости или материала, глубину повреждения и интенсивность контакта		

Байланыс туралы толық мәліметтер, биологиялық сұйықтық түрі және мөлшері немесе материалы, байланыстың қарқындылығы және зақымданудың тереңдігі.	

Сведения о пациенте, с биологическими жидкостями которого произошел контакт: **Емделушінің биологиялық сұйықтармен байланыс болғаны туралы мәлімет:** **Материал содержал:** **Материал қамтылған:** **ВГВ** **ВВГ** **ВГС** **СВГ** **ВИЧ:** **ЖИТС:** **Если пациент ВИЧ-инфицирован:** **Егер пациент ЖИТС жұқтырған болса:** **Стадия заболевания:** **Ауру сатысы:** **Вирусная нагрузка:** **Вирустық жүктеме:** **Сведения об АРТ:** **АРТ туралы мәлімет:** **Резистентность к АРТ:** **АРТ кедергілігі:** **Проведено до тестовое консультирование:** **Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:**	**Сведения о медицинском работнике, подвергшемся контакту:** **Байланысқа ұшыраған, медицина қызметкері туралы мәлімет:** **Инфицирован:** **Жұқпалы аурулы:** **ВГВ** **ВВГ** **ВГС:** **СВГ** **ВИЧ:** **ЖИТС:** **Сопутствующие заболевания:** **Қосалқы аурулар:** **Вакцинация против гепатита В:** **В гепатитіне қарсы вакцина:** **Поствакцинальный иммунитет:** **Поствакциналды иммунитет:** **Проведено дотестовое консультирование:** **Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:**
Результаты исследований: Тексеру нәтижесі: ВГВ ВВГ ВГС СВГ ВИЧ: ЖИТС: Проведено послетестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді: Направления: Жолдама:	Результаты исследований: Тексеру нәтижесі: ВГВ ВВГ ВГС СВГ ВИЧ: ЖИТС: Проведено послетестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді: Направления: Жолдама:

		Предложена постконтактная профилактика: Постконтактты алдын алу шарасы ұсынылды: Получено информированное согласие : Ақпараттық келісім алынды: Препараты: Препараттар:
Обследования после контакта: Байланыстан кейінгі тексерілу : 	Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы Лейкоциттер формуласын есептеумен қанның жалпы талдауы	
1-я неделя 1-ші апта		
2-я неделя 2-ші апта		
3-я неделя 3-ші апта		
4-я неделя 4-ші апта		
Результаты тестирования на антитела к ВИЧ через: АИТВ-ға қарсы денелерді тестілеу қорытындысы: 1 месяц 1 ай 3 месяца 3 ай		
Подпись/Печать Қолы/Мөр		Дата: Күні:

Сроки начала химиопрофилактики (дата, время) Химиялық алдын алу шарасы басталу мерзімі (күні, уақыты)	Схема терапии Терапия схемасы	Сроки окончания химиопрофилактики (дата, время) Химиялық алдын алу шарасы аяқталу мерзімі (күні, уақыты)	Приверженность Бейілділік

Печать МО

(при его наличии)

Подписи представителей администрации МО

МҰ әкімшілігі өкілдерінің қолы

Мөрі МҰ

(болған жағдайда)

Дата заполнения "_____"_____2015г.

Толтырған күні "_____"_____2015ж.

	Апаттық жағдайларды тіркеу журналына қосымша парақ Вкладной лист к журналу регистрации аварийных ситуаций

АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алуды шарасын өткізуге ақпаратты келісім бланкі
Бланк
информированного согласия на проведение постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции

Мен АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алу шарасына арналған препараттарды:_____ __ ұсынымдарға негізделген _____ және осы препаратты қабылдауға белгіленген режимін қатаң ұстану қажеттігі туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что препараты: _____ предназначены для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, основанной на рекомендациях _____ ___

и что необходимо строго соблюдать предписанный режим приема этих препаратов.

Мен химиялық алдын алу шараларының тиімділігі кемінде 100% құрайтыны туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что эффективность химиопрофилактики составляет менее 100%.

Мен препараттардың жанама әсер беретіні туралы, соның ішінде бас ауруы, әлсіздік, жүрек айну, құсу, іш өтуді тудыруы мүмкін екені туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные эффекты, в том числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею.

Мені 28 күнге препараттар қорымен _____ жабдықтайтыны туралы, маған жақын уақытта емдеуші дәрігеріме тексерілуге және емделуге бару керектігі туралы хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что _____ снабдит меня запасом препаратов на 28 дней, и что мне необходимо в ближайшее время обратиться к моему лечащему врачу для обследования и лечения.

Күні (Дата)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

(Ф.И.О.) (при его наличии)

Қолы (Подпись)_____

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 136 /е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 136/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой 136/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ-инфекциясына қан алуды тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета забора крови на ВИЧ – инфекцию

Басталды " "_____ ж.
Начат " "_____ г.
Аяқталды " "_____ ж.
Окончен "___" _____г.

Р/с № **№**	**Алынған күні**	**ТАӘ (болған жағдайда)** **ФИО (**	**ЖСН / ИИН**	**Туған күні** **Дата рождения**	**Жынысы** **Пол**	**Азаматтығы** **Гражданство**	**Коды** **Код**	**Диагнозы** **Диагноз**	**Мекен-жайы** **Домашний адрес**	**Зертханадағы тіркеу №**	**Тексеру нәтижесі** **Результа обследов**

п/п	Дата забора крови	при его наличии)								Регистрационный № в лаборатории	

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 137/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 137/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой 137/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін денсаулық сақтау саласында ғылыми, ғылыми-педагогикалық, жетекшілік жұмыспен айналысатын маманның есепке алу картасы
Учетная карта
специалиста, занимающегося научной, научно-педагогической, руководящей работой в здравоохранении для централизованного автоматизированного учета

ЖСН/ ИНН |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____I_I_I_I_I_I_I_I_I_

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) диплом №

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) № диплома

_____

Ұйымның орналасқан жері (обл., қала, аудан, ауыл)
Местонахождение организации (обл., город, район, село)

_____

Ұйым атауы
Наименование организации

_____

Факультет (Жоғары оқу орны, Дәрігерлер білімін жетілдіру институты, бұдан әрі ЖОО, ДЖИ)
Факультет (Высшего учебного заведения, Институт усовершенствования врачей, далее ВУЗ, ИУВа)

1) Туған күні (күні, айы, жылы), жынысы /Дата рождения (число, месяц, год), пол _____
_____

2) Туылған жері/Место рождения _____

(страна, в Казахстане область, обл.центр)

3) Ұлты/Национальность_____

4) ЖОО, бітірген жыл/ВУЗ, год окончания _____

5) Факультеті/Факультет_____

6) Диплом бойынша мамандығы/Специальность по диплому_____
_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____ г.

7) Жұмыс істейтін мамандығы/ Специальность, по которой работает_____
_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____г.

8) Қызметі/ Занимаемая должность_____
_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____г.

9) Жалпы медициналық (фармацевтикалық) өтілі _____ ж./ Общий медицинский (фармацевтический) стаж с _____г.

Медициналық өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв медицинского стажа составил _____лет

10) Педагогикалық (ғылыми) өтілі _____ ж./ Педагогический (научный) стаж с _____г.

Педагогикалық (ғылыми) өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв педагогич. (научного) стажа составил _____ лет

11) Ғылыми дәрежесі, мамандығы/Ученая степень, специальность_____ _____ _____ж./_____г.

12) Осы ұйымға алыну күні/Дата зачисления в данную организацию "____" _____ _____ж./г.

Негіздеме: (1-жеке өтініші; 2-жас маманның жеке куәлігі; 3-қайта бөлу; 4-аударма; 5-конкурс бойынша таңдау; 6-шарт (келісімшарт)/Основание: (1-личное заявление; 2-удостоверение молодого специалиста; 3-перераспределение; 4-перевод; 5-избрание по конкурсу; 6-договор (контракт) _____

13) Дипломнан кейінгі дайындық/Последипломная подготовка:

14) Мамандығы бойынша аспирантураны бітірді/Окончил аспирантуру по специальности _____ ____ в _____ж./г.

15) Мамандығы бойынша докторантураны бітірді/Окончил докторантуру по специальности_____ в _____ж./г.

16) Ординатура / Ординатура	Мамандығы/Специальность	Жылы/Год

17) Мамандығы/ Специализация	Мамандығы/Специальность	Жылы/Год

18) Жетілдіру / Усовершенствование

Түрі/Вид	Жылы/Год	Мамандығы/Специальность

19) Аттестаттау:/Аттестация:

I. Біліктілік санатын тағайындау үшін/На присвоение квалификационной категории

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы/год

II. Қолданыстағы санатын растау үшін/На подтверждение имеющейся категории

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы/год

III. Атқаратын қызметіне сәйкестігі үшін/На соответствие занимаемой должности

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы/год

19) Ғылыми атақ/Ученое звание. Ғылым саласы/Отрасль науки. _____
_____

_____ ж. _____г.

20) Мамандандыру саласы (облыстық ғылыми және ұйымдастырушылық-басшылық қызметте)/Профиль специализации (в обл.научной и организационно-руководящей деятельности):

21) Жарияланым саны/Количество публикаций: а) барлығы/всего: _____, оның ішінде/в т.ч. республикалық баспада/в республиканской печати _____, ТМД/СНГ_____, халықаралық/международной_____ б) өткен жылға/за истекший год: _____

22) Монографиялар, оқулықтар саны/Количество монографий, учебников:
_____

23) Әдістемелік ұсыныстар саны/Количество методический рекомендаций:
_____

24) Өнертабыстар, өнертабыстық ұсыныстар саны:/Количество изобретений, рацпредложений: _____

25) Аспиранттарды, ізденушілерді басқару:/Руководство аспирантами, соискателями:

а) Аспиранттар, ізденушілер, докторанттар саны:/Количество аспирантов, соискателей, докторантов: _____

б) Қанша ғылым докторлары дайындалды:/Сколько подготовлено докторов наук: _____

в) Қанша ғылым кандидаттары дайындалды:/Сколько подготовлено кандидатов наук: _____

26) Маман ретінде шетелде жұмыс істеу:/Работа за рубежом в качестве специалиста:

ел/страна_____ _____ жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____г.

ел/страна_____ _____ жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____г.

ел/страна_____ _____ жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____г.

27) Қазақ тілін білуі ия жоқ (астын сызу), орыс тілін білуі ия жоқ (астын сызу) және шетел тілдерін (еркін білу)/Знание казахского языка да нет (подчеркнуть), русского да нет (подчеркнуть) и иностранных языков (владеет свободно) _____

28) Құрмет атағы, берілген жылы/Почетное звание, год присвоения_____

29) Отбасылық жағдайы, балалар саны/Семейное положение, количество детей_____ _____ (18 жасқа дейінгі/до 18 лет)

30) Тұрғын үй жағдайлары/Жилищные условия_____ _____тұрғын үйге кезекте тұруы (ия/жоқ)/состоит ли в очереди на жилье (да, нет) _____

31) Әскери есеп түрі/Вид воинского учета_____

Наградалар, берілген жылы/Награды, год присвоения

_____ _____ ж./г.

_____ _____ ж./г.

32) Ұрыс қимылдарына, авариялардың жоюға, дүлей зілзалаларға қатысуы/Участие в боевых действиях, ликвидации аварий, стихийных бедствий_____

33) Зейнетақы түрі/ Вид пенсии_____ _____

34) Резервте тұрған лауазым/ Должность, в резерве на которую состоит_____ _____

Картаны толтыруға Подпись ответственного лица

жауапты тұлға қолтаңбасы за заполнение карты

_____

(подпись/қолтаңба) (Т.А.Ә (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии))

“____”_____ _____ж./г.

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 137-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 137-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой 137-1/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін маманның есепке алу картасы
Учетная карта
специалиста, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета

ЖСН/ ИНН |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____I_I_I_I_I_I_I_I_I_

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) диплом №

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) № диплома

_____

Ұйымның орналасқан жері (облысы, қала, аудан, ауыл)
Местонахождение организации (область, город, район, село)

_____

Ұйым атауы, бөлімше түрі мен бейіні
Наименование организации, тип и профиль подразделения

1. Туған күні (күні, айы, жылы), жынысы /Дата рождения (число, месяц, год), пол

_____

2. Туылған жері/Место рождения _____

(страна, область)

3. Ұлты/Национальность_____

4. ЖОО, бітірген жыл/ВУЗ, год окончания _____

5. Факультеті/Факультет_____

6. Диплом бойынша мамандығы/Специальность по диплому_____
_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____
ж./ стаж работы по ней с _____ г.

7. Жұмыс істейтін мамандығы/ Специальность, по которой работает_____
_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____г.

8. Қызметі/ Занимаемая должность_____
_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____ ж./ стаж работы по ней с _____г.

9. Жалпы медициналық (фармацевтикалық) өтілі _____ ж./ Общий медицинский (фармацевтический) стаж с _____г.

Медициналық өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв медицинского стажа составил _____лет

10. Педагогикалық (ғылыми) өтілі _____ ж./ Педагогический (научный) стаж с _____г.

Педагогикалық (ғылыми) өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв педагогич. (научного) стажа составил _____ лет

11. Ғылыми дәрежесі, мамандығы/Ученая степень, специальность_____ ___ _____ _____ж./_____г.

12. осы ұйымға алыну күні/Дата зачисления в данную организацию "____" _____ _____ _____ж./г.

Негіздеме: (1-жеке өтініші; 2-жас маманның жеке куәлігі; 3-қайта бөлу; 4-аударма; 5-конкурс бойынша таңдау; 6-шарт (келісімшарт)/Основание: (1-личное заявление; 2-удостоверение молодого специалиста; 3-перераспределение; 4-перевод; 5-избрание по конкурсу; 6-договор (контракт)_____

13. Алдындағы жұмыс орнынан босатылу себебі және күні/Причина и дата увольнения с предыдущего места работы _____ _____ ж./г.

14. Дипломнан кейінгі дайындық/Последипломная подготовка:

14.1. Мамандығы бойынша аспирантураны бітірді/Окончил аспирантуру по специальности_____ в _____ ж./г.

14.2. Мамандығы бойынша докторантураны бітірді/Окончил докторантуру по специальности ____ _____ в _____ж./г.

14.3. Ординатура/Ординатура

Мамандығы/специальность	**Жылы/год**

14.4. Мамандығы/Специализация

Мамандығы/специальность	**Жылы/год**

14.5. Жетілдіру/Усовершенствование

Түрі/Вид	**Жылы/Год**	**Мамандығы/Специальность**

15. Аттестаттау/Аттестация:

I. На присвоение квалификационной категории

а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/по организации здравоохранения	Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/специальность	Жылы/год
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

II. Қолданыстағы санатын растау үшін/На подтверждение имеющейся категории

а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/по организации здравоохранения	Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/специальность	Жылы/год
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

III. Атқаратын қызметіне сәйкестігі үшін/На соответствие занимаемой должности

Аттестаттау нәтижесі/результат аттестации	Мамандығы/специальность	Жылы/год

16. Ғылыми атақ/Ученое звание. Ғылым саласы/Отрасль науки.

_____

_____ ж. _____г.

17. Мамандандыру саласы (облыстық ғылыми және ұйымдастырушылық-басшылық қызметте)/Профиль специализации (в области научной и организационно-руководящей деятельности):

_____

18. Жарияланым саны/Количество публикаций: а) барлығы/всего: _____, оның ішінде/в том числе республикалық баспада/в республиканской печати _____, ТМД/СНГ_____, халықаралық/международной_____ б) өткен жылға/за истекший год: _____

19. Монографиялар, оқулықтар саны/Количество монографий, учебников: _____

20. Әдістемелік ұсыныстар саны/Количество методический рекомендаций: _____

21. Өнертабыстар, өнертабыстық ұсыныстар саны:/Количество изобретений, рацпредложений: _____

22. Аспиранттарды, ізденушілерді басқару:/Руководство аспирантами, соискателями:

а) Аспиранттар, ізденушілер, докторанттар саны:/Количество аспирантов, соискателей, докторантов: _____

б) Қанша ғылым докторлары дайындалды:/Сколько подготовлено докторов наук: _____

в) Қанша ғылым кандидаттары дайындалды:/Сколько подготовлено кандидатов наук: _____

23. Маман ретінде шетелде жұмыс істеу:/Работа за рубежом в качестве специалиста:

ел/страна_____ _____ жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____г.

ел/страна_____ _____ жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____г.

ел/страна_____ _____ жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____г.

24. Қазақ тілін білуі ия жоқ (астын сызу), орыс тілін білуі ия жоқ (астын сызу) және шетел
тілдерін (еркін білу)/Знание казахского языка да нет (подчеркнуть), русского да нет (подчеркнуть) и иностранных языков (владеет свободно) _____

25. Құрмет атағы, берілген жылы/Почетное звание, год присвоения_____

26. Отбасылық жағдайы, балалар саны/Семейное положение, количество детей_____ _____ (18 жасқа дейінгі/до 18 лет)

27. Тұрғын үй жағдайлары/Жилищные условия_____ _____тұрғын үйге кезекте тұруы (ия/жоқ)/состоит ли в очереди на жилье (да, нет) _____

28. Әскери есеп түрі/Вид воинского учета_____

29. Наградалар, берілген жылы/Награды, год присвоения

_____ _____ ж./г.

_____ _____ ж./г.

30. Ұрыс қимылдарына, авариялярды жоюға, дүлей зілзалаларға қатысуы/Участие в боевых действиях, ликвидации аварий, стихийных бедствий_____

31. Зейнетақы түрі/ Вид пенсии_____ _____

32. Резервте тұрған лауазым/ Должность, в резерве на которую состоит_____ _____

Картаны толтыруға жауапт тұлға қолтаңбасы/Подпись ответственного лица

за заполнение карты (Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии)) _____

(қолтаңбасы/подпись) _____

“____”_____ _____ж./г.

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы	

Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 137-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 137-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой 137-2/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін орта медициналық және фармацевтикалық білімі бар маманның есепке алу картасы
Учетная карта
специалиста со средним медицинским и фармацевтическим образованием,
работающего в практическом здравоохранении
для централизованного автоматизированного учета

ЖСН/ ИНН/ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____I_I_I_I_I_I_I_I_I_

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) диплом №

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) № диплома

Ұйымның орналасқан жері (облысы, қала, аудан, ауыл)
Местонахождение организации (область, город, район, село)

_____

Ұйым атауы, мемлекеттік, жеке (керекті астын сызу), бөлімше түрі мен бейіні

Наименование организации, государственная, частная (нужное подчеркнуть), тип и профиль подразделения

1) Туған күні (күні, айы, жылы), жынысы /Дата рождения (число, месяц, год), пол

_____ _____

2) Туылған жері/Место рождения _____

(страна, область)

3) Ұлты/Национальность_____

4) ССУЗ, государственное, частное (нужное подчеркнуть) год окончания_____

_____

5) Факультеті (бөлімше)/Факультет (отделение)_____

6) Диплом бойынша мамандығы/Специальность по диплому_____
_____ осы бойынша жұмыс өтілі _____
ж./ стаж работы по ней с _____ г.

7) Жұмыс істейтін мамандығы/ Специальность, по которой работает_____
_____ осы бойынша жұмыс өтілі
_____ ж./ стаж работы по ней с _____г.

8) Қызметі/ Занимаемая должность_____
_____ осы бойынша жұмыс өтілі
_____ ж./ стаж работы по ней с _____г.

9) Жалпы медициналық (фармацевтикалық) өтілі _____ ж./ Общий медицинский (фармацевтический) стаж с _____г.

Медициналық өтіл үзілісі _____ жыл

Перерыв медицинского стажа составил _____лет

10) Ғылыми дәрежесі, мамандығы/Ученая степень, специальность_____ _____ _____ж./_____г.

11) Осы ұйымға алыну күні/Дата зачисления в данную организацию "____" _____ _____ ___ж./г.

Негіздеме: (1-жеке өтініші; 2-жас маманның жеке куәлігі; 3-қайта бөлу; 4-аударма; 5-конкурс бойынша таңдау; 6-шарт (келісімшарт)/Основание: (1-личное заявление; 2-удостоверение молодого специалиста; 3-перераспределение; 4-перевод; 5-избрание по конкурсу; 6-договор (контракт) _____

12). Дипломнан кейінгі дайындық/Последипломная подготовка:

13)Мамандығы/Специализация

Мамандығы/ Специальность	Жылы/год	Өту орны/место прохождения

14) Жетілдіру/Усовершенствование

Түрі/вид	Жылы/год	Мамандығы/специальность	Өту орны/ место прохождения

15) Аттестаттау/Аттестация:

I. Біліктілік санатын тағайындау үшін/На присвоение квалификационной категории

	Аттестаттау нәтижесі/ результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы /год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/ по другим специальностям			

II. Қолданыстағы санатын растау үшін/На подтверждение имеющейся категории

	Аттестаттау нәтижесі/ результат аттестации	Мамандығы/ специальность	Жылы /год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

III. Атқаратын қызметіне сәйкестігі үшін/На соответствие занимаемой должности

	результат аттестации	специальность	год
а) денсаулық сақтау саласын ұйымдастыру бойынша/по организации здравоохранения			
б) басқа мамандықтар бойынша/по другим специальностям			

16) Маман ретінде шетелде жұмыс істеу:/Работа за рубежом в качестве специалиста:

ел/страна_____ _____ жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____г.

ел/страна_____ _____ жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____г.

ел/страна_____ _____ жылдан _____ жыл аралығында/с _____ г по _____г.

17) Қазақ тілін білуі ия жоқ (керекті астын сызу), орыс тілін білуі ия жоқ (керекті астын сызу) және шетел тілдерін (еркін білу)/Знание казахского языка да нет (нужное подчеркнуть), русского да нет (нужное подчеркнуть) и иностранных языков (владеет свободно) _____

18) Құрмет атағы, берілген жылы/Почетное звание, год присвоения_____

19) Отбасылық жағдайы, балалар саны/Семейное положение, количество детей_____ _____ (18 жасқа дейінгі/до 18 лет)

20) Әскери есеп түрі/Вид воинского учета_____

21) Наградалар, берілген жылы/Награды, год присвоения:

_____ _____ ж./г.

_____ _____ ж./г.

_____ _____ ж./г.

_____ _____ ж./г.

22) Ұрыс қимылдарына, авариялярды жоюға, дүлей зілзалаларға қатысуы/Участие в боевых действиях, ликвидации аварий, стихийных бедствий_____

23). Зейнетақы түрі/ Вид пенсии_____ _____

24) Резервте тұрған лауазым/ Должность, в резерве на которую состоит_____ _____

Картаны толтыруға Подпись ответственного лица

жауапты тұлға қолтаңбасы за заполнение карты

_____

(подпись/қолтаңба) (Т.А.Ә(болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии))

“____”_____ _____ж./г.

	Приложение 2-1 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Методические рекомендации
по заполнению, выдаче медицинской документации,
удостоверяющей случаи рождения, смерти, перинатальной смерти

Сноска. Приказ дополнен приложением 2-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

1. Общие положения

1. Настоящая инструкция разработана в соответствии с Кодексами Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" и "О браке (супружестве) и семье" и определяет единые требования по заполнению и выдаче форм первичной медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения (форма № 103/у-12), смерти (форма № 106/у-12) и перинатальной смерти (форма № 106-2/у-12).

2. Основные понятия, используемые в настоящей инструкции:

1) роды - полное изгнание или извлечение (экстракция) мертвого или живого плода от матери весом более 500 грамм, независимо от срока беременности, либо при сроке 22 полные недели и выше ;

2) физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой - частная медицинская практика физических лиц с медицинским образованием соответствующего профиля при наличии лицензии на занятие медицинской, врачебной и фармацевтической деятельностью, направленной на оказание медицинской помощи и медицинских услуг;

3) медицинская организация – организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи;

4) мертворождение (мертворожденный плод) - смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности,

а также отсутствие после такого отделения признаков жизни (сердцебиения, дыхания, пульсации пуповины или явных произвольных движений мускулатуры);

5) причины смерти - все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы;

6) перинатальный период - начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 гр.) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения;

7) живорождение - полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента;

8) выкидыш - случайная потеря плода до родов, в результате его смерти в сроке до 22-х недель беременности;

9) регистрирующие органы - государственные органы регистрации актов гражданского состояния - отделы регистрации актов гражданского состояния, а в местностях, где таковых нет, - местные исполнительные органы, либо должностные лица аппаратов акимов поселков и сельских округов.

3. Настоящая инструкция обязательна к применению во всех медицинских организациях, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, а также физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

4. Бланки медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, и их корешки брошюруются в отдельные книги свидетельств. В конце книги прописью указывается количество листов. Книги прошнуровываются, скрепляются печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, и хранятся у руководителя медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой.

5. Корешки медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, используемые для составления отчета медицинской организации, подлежат хранению по месту выдачи медицинских свидетельств в течение 5 лет по окончании календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего подлежат уничтожению.

6. Нумерация медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, в книгах регистрации свидетельств начинается с первого номера и ведется последовательно в течение года - с первого января по тридцать первое декабря (включительно).

7. Испорченный бланк медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, перечеркивается, делается запись "испорчено" и оставляется в книге

бланков. Номер свидетельства, проставленный на испорченном бланке, на следующий бланк не переносится.

8. В случае утери медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, по письменному обращению заявителя оформляется новое врачебное (медицинское) свидетельство в точном соответствии с первоначальным экземпляром (оригиналом) с указанием его номера и даты выдачи с пометкой "дубликат".

9. Все графы бланков заполняются исчерпывающими ответами, без сокращения отдельных слов, чернилами или шариковой пастой четким разборчивым почерком. Помарки и подчистки не допускаются.

Графы, в которых на вопросы даются отрицательные ответы, заполняются словом "нет". При отсутствии необходимых сведений указывается соответственно "не известно", "не установлено" и прочее.

10. Контроль за правильностью заполнения и своевременной выдачей медицинской документации , удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, должны обеспечить руководители медицинских организаций и физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

11. Контроль за правильностью кодировки причин смерти осуществляется уполномоченными лицами, определенные приказом местных органов государственного управления здравоохранением.

2. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о рождении (форма № 103/у-12)

12. Для регистрации рождения в регистрирующих органах представляется учетная форма первичной медицинской документации № 103/у-12 "Медицинское свидетельство о рождении", удостоверяющая факт рождения.

Регистрации подлежат все случаи рождения живых новорожденных с массой тела 500 грамм и выше и с гестационным сроком 22 недели и выше.

13. Медицинское свидетельство о рождении оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

14. В случае выкидыша, мертворождения медицинское свидетельство о рождении не оформляется .

15. Медицинское свидетельство о рождении выдается при выписке матери из стационара всеми медицинскими организациями, в которых произошли роды или родильница с ребенком была госпитализирована после родов, независимо от того, имеют ли эти организации акушерские койки или нет, во всех случаях живорождения.

16. В случае рождения ребенка вне медицинской организации медицинское свидетельство о рождении выдается медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, принявшим роды на дому.

17. При многоплодных родах медицинское свидетельство о рождении оформляется на каждого родившегося ребенка в отдельности в порядке их рождения.

18. В случае регистрации рождения найденного, брошенного (отказного) ребенка медицинской организацией оформляется справка о возрасте ребенка и производится регистрация в регистрирующих органах медицинской организацией, в которую помещен ребенок, не позднее семи суток со дня обнаружения, отказа или оставления.

19. Медицинское свидетельство о рождении для регистрации в регистрирующих органах выдается родителям, а в случае отсутствия таковых - опекунам, усыновителям (удочерителям), попечителям или администрации детского учреждения, в котором ребенок будет находиться на воспитании.

20. Запись о выдаче медицинского свидетельства о рождении с указанием его номера, серии, даты выдачи, регистрирующего органа, где произведена регистрация рождения, номера, и даты записи акта рождения указываются в учетной форме первичной медицинской документации № 097/у " История развития новорожденного".

21. В медицинском свидетельстве о рождении врач или средний медицинский работник делает отметку о дате выдачи медицинского свидетельства о рождении (или дате передачи его в регистрирующий орган, в случае регистрации рождения организацией), указывают наименование медицинской организации, его почтовый адрес, свою фамилию, имя, отчество.

22. Лица, заполняющие медицинское свидетельство о рождении, удостоверяют факт рождения живого ребенка, место рождения (название медицинской организации или указывают, что ребенок родился на дому, в дороге и так далее), дату рождения, пол ребенка, массу тела, рост. Также указываются сведения о матери ребенка: фамилия, имя, отчество (в соответствии с документами, удостоверяющими личность), образование и постоянное место проживания.

23. В корешке делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах медицинского свидетельства о рождении. Кроме того, для проведения более глубокого анализа при создании регистра новорожденных, в корешок вносятся такие сведения о матери, как дата рождения, национальность, место жительства (в соответствии с документами, удостоверяющими личность), семейное положение, которая по счету беременность, роды, срок беременности, при котором произошли роды, а также сведения о ребенке, при каких родах родился (одноплодных, первым или вторым из двойни, при других многоплодных родах), оценка по шкале Апгар , наличие критериев живорождения. Округлением соответствующих кодов отмечаются наличие факторов риска (медицинских и социальных) при беременности, осложнений родов, акушерских процедур, осложнений периода новорожденности.

24. Медицинское свидетельство о рождении заверяется печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой и подписью медицинского работника , оформившего свидетельство.

25. Записи в корешке медицинского свидетельства о рождении должны быть полностью идентичны записям в самом свидетельстве о рождении.

26. Получатель отрывного медицинского свидетельства о рождении расписывается в его получении в корешке свидетельства.

3. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о смерти (форма № 106/у-12)

27. Для регистрации смерти в регистрирующих органах медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, представляется учетная форма первичной медицинской документации № 106/у-12 "Медицинское свидетельство о смерти", удостоверяющая факт смерти.

28. В случаях мертворождения, смерти новорожденного в течение от 0 до 7 суток после рождения оформляется медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

29. Медицинское свидетельство о смерти выдается родственникам умершего или лицам, проживающим вместе с умершим, в случае отсутствия таковых - органам внутренних дел, обнаружившим труп.

30. Медицинское свидетельство о смерти оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

31. В случае назначения в установленном законодательством порядке судебно-медицинской экспертизы, медицинское свидетельство о смерти оформляется судебно-медицинским экспертом с учетом результатов экспертизы.

32. Медицинское свидетельство о смерти не оформляется заочно, без личной констатации медицинским работником факта смерти.

33. Медицинское свидетельство о смерти выдается врачом (средним медицинским работником) медицинской организации или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, на основании осмотра трупа, записей в медицинской документации, предшествующего наблюдения за больным или результатов вскрытия.

34. В случае смерти в медицинской организации выдача трупа осуществляется после оформления медицинского свидетельства о смерти. В случае, когда захоронение умершего производится медицинской организацией, последнее заполняет медицинское свидетельство о смерти и производит регистрацию в регистрирующих органах в пятидневный срок.

35. В случае проведения патологоанатомического вскрытия медицинское свидетельство о смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия с учетом его результатов.

36. В целях обеспечения достоверности регистрируемых причин смерти и для того, чтобы не задерживать регистрацию смерти в регистрирующих органах и погребения, медицинские свидетельства о смерти выдаются с отметкой "предварительное", "взамен предварительного", "окончательное" или "взамен окончательного".

37. Медицинское свидетельство о смерти с отметкой "предварительное" выдается в случаях, если для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования, или к моменту выдачи свидетельства род смерти (несчастный случай вне производства или в связи с производством, самоубийство, убийство) не установлен, но в дальнейшем может быть уточнен.

После уточнения причин смерти и рода смерти составляется новое медицинское свидетельство о смерти и с отметкой "взамен предварительного" пересылается медицинской организацией или тем физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, которым выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган не позднее, чем через месяц.

Если было выдано медицинское свидетельство о смерти с пометкой "окончательное", но в дальнейшем выявилась ошибка в записи диагноза, составляется новое медицинское свидетельство о смерти с надписью, сделанной от руки "взамен окончательного" медицинского свидетельства о смерти № "____" и направить непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган.

38. Допускается выдача медицинского свидетельства о смерти врачом, установившим смерть, только на основании осмотра трупа, при отсутствии подозрения на насильственную смерть.

В исключительных случаях, связанных с экологическими или техногенными катастрофами (землетрясение, авиационные, транспортные, шахтные и другие травмы с массовыми человеческими жертвами), и по согласованию с проводящими предварительное расследование правоохранительными органами разрешается выдача медицинского свидетельства о смерти судебно-медицинским экспертом на основании наружного осмотра трупа.

39. Руководителем медицинской организации обеспечивается контроль достоверности заполнения медицинских свидетельств о смерти, своевременности их выдачи родственникам умершего, а также регистрации в регистрирующих органах медицинских свидетельств о смерти в случаях захоронения умершего медицинской организацией.

40. Номер и серия свидетельства, дата его выдачи, причина смерти, регистрирующий орган, где произведена регистрация, номер и дата записи акта смерти указываются в соответствующих учетных формах первичной медицинской документации - №025/у "Медицинская карта амбулаторного больного", №003/у "Медицинская карта стационарного больного", либо № 096/у "История родов".

41. В бланке медицинского свидетельства о смерти указывается его характер путем подчеркивания соответствующего обозначения - "предварительное", "взамен предварительного", " окончательное" или "взамен окончательного".

42. Пункты 1-5 заполняются согласно обозначениям, причем фамилия, имя и отчество заполняется в соответствии документами, удостоверяющими личность.

В пунктах 6-7 сведения о месте жительства и смерти указываются по действующему административно-территориальному делению, а в случаях, когда это не представляется возможным установить, - по ранее существовавшему административно-территориальному делению.

В пункте 8 подчеркивается соответствующее обозначение.

В пункте 9 национальность указывается по документу, удостоверяющему личность, а в случае отсутствия в нем записи о национальности - не указывается.

При регистрации смерти иностранного гражданина кроме национальности указывается название государства, гражданином (подданным) которого он является, а также его гражданство.

Лицам без гражданства национальность указывается с добавлением слов: "лицо без гражданства".

В пунктах 10-11 подчеркивается соответствующее обозначение.

В пункте 12 указывается наименование предприятия, учреждения, организации, где работал умерший, его должность или выполняемая работа;

в отношении военнослужащих - наименование воинской части или учреждения согласно документам, удостоверяющим личность военнослужащего;

в отношении пенсионера указывается "пенсионер" и прежнее основное занятие.

В пунктах 13-15 подчеркиваются соответствующие обозначения.

В пункте 16 указывается фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника, заполняющего медицинское свидетельство о смерти, и далее подчеркиваются соответствующие обозначения.

В пункте 17 обязательно указывается первоначальная причина смерти, код (шифр) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10), рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения и даты начала и окончания болезни (число, месяц, год). В случае травм и отравлений обязательно указывается дополнительно внешние причины смерти и код по МКБ-10.

Записи причины смерти производятся в двух частях пункта 17, по которым отслеживается цепь взаимоувязанных и последовательных причин смерти.

Часть 1 состоит из 4 строк: "а)", "б)", "в)", "г)".

Строка "а)" предназначается для записи и кодировки только одной причины смерти (заболевание, травма или другое патологическое состояние), непосредственно приведшей к смерти.

Строка "б)" предназначается для записи и кодировки промежуточной причины смерти, т.е. промежуточного патологического состояния, приведшего к возникновению непосредственной причины смерти.

Строка "в)" предназначается для записи и кодировки основной (первоначальной) причины смерти, т.е. того заболевания, травмы или состояния, которые явились началом цепи патологических процессов, приведших к смерти.

Строка "г)" предназначается для записи и кодировки внешних причин, приведших к смерти.

Часть 2 предназначается для записи и кодировки прочих важных заболеваний и состояний, способствовавших смерти, но не связанных непосредственно с основной (первоначальной) причиной смерти. Например, объем и дата хирургического вмешательства, срок беременности и прочее.

В случаях смерти от заболеваний для записи причин смерти используются только первые три строки: "а)", "б)" и "в)", а строка "г)" остается свободной.

Кодированию подлежит только основная (первоначальная) причина смерти.

В случаях смерти от травм, отравлений их вид или характер, а также цепь патологических процессов, приведших к смерти, указываются в строках "а)", "б)", "в)" соответственно, а внешняя причина - в строке "г)".

В этом случае кодированию подлежат две строки: одна строка, где указывается основная (первоначальная) причина смерти от травмы, отравления по ее виду или характеру (XIX класс МКБ-10), вторая строка - это всегда строка "г)", где указывается внешняя причина травмы или отравления (XX класс МКБ-10).

Если не удается установить полностью или частично цепь патологических процессов, приведших к смерти, то запись основной (первоначальной) причины смерти указывается в строке "а) ", когда собственно заболевание, травма явились основной (первоначальной) причиной смерти.

Если установлен частичный механизм патологических процессов, приведших к смерти, запись заканчивается в строке "б)".

В каждой строке указывается только один диагноз, а строки заполняются сверху вниз.

Пример 1. 1) а) Гнойный менингит.

б)

в)

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Бактериальный менингит неуточненный" (G00.9).

Пример 2. 1) а) Пневмония.

б) Корь.

в)

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Корь, осложненная пневмонией" (B05.2).

Пример 3. 1) а) Уремия.

б) Атеросклеротический нефросклероз.

в) Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек.

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью" (I12.0).

Пример 4. 1) а) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда.

б)

в)

г)

2) Генерализованный атеросклероз.

При кодировке основной причиной смерти считается "Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда" (I21.0).

При кодировке основной причины смерти учитываются все критерии, характерные для каждой частной патологии.

Так, в случае смерти по причине травмы указывается точная локализация, вид или характер травмы. В строках: "а)", "б)", "в)" указывается цепь причин, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строке "г" указывается внешняя причина смерти.

Пример 5. 1) а) Травматический отек головного мозга.

б) Закрытый перелом основания черепа.

в)

г) Нападение на улице с применением тупого предмета.

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Перелом основания черепа, закрытый" (S02.10). Одновременно проставляется второй код по внешней причине "Нападение на улице с применением тупого предмета" (Y00.4).

Пример 6. 1) а) Сепсис.

б) Хронический остеомиелит бедренной кости.

в) Последствия перелома правого бедра.

г) Последствия падения с балкона квартиры.

2) Сахарный диабет инсулиннезависимый.

При кодировке основной причиной смерти считается "Последствия перелома бедра" (T93.1) и указывается код в строке "в)". Одновременно указывается второй код внешних причин "Последствия других несчастных случаев" (Y86.9) в строке "г)".

Понятие "последствия" включает состояния, описанные как таковые или как отдаленные проявления, развившиеся через год или более после произошедшего события.

Пример 7. 1) а) Травматический шок.

б) Множественные переломы костей скелета, разрывы внутренних органов.

в)

г) Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом.

2) Беременность 28 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Другие уточненные травмы с вовлечением нескольких областей тела" (T06.8), а по внешней причине "Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом" (V75.6).

При кодировке основной причины смерти учитываются все критерии, характерные для каждой частной патологии.

Так, в случае смерти по причине травмы указывается точная локализация, вид или характер травмы. В строках: "а)", "б)", "в)" указывается цепь причин, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строке "г" указывается внешняя причина смерти.

В случае смерти беременной, роженицы, родильницы записи производятся следующим образом.

В случае смерти в результате акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, а также в результате медицинских вмешательств, неправильного ведения родов и прочее, сведения о причине смерти указываются в части 1 в строках "а)", "б)", "в)".

Запись должна четко указывать на связь с беременностью, родами, послеродовым периодом и отражать характерную патологию для каждого периода, в котором наступила смерть. Например: " Угрожающий аборт на 20-ой неделе беременности", "Острая сердечная недостаточность при анестезии во время родов", "Послеродовой сепсис".

Пример 8. 1) а) Кровотечение.

б) Афибриногенемия.

в) Медицинский аборт.

г)

2) Беременность 10 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Медицинский аборт, осложнившийся кровотечением" (O04.6).

Пример 9. 1) а) Тромбоэмболия легочной артерии.

б) Тромбоз глубоких вен дородовый.

в)

г)

2) Беременность 32 недели.

При кодировке основной причиной смерти считается "Глубокий флеботромбоз во время беременности" (O22.3).

В случае смерти беременной, роженицы или родильницы от ранее протекавшей болезни или болезни, возникшей в период беременности (сахарный диабет, сердечно-сосудистое заболевание, туберкулез и др.), руководствоваться следующим.

Если болезнь не связана с непосредственной акушерской причиной, но отягощена физиологическим воздействием беременности или отягощается течение беременности, сведения о причине смерти записываются в части 1 в строках "а)", "б)", "в)", но при этом в части 2 производится запись о беременности и ее сроке.

Во всех случаях смерти после родов (в период до 1 года) в части II производится запись: послеродовой период (указать количество дней).

Пример 10. 1) а) Отек легких.

б) Митральный стеноз (ревматический).

в)

г)

2) Беременность 28 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период" (O99.4).

Пример 11. 1) а) Острая дыхательная недостаточность.

б) Правосторонняя вирусная бронхопневмония.

в) Грипп (вирус не идентифицирован).

г)

2) Беременность 40 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период" (O99.5).

В пункте 18 подчеркивается соответствующий заголовок.

Материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее разрешения от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в период, превышающий 42 дня после родов, но менее чем 1 год после родов.

В пункте 19-20 указывается наименование медицинской организации или фамилия, имя, отчество физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, выдавших медицинское свидетельство о смерти, их почтовый адрес.

43. Медицинское свидетельство о смерти заверяется круглой печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой и подписью медицинского работника, оформившего свидетельство.

44. Записи в корешке медицинского свидетельства о смерти должны полностью соответствовать аналогичным записям самого свидетельства.

Для детей, умерших до 1 года:

в пункте 5 указывается дата рождения;

в пункте 6 указывается дата смерти, число месяцев и дней жизни;

в пункте 7 указывается место рождения с указанием наименования медицинской организации и его адреса;

в пункте 8 указывается полная фамилия, имя, отчество матери.

45. Получатель отрывного медицинского свидетельства о смерти расписывается в его получении в корешке свидетельства.

4. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-12)

46. Регистрация мертворождения и смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни в регистрирующих органах производится на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-07).

47. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется всеми медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, на каждый случай мертворождения или смерти ребенка на первой неделе жизни (от 0 до 7 суток или 168 часов после рождения), с массой тела 500 грамм и более (если масса тела при рождении не известна, при длине тела 25 см и более или гестационном сроке беременности 22 недели и более).

48. Каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, регистрируется в регистрирующих органах не позднее пяти суток с момента мертворождения или наступления смерти новорожденного:

1) медицинской организацией, где произошло мертворождение или наступила смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни;

2) медицинской организацией, медицинским работником которые констатировали мертворождение или смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни, вне медицинской организации;

3) физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, констатировавшим мертворождение или смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни, вне медицинской организации;

4) центром судебной медицины при судебно-медицинской экспертизе.

49. В случае смерти новорожденного в течение 168 часов после родов на основании медицинского свидетельства о рождении новорожденный регистрируется в регистрирующих органах сначала как родившийся, а затем на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти как умерший.

50. Для регистрации мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, в регистрирующие органы представляется учетная форма первичной медицинской документации № 106-2/у-12 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти", удостоверяющая факт мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

51. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

52. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется всеми медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой на каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

53. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти не оформляется заочно, без личного установления врачом (средним медицинским работником) факта мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

54. При многоплодных родах медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется на каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, в отдельности.

55. В случае произведения вскрытия в централизованном патологоанатомическом отделении медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия с учетом его результатов.

Для регистрации в регистрирующих органах медицинское свидетельство о перинатальной смерти передается в те медицинские организации, откуда доставлены мертворожденные или новорожденные, умершие на первой неделе жизни.

56. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти направляется в регистрирующие органы с отметкой "предварительное", "взамен предварительного", "окончательное" или "взамен окончательного".

57. В случае необходимости получения дополнительных сведений о причинах смерти допускается выдача предварительного медицинского свидетельства о перинатальной смерти с отметкой "предварительное". В последующем оформляется новое свидетельство с дополненными сведениями, которое с отметкой "взамен предварительного" направляется непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, где выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи.

58. В случае выдачи медицинского свидетельства о перинатальной смерти с отметкой " окончательное", но при установлении в дальнейшем дополнительных уточняющих сведений, оформляется новое свидетельство с дополненными сведениями и с отметкой "взамен окончательного" направляется непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, где выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи .

59. Номер и серия медицинского свидетельства о перинатальной смерти, дата его выдачи, причина смерти, регистрирующий орган, где произведена регистрация, номер и дата записи акта перинатальной смерти или рождения указываются в соответствующих учетных формах первичной

медицинской документации: в случае мертворождения - №096/у "История родов", в случае перинатальной смерти - №097/у "История развития новорожденного".

60. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия, клинические данные о патологии матери, ребенка (плода) во время беременности и родов берутся из медицинской документации (история родов - ф. № 096/у, история развития новорожденного - ф. № 097/у).

61. Пункты 1-5 заполняются с учетом сведений из истории родов. Указывается ФИО умершего ребенка (мертворожденного), его пол (если пол не определен, указывается пол по желанию родителей), дата и время рождения умершего в перинатальном периоде или мертворождения, дата и время перинатальной смерти (в случае мертворождения - не заполняется). Указывается место смерти ребенка (мертворожденного): адрес (республика, область, район, город, село) и место, где произошла смерть (стационар, дом или другое место).

62. В пунктах 6-12 указываются сведения о матери:

Ф.И.О. матери, год рождения, национальность (в соответствии с документами, удостоверяющими личность). Сведения о семейном положении матери, в отношении состоящих в браке - на основании свидетельства о браке или с ее слов записывается дата заключения брака (регистрации в регистрирующих органах) и указывается фамилия, имя, отчество мужа. При этом путем подчеркивания соответствующего текста: "на основании записей в свидетельстве о браке" или "со слов матери" указывается источник информации. Если мать указанных сведений не сообщает, то следует подчеркнуть "не состоит в браке".

Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного), образование. Указывается место работы матери и ее занятие (должность или выполняемая работа). При заполнении этого пункта следует указать полное название предприятия, учреждения или организации. В том случае, если мать не работает, следует указать источник существования (находится на иждивении мужа, отца и т.д.).

63. В пунктах 13-23 указываются сведения о предыдущих беременностях, о сроках, течении и осложнений данной беременности и родов.

64. В пунктах 24-30 указываются сведения о ребенке, вносимые из истории родов.

65. Полная и детальная форма записи причины перинатальной смерти необходима для того, чтобы определить истинную причину перинатальной смертности.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и предусматривает запись как причин смерти ребенка (плода), так и патологии со стороны материнского организма, оказавшей неблагоприятное воздействие на плод.

Запись причины смерти ребенка (мертворожденного) производится в пяти разделах пункта 31 и кодировка по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10):

обозначенных буквами от "а" до "д":

в строку "а" вносится основное заболевание или патологическое состояние новорожденного (плода), обусловившее наступление смерти;

в строку "б" - другие заболевания или патологические состояния у ребенка (плода), способствующие наступлению смерти;

в строку "в" - основное заболевание (или состояние матери), которое оказало наиболее выраженное неблагоприятное воздействие на новорожденного (плод);

в строку "г" записываются другие заболевания матери (или состояние матери, последа), которые могли способствовать смерти ребенка (плода);

строка "д" предусмотрена для констатации обстоятельств, которые оказали влияние на наступление смерти, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние матери или ребенка. В этой строке могут быть записаны операции, оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения.

В строку "а" и "в" записывается только один диагноз. Если установить заболевание (состояние) матери или состояние последа, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), не представляется возможным, в строках "в" и "г" записывается - "не известны", "не установлены".

При смерти от внешней причины в строке "а" указывается непосредственная причина смерти ребенка, например, переохлаждение, ожог, закупорка дыхательных путей пищей, перелом свода черепа, в строке "в" - обстоятельства, вызвавшие непосредственную причину смерти.

66. Следующие примеры иллюстрируют порядок записи причины перинатальной смерти и отбора их для статистической разработки:

1) Женщина с резус-отрицательной группой крови до беременности страдала ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Во время беременности явлений декомпенсации не наблюдалось. При сроке беременности 12 недель появились антитела, титр которых нарастал. Самопроизвольные роды в 35 недель мертвым плодом. Сердцебиение плода перестало прослушиваться с началом родовой деятельности.

Запись о причине мертворождения:

а) гемолитическая болезнь

б) ---

в) резус-отрицательная кровь у матери с высоким титром антител

г) ревматический порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана.

д) ---

Для шифровки отбираются: гемолитическая болезнь, обусловленная резус-несовместимостью.2) Женщина до наступления беременности страдала мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом. Во время 1-ой половины беременности было обострение пиелонефрита. При сроке беременности 38 недель повторное обострение пиелонефрита с высокой температурой. На 1-е сутки заболевания констатирована внутриутробная смерть плода. На 2-е сутки - самопроизвольные роды мертвым плодом с массой 2600 грамм. На вскрытии - антенатальная асфиксия на фоне гипотрофии.

Запись о причине мертворождения:

а) антенатальная асфиксия

б) внутриутробная гипотрофия

в) хронический пиелонефрит

г) почечно-каменная болезнь

д) ---

Для шифровки отбираются: антенатальная асфиксия, хронический пиелонефрит.

3) Женщина, 21 года, в анамнезе один медицинский аборт. Беременность протекала без осложнений. Размеры таза нормальные. Во 2-ом периоде родов зарегистрирована слабость родовой деятельности, произведена родостимуляция. В связи с начавшей гипоксией плода наложены полостные щипцы. Извлечен мертвый мальчик, рост 53 см, масса 3500 грамм. Меры реанимации эффекта не дали.

На вскрытии: разрыв намета мозжечка, кефалогематома.

Причины перинатальной смерти:

а) родовая травма

б) начавшаяся асфиксия

в) слабость родовой деятельности

г) ---

д) родостимуляция, полостные щипцы.

Для шифровки отбираются: родовая травма, слабость родовой деятельности.

4) У женщины с гестозом беременных произведено кесарево сечение в 32 недели беременности в связи с кровотечением из-за предлежания плаценты. Извлеченный ребенок с массой тела 1480 граммов умер через 16 часов. На вскрытии установлена болезнь гиалиновых мембран. В свидетельстве указывается:

а) болезнь гиалиновых мембран

б) недоношенность

в) предлежание плаценты

г) гестоз беременных

д) кесарево сечение

При кодировке основной причиной смерти считается "предлежание плаценты".

67. Записи на корешке медицинского свидетельства о перинатальной смерти должны полностью соответствовать аналогичным записям самого свидетельства. Дополнительно, для более детального анализа причин смерти (мертворождений) при создании регистра новорожденных, в форму вносятся сведения о матери: число посещений врача (фельдшера, акушерки), чем закончились беременности, предшествующие данной, осложнения родов (обвести соответствующие коды в тексте), медицинские и социальные факторы риска настоящей беременности, акушерские процедуры. А также сведения о ребенке: который по счету родившийся ребенок у матери, наличие критериев живорождения, оценка по шкале Апгар, осложнения периода новорожденности, врожденные аномалии. В корешок вносятся номера и даты актовых записей о рождении ребенка и его смерти в случае живорождения, и номер и дата актовой записи о смерти в случае мертворождения.

68. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти заверяется печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, и подписью медицинского работника, выдавшего свидетельства. Получатель отрывного медицинского свидетельства о перинатальной смерти расписывается в его получении в корешке свидетельства.

	Приложение 3 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 001-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды_____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 001-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Стационарға*, күндізгі стационарға емдеуге жатқызуға**
ЖОЛДАМА
(керектісінің астын сызыңыз)
НАПРАВЛЕНИЕ
на госпитализацию в стационар*, в дневной стационар **
(нужное подчеркнуть)
Код _____

_____

Жіберуші медициналық ұйымының атауы (Наименование направляющей медицинской

организации)

Жіберілді (Направляется в)_____

МҰ атауы, бөлімше (наименование МО, отделение)

Науқастың ТАӘ (ФИО больного (ой))_____

_ _ _ _ _ _ _ _

Туған күні (Дата рождения) |_||_||_||_||_||_||_||_|

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының № _____

(№ медицинской карты амбулаторного пациента)

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс немесе оқу орны (Место работы или учебы) _____

Диагнозы_____

_____

АХЖ-10 коды (код по МКБ-10) _____

20 ___ жылғы (года) "_____" _____

Дәрігер (Врач)_____ТАӘ, дәрігердің коды (ФИО, код врача) _____

қолы (подпись)

* Стационарға науқасты жоспарлы емдеуге жатқызуға дербес медициналық ұйымдардың жіберуге құқығы бар (на плановую госпитализацию больных в стационар имеют право направлять самостоятельные медицинские организации)

** Күндізгі стационарға науқасты емдеуге жатқызуға медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдарының барлық құрылымдық бөлімшелері жіберуге құқығы бар (на госпитализацию больных в дневной стационар имеют право направлять все структурные подразделения организаций первичной медико-санитарной помощи)

"Стационарды таңдаумен келісемін" "С выбором стационара согласен"

Науқастың қолы _____ Подпись больного _____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 001-5/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 001-6/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-2/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 003-2/ у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 003-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы
Медицинская карта амбулаторного пациента
№ _____
немесе коды(или код)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии)_____

2. ЖСН (ИИН)_____3. Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз) (Пол: мужской, женский (подчеркнуть)) 4. Туған күні (Дата рождения)_____

күні, айы, жылы (день, месяц, год)

5. Телефон_____ 6. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

үйінің, қызмет тел.(домашний, служебный)

7. Науқастың мекенжайы (Адрес места жительства больного): облыс (область)_____
елді мекен (населенный пункт)_____

Ауданы (район)_____көшесі (орамы) (улица (переулок))_____
_____

үй № (дом №) _____ корпус_____ пәтер (квартира) № _____

8. Қызмет, жұмыс орны (Место службы, работы)_____бөлімше (отделение), цех_____

(өндірістің атауы мен сипаттамасы) (наименование и характер производства)

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____ Біреудің асырауындағы адам (иждивенец) _____

10.Қан тобы (Группа крови)_____ 11. Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____ 12. Аллергиялық реакциялар (Аллергические реакции) _____

_____

13. "Емхананы таңдаумен келісемін" ("С выбором поликлиники согласен")

Пациенттің қолы (Подпись пациента) _____

025/е н. артқы беті
разворот ф. 025/у

14. Мекенжайы мен жұмысының ауысуы (Изменение адреса места жительства и места работы) ___
_____

15.Медициналық сақтандыру туралы деректер (Данные о медицинском страховании)

Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) _____

Сақтандыру түрі: міндетті, ерікті (керекті астын сызыңыз)(Вид страхования: обязательное, добровольное*(нужное подчеркнуть))

* Медициналық сақтандыру ерікті болған жағдайда сақтандыру компаниясының атын көрсетіңіз (При добровольном виде медицинского страхования

– указать название страховой компании)

16. Диспансерлік қадағалауға алынды (Взят(а) на диспансерное наблюдение)

Есепке алынған күні Дата взятия на учет	Қандай себеппен По поводу	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Есептен шығарылған күні Дата снятия с учета	Шығарылу себебі Причина снятия	Күні мекенжайы мен жұмысының ауысуы Дата изменения адреса места жительства и места работы	Жаңа мекенжайы (жаңа жұмыс орны) Новый адрес места жительства (новое место работы)

№ 025/е н. 2 беті
стр.2 ф.№ 025/у

Қаралу мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения	Арнаулы мамандардың консультациясын есепке алуға арналған жыл сайынғы диспансерлеу парағы Лист ежегодной диспансеризации для учета консультаций узких специалистов			
	Қорытынды (анықталған) диагноздар Заключительные (уточненные) диагнозы	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Бірінші рет қойылған диагноздар (+ белгіленсін) Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Дәрігердің қолы (тегіңізді анық жазыңыз) Подпись врача (фамилию писать разборчиво)
1	2		3	4

Қаралу мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения	Қорытынды (анықталған) диагноздарды жазу парағы Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов			
	Қорытынды (анықталған) диагноздар Заключительные (уточненные) диагнозы	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Бірінші рет қойылған диагноздар (+ белгіленсін) Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Дәрігердің қолы (тегіңізді анық жазыңыз) Подпись врача (фамилию писать разборчиво)
1	2		3	4

№ 025/е. н. 3, 4 беттері
стр. 3.4 ф. №025/у

Қаралған күні Дата посещения	Амбулаторияда, үйінде (жазыңыз) Амбулаторное, на дому (вписать)	Науқастың шағымы, объективті деректер, аурудың ағымы мен диагнозы, дәрігерлер мен кеңесшілердің қолы Жалобы больного, объективные данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов	Тағайындалымдар мен еңбекке жарамсыздық парағы берілгені туралы белгілер Назначения и отметки о выдаче листка нетрудоспособности
1	2	3	4

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента

Онкотексеру парағы/Лист онкоосмотр

№	Ауыздықтау / Локализации	Нәтижесі (нөмірде-N. Ауытқулар табылған жағдайда жазбалар кестетен тыс жазылады)/ Результат (в норме-N. При выявленых отклонениях запись делается отдельно вне таблицы)	Өткен күні (2016 жыл) / Дата прохождения (2016 год)	Өткен күні (2017 жыл) / Дата прохождения (2017 год)	Өткен күні (2018 жыл) /Дата прохождения (2018 год)	Өткен күні (20__ жыл) / Дата прохождения (20__ год)
1	Ауыз қуысы/ Полость рта					
2	Тері/Кожные покровы					
3	Шеткі лимфалық түйіндер / Периферические лимфатические узлы					
4	Қалқанша безі /Щитовидная железа					
5	Сүт бездері (емшек бездері)/Молочные железы (грудные железы)					
6	Жыныс мүшелері /Половые органы					

7	Тік ішек / Прямая кишка					

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Диспансерлік есептегі амбулаторлық пациенттің медициналық картасына жапсырма парақ
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента,
находящегося на диспансерном учете
Сатылық эпикриз
Этапный эпикриз

1. Ауыруы(Болен с) _____ жылдан (года) бастап

2. Диспансерлік есепте (Состоит на диспансерном учете с) _____жылдан (года) бастап тұр.

3. Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10)

4. Қосымша сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10)

_____
_____

5.Сырқатының биылғы ағымының сипаты мен диспансерлеудің тиімділігі:

(Характеристика течения заболевания в текущем году и эффективность диспансеризации):

а) жазылды (выздоровление)	**1) өршу болмады (обострений не было)**
б) жақсарды (улучшение)	2) өршіді (қанша рет, көрсетіңіз) (было обострение (указать сколько))
в) өзгеріссіз (без перемен)	
г) нашарлады (ухудшение)	
д) күрт нашарлады (резкое ухудшение)	
е) қайтыс болды (смерть)	

6.Жақсаруының немесе нашарлауының себебі (Причины улучшения или ухудшения) _____

_____

7.Жұмысқа орналасуы (ДКК, МӘСК арқылы, керекті астын сызып, жұмысқа орналасу сипатын жазыңыз)

(Трудоустройство (через ВКК, МСЭК, нужное подчеркнуть и вписать характер трудоустройства)) _____

8. Еңбекке жарамсыздық күндерінің саны (Количество дней нетрудоспособности)

20___жылғы(года)_____20___жылғы(года)_____20__ жылғы(года)_____

9. Қосалқы сырқаттары салдарынан еңбекке жарамсыздық күндерінің саны

(Количество дней нетрудоспособности по сопутствующему заболеванию) _____

Емдеу жүргізілді (Проведенное лечение) _____

_____
_____
_____

1. Санаторийлік-курорттық емдеу(Санаторно-курортное лечение) _____

2. Стационарлық емдеу (Стационарное лечение)_____

3. Объективті деректер бойынша динамика (Динамика по объективным данным)

_____

4. Басқа деректер (АҚҚ профилі) (Прочие данные (профиль АД))

_____

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) және қолы (Ф. И. О. (при его наличии) и подпись врача) _____

20 жылға – емдеу-профилактикалық іс-шараларының
жоспары

План
лечебно-профилактических мероприятий 20___года

Р/с №№ п/п	**Тексерулер және консультациялардың атауы Наименование обследований и консультаций**	**Орындалу мерзімі Срок исполнения**	**Орындалуы Исполнено**
1	2	3	4
1.	Белгіленетін тексеру және консультация: Намечаемые обследования и консультации:		
	Қан талдауы: клиникалық, холестерин, билирубин, белок және белок фракциялары, қант, протромбин, сиал қышқылы,с – реактивті белок, қалдық азот, фибриноген, трансаминазалар, амилаза; Анализ крови: клинический, холестерин, билирубин, белок и белковые фракции, сахар, протромбин, сиаловая кислота, С-реактивный белок, остаточный азот, фибриноген, трансаминазы, амилаза;		
	Зәр талдауы: жалпы, диастазаға, Зимницкий сынамасы, өт пигменттеріне, қантқа; Анализ мочи: общий, на диастазу, проба Зимницкого, на желчные пигменты, сахар;		
	Қақырық талдауы: жалпы, демікпе элеметтері, ВК, типсіз клеткалар, флораға, антибиотиктерге сезімталдығын анықтау; Анализ мокроты: общий, элементы астмы, ВК, атипичные клетки, флору, определение чувствительности к антибиотикам;		
	Нәжіс талдауы: жалпы, жасырын қанға; Анализ кала: общий, на скрытую кровь;		
	Асқазан сөлінің талдауы: фракциялармен, ұлтабарды сұңгімен зерттеу; Анализ желудочного сока: фракционно, дуоденальное зондирование		
	R-скопия: өкпе, жүрек, асқазан, ішекті, холецистография; R-скопия: легких, сердца, желудка, кишечника, холецистография		
	ӨкпеR-графиясы, ЭКГ, ФКГ. Көз түбін зерттеу, ЛОР, тіс дәрігері, хирург, ревматолог, эндокринолог, терапия бөлімі меңгерушісінің, невропатологтың, ЭКГ дәрігерінің, фтизиатрдің, онкологтың, рентгенологтың кеңесі. R-графия легких, ЭКГ, ФКГ. Исследование глазного дна, консультация ЛОР, стоматолога, хирурга, ревматолога, эндокринолога, заведующего терапевтическим отделением, невропатолога, врача ЭКГ, фтизиатра, онколога, рентгенолога.		
	Амбулаторлық және стационарлық емделуі (дәрі-дәрмекпен, оперативті, т.б.) курс ұзақтығы, мөлшерлері		

2.	Амбулаторное и стационарное лечение (медикаментозное, оперативное и т.д.), длительность курса, дозы		
3.	Ауру қайталанбау үшін жүргізілетін ем, оның әдістемесі мен мерзімі Противорецидивное лечение, его методика и сроки		
4.	Жұмысқа орналастыру Трудоустройство		
5.	Емдәмдық тағам, санаторийлік-курортлық емдеу (ұсынылған және тиым салынған тамақты көрсетіңіз, ұсынылған санаторлық емделу мен физиотерапия, ЕДШ) Диетическое питание и санаторно-курортное лечение (указать рекомендуемую и запрещаемую пищу, рекомендуемые виды санаторного лечения и физиотерапию, ЛФК)		
6.	Басқа іс-шаралар Прочие мероприятия		

20____жылғы (года) "_____" _____.

1. КК – дәрігер-консультативтік комиссиясы

ВКК – врачебно-консультативная комиссия

2. МӘСК – медикалық-әлеуметтік сараптама комиссиясы

МСЭК – медико-социальная экспертная комиссия

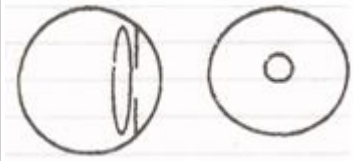
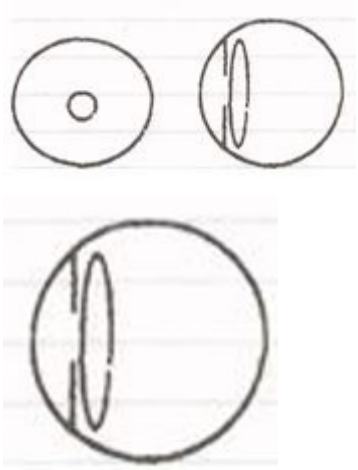
Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Амбулаториялық науқастың №_____ медициналық картасының
жапсырма парағы
Вкладной лист к медицинской карте №_____ амбулаторного больного
(офтальмологиялық бейінді медицина ұйымдары мен бөлімшелері үшін)
(для медицинских организаций и отделений офтальмологического профиля)

Шағым, ауруын анамнез _____
Жалобы, анамнез заболевания _____ _____ _____ _____

OD	**OS**

Көздің өткірлігі Острота зрения	
Сынуы Рефракция	
КІҚ ВГД	
Қосалқы аппарат Придаточный аппарат	
Алдыңғы кесіндісі Передний отрезок	
Сыну ортасы Преломляющие среды	

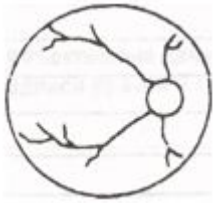
	

1. КІҚ – көз ішінің қысымы

ВГД –внутриглазное давление

Көз түбі

глазное дно

Диагнозы:_____

Диагноз

_____
_____

Қосымша деректер Дополнительные данные	

_____
_____

Ұсыныстар:

_____

Рекомендации:_____

_____
_____
_____
_____
_____

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Амбулаториялық пациентінің медициналық картасының жасөспірімнің жапсырма парағы
Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного пациента
Дата заполнения карты _____20__года

№ или код	Юноша – бозбала Девушка - бойжеткен (астың сызыңыз) (подчеркнуть)

Туған күні (Дата рождения) _____
күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН)_____

Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть))

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Жасөспірімнің мекенжайы (Адрес места жительства подростка) _____
_____

Кәсіпорынның (оқу орнының) аты (Названия предприятия (учебного заведения))

_____
_____
Кәсіпорынға (оқу орнына) түскен уақыты (Время поступления на предприятие (в учебное заведение))
_____

Кәсібі (Профессия) _____Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания)

_____

_____
Ата-анасының аурулары (туберкулез, алкоголизм, психикалық сырқаттар) (Болезни родителей (туберкулез, алкоголизм, психические расстройства))_____

_____
_____

Өз отбасында, жатақханада тұрады (Живет в семье, общежитии) _____тамақтануы(питание)
_____

Жұмыс күнінің (Продолжительность рабочего дня) _____кезектің (смены) ұзақтығы _____

Дене шынықтыру мен спортпен шұғылдануы (ұдайы, кездейсоқ) (Занятия физкультурой и спортом (систематические, случайные))_____

Медициналық тексеру деректері
Данные медицинских обследований

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Салмағы (Вес).....			
Бойы (Рост).....			
Тұрғанда (стоя)			
Отырғанда (сидя).....			
Кеуде-шеңберінің өлшемі (Окружностьгрудной клетки).....			
дем алғанда (вдох).....			
дем шығарғанда (выдох).....			
аралықта (пауза).....			
Жыныстық дамуы (Половое развитие).....			
Р Ах Ма Ме .			
Мүшелерінің кемшілігі Физические недостатки.....			
Суъективті шағымдары Субъективные жалобы.....			
Терісі, тері асты клетчаткасы, жылбысқы қабықтары Кожа, подкожная клетчатка и слизистые			
Сүйек-бұлшық ет жүйесі Костно-мышечная система			

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Лимфа бездері Лимфатические железы			
Ауыз қуысы Полость рта			

Ас қорыту ағзалары Органы пищеварения			
Тыныс алу ағзалары Органы дыхания			
Қан айналу ағзалары (қан қысымы) Органы кровообращения (кровяное давление)			

	Бірінші тексеру **Первое обследование**	**Екінші тексеру** **Второе обследование**	**Үшінші тексеру** **Третье обследование**
Несеп-жыныс ағзалары Мочеполовые органы			
Эндокриндік жүйе Эндокринная система			
Жүйке жүйесі Нервная система			
Психика			
Көру ағзалары Органы зрения			
Жоғарғы тыныс жолдары мен есту ағзалары Верхние дыхательные пути и органы слуха			

	Бірінші тексеру **Первое обследование**	**Екінші тексеру** **Второе обследование**	**Үшінші тексеру** **Третье обследование**
Флюорография және рентгенологиялық зерттеу деректері Данные флюорографии и рентгенологических исследований			
Пирке реакциясы Реакция Пирке			
Манту реакциясы Реакция Манту			
Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования			
Диагноз			
Дене шынықтыру сабағына жіберілді (тобы) Допущен к занятиям по физкультуре(группа)			

Дәрігердің тағайындалымдары Назначения врача			
Дәрігердің қолы Подпись врача			

Сауықтыру шаралары
Оздоровительные мероприятия

(санаторийге, демалыс үйіне жіберу, емдәм тағамдарын берілуі, басқа жұмысқа ауыстырылуы және сауықтыру іс-шараларының басқа түрлері)
(направление в санатории, дома отдыха, представление диетпитания, перевод на другую работу и прочие виды оздоровительных мероприятий)

Іс-шаралардың атауы Название мероприятий	**КҮНІ ДАТА**	
	тағайындаулар (назначения)	орындалуы (выполнения)
1- тексерілуі (1-е обследование)		
2- тексерілуі (2-е обследование)		
3- тексерілуі (3-е обследование)		

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного больного

Екпе қабылдаушының (ата-ана) ақпараттық келісімі
Информированное согласие

Екпе күні Дата прививки	**Түсіндіру күні Дата разъяснения**	**Келісемін/келіспеймін (астын сызу) Согласен/не согласен (подчеркнуть)**

Ата-ана/қамқоршы қолы Подпись родителя/опекуна	**Ескерту Примечание**

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің*
Қосымша парағы
Вкладной лист
учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях*

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

Р/с № № п/п	**Күні Дата**	**Зерттеу түрі Вид исследования**	**Бір зерттеу үшін тиімді эквивалентті доза (м Зв) Эффективно эквивалентная доза за одно исследование (м Зв)**

Рентгенолог-дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) врача-рентгенолога)_____қолы (подпись)

_____

*Парақ стационарлық (амбулаториялық) науқастың медициналық картасына немесе баланың даму тарихына жапсырылады (Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного (амбулаторного) больного или историю развития ребенка)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Зональдық реография
Зональная реография

20___ жылғы (года) "____"_____

Сырқатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (амбулаторной карты)

_____бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

_____ _____

Туған күні (Дата рождения)_____

Диагнозы _____

_____

Желдету:
Вентиляция:

оң өкпе (правое легкое) - %

сол өкпе (левое легкое) - %

Қан жүруі:
Кровоток:

оңөкпе (правое легкое) - %

сол өкпе (левое легкое) - %

Қорытынды:
Заключение:

_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О.) (при его наличии)

Қолы (Подпись)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Пациенттің тексеріліп-қаралуға, амбулаториялық емдеуге, стационарлық емдеуге (керегінің астын сызыңыз) Ақпараттық келісімі
информированное согласие пациента
на обследование, амбулаторное лечение, стационарное лечение (нужное подчеркнуть)

Пациент:_____,

(пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) – толық жазу) (Ф.И.О.(при его наличии) пациента – полностью)

Туған күні (Дата рождения): ____/____/_____ (туған күні, айы, жылы) (число, месяц, год рождения)

Келісім беремін(Даю свое согласие на проведение): өзіме/ балама/ туысыма/ қамқорыма (астын сызыңыз) (себе/ребенку/родственнику/подопечному (подчеркнуть):

тексеріліп-қарауға (обследования в)

_____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

амбулаториялық емдеуге (амбулаторного лечения в)

_____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

стационарлық емдеуге (стационарного лечения в) _____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

1. Мен өзімнің жағдайым (баланың, туыстың, қамқордың жағдайы) туралы, тексеріліп-қаралу, емдеу, емдеуге жатқызу қажеттілігі (керекті астын сызыңыз) туралы хабардармын. (Я информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника, подопечного), о необходимости обследования, лечения, госпитализации (нужное подчеркнуть).

2. Мен мемлекеттің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен тыс қосымша қызметтерді, дәрілік заттарды және медициналық мақсаттығы бұйымдарды жеке қаражат, ерікті сақтандыру немесе басқа рұқсат берілген көздердің есебінен ұсынылатындығы туралы ескертілдім. (Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения сверх гарантированного объема медицинской помощи государством, предоставляются за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных источников).

3. Маған түсінікті түрде тексеріліп-қаралудың және емдеудің мақсаты мен балама әдістері, сондай-ақ менің тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту себіптерімнен мүмкін болатын салдар түсіндірілді. (Мне в доступной форме разъяснена цель и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения).

4. Мен диагноз және емдеу туралы балама пікір алу үшін басқа дәрігерге/ басқа ұйымға жүгіну құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении).

5. Маған денсаулыққа тәуекел келтіретін жағдайлар туралы хабарлағанда және ұсынылған әрекеттерден жазбаша бас тартуға қол қойып, тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве отказаться от обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств).

Мен (Я) _____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

(келесі медициналық араласуларды жүргізуге ерікті түрде келісім беремін (оперативті емдеу , қан және оның компоненттерін құю, медициналық араласуларға анестезиологиялық қамтамасыз ету және басқа да емшаралар мен манипуляциялар)(даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства (переливание крови и ее компонентов, оперативное лечение, анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и других процедур и манипуляций)):

_____
_____
_____

6. Менің емімді менің емдеу дәрігерім үйлестіретінін білемін (Я знаю о том, что мое лечение координируется моим лечащим врачом).

7. Мендегі (баладағы, туыстағы, қамқордағы) бар және маған белгілі денсаулық проблемалары , аллергиялар, жақпайтын дәрі-дәрмектер, өткен немесе осы уақыттағы инфекциялық гепатиттің, туберкулездің, венерологиялық аурулардың (оның ішінде мерез және АИТВ-инфекциясы), сондай-ақ алгокольді асыра пайдалану және/ немесе есірткі препараттарына құмартушылық туралы дәрігерге хабарлау менің мүддемде екенін білемін. (Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем,

аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам).

8. Менде (балада, туыста, қамқоршыда) (Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника , подопечного):

☐

Аллергия жоқ (Нет аллергии)

☐

(Есть аллергия на): _____ аллергия бар.

(қандай дәрі-дәрмекке, тағамға аллергия барын көрсету) (указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)

9. Дәрігердің ұсыныстарын бұзу, режімді сақтамау(Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима),

_____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

сондай-ақ денсаулықтың жағдайы туралы ақпаратты жасыру жергілікті, жалпы асқынуларға және қолайсыз жағдайларға әкелуі мүмкін екенін түсінемін(а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям).

10. Денсаулығыма қауіп келтіретін күтпеген асқынулар мен жағдайлар пайда болғанда, ол туралы маған хабарлаумен тексеріп-қарау, емдеу жоспарының тәсілін өзгертуге, сондай-ақ оны орындаудан бас тартуға келісім беремін (В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана обследования, лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом).

11. Денсаулық сақтаудың электрондық ақпараттық ресурстарын қалыптастыру мен пайдалану мақсатында пациент туралы кейіптенген мәліметтерді ұсынуға ерікті келісім беремін(Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения).

12. Менің (баланың, туыстың) денсауылық жағдайы, өткізілетін тексеріп-қарау мен емдеу, олардың нәтижелері туралы кез келген ақпаратты мына адамдарға хабарлауға рұқсат беремін (Любую

информацию о состоянии моего (ребенка, родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, их результатах я разрешаю сообщать следующим лицам):

Хабарлауға рұқсат берген адамның Т.А.Ә. (Ф.И.О. лица, которому вы разрешаете сообщать о ходе лечения)	**Пациентке туыстық/ қарым-қатынас жақындығы (Родство/отношение к пациенту)**	**Телефон**

13. Егер пациенттің жасы 18-ден төмен болса, жоғарыда аталған телефондар бойынша жоғарыда аталған адамдардан мен болмаған жағдайда жоғары қауіпті емдеу және диагностикалық манипуляциялар жасауға қосымша келісім алуға рұқсат беремін (Если пациент младше 18 лет, даю разрешение получать дополнительные согласия на проведение лечебных и диагностических манипуляций высокого риска при моем отсутствии у вышеуказанных лиц по вышеуказанным телефонам): ИӘ(ДА) /ЖОҚ (НЕТ).

Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін (Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними).

Қолы (Подпись): _____ Мерзімі (Дата): ____/____/201 ж. (г.)Уақыты (Время): ___с .(час) ___мин.

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса (Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента):

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.(при его наличии)): _____

Туыстық жақындығы (Степень родства): _____

Дәрігер (Врач): _____ _____ ____/____/201 ж. (г.) ___с. (час)___мин. Тегі (фамилия) қолы (подпись) мерзімі (дата) уақыты (время)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

АПД картасы/Карта АПД	**Пациенттің Т.А.Ә./Ф.И.О. пациента: _____ _____ _____ _____ Туған күні/Дата рождения 20_____ж/ "_____" _____ / "_____" _____ _____г**
СНМК № /№ МКСБ_____ Диагноз/Диагноз:_____	

Айы/Месяц:_____ 20___жыл/ 20___год			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Дианилтәуліктегі қапшықтар саны/ количество мешков за сутки	1,36%	5,0 л																
	2,27%	5,0 л																
	3,86%	5,0 л																
физионилтәуліктегі қапшықтар саны/ количество мешков за сутки	1,36%	2,0 л																
	2,27%	2,0 л																
Экстранил		2,0 л																
Нутринил		2,0 л																
АПД циклдарының саны/Количество циклов АПД																		
АПД жалпы уақыты/Общее время АПД																		
Жалпы қию көлемі/Общий объем залива																		
АПД-ны экспозициялау уақыты/Время экспозиции АПД (1 цикл/1 цикл)																		
АПД-дағы бір жолғы құйылыс көлемі/ Объем разового залива на АПД																		
Бір жолғы күндізгі құйылым көлемі/ Объем разового дневного залива																		
Бастапқы дренаждау көлемі/Объем начального дренирования																		
АПД-дағы УК/УФ на АПД																		
Жалпы УК/ (АПД+күндізгі құйылыс)/ Общая УФ (АПД+дневной залив)																		
АПД-дан кейінгі таңғы "Таза" салмақ /"Сухой" вес утром после АПД (құйылған диализатсыз/без залитого диализата)																		
АД/АД	қосар алдында/ перед подключением (кеш/вечер)																	
	сөндірілгеннен кейін/после отключения (таң/ утро)																	
Таңғы несептің жалпы көлемі/Общий объем мочи на утро (өткен тәулік үшін/за предыдущие сутки)																		

`	Қолы/ Подпись м/с																	

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Физиотерапия бөлімшесінде (бөлмесінде) емделуші науқастың картасы
Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)

_____

Стационарлық (амбул.) науқастың картасының (Карта стационарного (амбулаторного) больного) №

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач)_____

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество

(при его наличии))_____ _____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Жынысы: ер, әйел (Пол: муж., жен.) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

Науқас қай бөлімшеден (бөлмеден) жіберілді (Из какого отделения (кабинета) направлен больной)
_____

_____

Диагнозы _____

науқас физиотерапияға қандай ауруының салдарынан жіберілді, астын сызыңыз.

(подчеркнуть заболевание, по поводу которого больной направлен на физиотерапию)

_____

Науқастың шағымы (Жалобы больного)_____

_____

Ауру анамнезі (Анамнез заболевания)_____

_____
_____

Өмір анамнезі (Анамнез жизни)_____

_____
_____

Емшараны тағайындаған емдеуші дәрігер немесе физиотерапевт дәрігер (астын сызыңыз) Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (подчеркнуть)	Күні Дата	Емшараның атауы Наименование процедуры	Саны Количество	Ұзақтығы Продолжительность	Мөлшері Дозировка

Емшараның жүргізілу орны: бөлме, таңу бөлмесі, үйінде (астын сызыңыз) (Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (подчеркнуть))

Физиотерапиядан басқа тағайындалған емдеу түрлері (оның ішінде дәрі-дәрмекпен) (Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные))_____
_____
_____

Эпикриз:_____

_____
_____
_____

Физиотерапевт – дәрігер (Врач-физиотерапевт)_____

						Басқа белгілер

Р/с № п/п	Күні Дата	Емшараның атауы Наименование процедуры	Мөлшері Дозировка	Емшараныңұзақтығы Продолжительность процедуры	Мейіргердіңқолы Подпись медсестры	Прочие отметки
1	2	3	4	5	6	7

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы
Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

1.Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

_____

1.1. ЖСН/ИИН_____

2. Туған күні (Дата рождения)_____

3. Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен., (нужное подчеркнуть)

4.Науқасты жіберген бөлімше (Отделение, направившее больного) _____

5.Негізгі клиникалық диагнозы (Основной клинический диагноз) _____

_____

6.Науқас қандай ауру салдарынан ЕДШБ-не жіберілді (Заболевание, по поводу, которого больной направлен на ЛФК) _____

7.Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

_____

8.Функциялық сынамалар: (Функциональные пробы):

	Жүктегенге дейінДо нагрузки			Жүктегеннен кейін После нагрузки		

Күні **Дата**	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание
1	2	3	4	5	6	7

9.Антропометриялық деректері* (Антропометрические данные*)

Күні **Дата**	**Бойы** **Рост**		**Салмағы** **Вес**	**Кеуде шеңбері** **Окружность грудной клетки**				**Спирометрия**	**Динамометрия**	
									қолмен ручная	
	Тұрғанда Стоя	Отырғанда Сидя		дем алғанда вдох	дем шығарғанда выдох	аралықта пауза	экскурсия		оң правая	сол левая
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Ескертпе:кеудені өлшеу, спирометрия өкпе сырқаттары болғанда жүргізіледі. Динамометрия, буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу артриттер болғанда жүргізіледі.

Примечание: измерение грудной клетки, спирометрия проводится при заболеваниях легких. Динамометрия, измерение объема движений по суставам проводится при артритах.

10. Буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу (Измерение объема движения по суставам)

Күні **Дата**	**Буын** **Сустав**	**Қозғалыс көлемі** **Объем движений**
1	2	3

11.ЕДШБ дәрігерінің тағайындалымдары (Назначения врача ЛФК) _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

12.ЕДШБ нұсқаушысының белгілері (Отметки инструктора ЛФК)

_____
_____
_____
_____
_____

ЕДШБ емшараларының нәтижелерін есепке алу (Учет результатов процедур ЛФК)

Күні Дата	**Тамыр соғуы Пульс**		**Субъективті деректер Субъективные данные**	**Күні Дата**	**Тамыр соғуы Пульс**		**Субъективті деректер Субъективные данные**
	шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий			шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннанкейін после занятий	
1	2	3	4	5	6	7	8

Дәрігердің қорытындысы (Заключение врача)

_____

_____

Дәрігердіңқолы (Подпись врача)_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

_____

Дәрігер – ЕДШБ (Врач –ЛФК)_____

ЕДШБ парағы
Лист ЛФК

Қозғалу саласы (Двигательная сфера) _____

_____
_____
_____
_____

Гониометр деректері (Данные гониометра) _____

_____
_____
_____

Тағайындалымдар (Назначения): _____

_____
_____

_____
_____

Дәрігер (Врач): _____

Емдеу нәтижесі (Результаты лечения): _____

_____
_____
_____
_____

Гониометр деректері (Данные гониометра): _____

№_____нысанға жапсырма парақ (Вкладной лист к форме №_____)

Тірек-қозғалыс аппараты бұзылған науқастың картасы

(Карта больного с нарушением опорно-двигательного аппарата)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

ТАПД картасы/Карта ПАПД
Пациенттің Т.А.Ә.(болған жағдайда /Ф.И.О.(при его наличии)
пациента:_____
_____ЖСН/ИИН_____

Туған күні/Дата рождения 20_____ж/ "_____"
_____ / "_____" _____г

СНМК № /№ МКСБ_____ Диагноз/Диагноз:																		
Айы/Месяц:_____ 20___жыл/20 ___год			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Дианилтәуліктегі қапшықтар саны/количество мешков за сутки	1,36%	5,0 л																
	2,27%	5,0 л																
	3,86%	5,0 л																
физионилтәуліктегі қапшықтар саны/количество мешков за сутки	1,36%	2,0 л																
	2,27%	2,0 л																

Экстранил		2,0 л																	
Нутринил		2,0 л																	
Жалпы қию көлемі/Объем разового залива																			
Экспозициялау уақыты/Время экспозиции (1 цикл/1 цикл)																			
ТАПД –дағы UF/ UF на ПАПД																			
ТАПД-дан кейінгі таңғы "Таза" салмақ/"Сухой" вес утром после ПАПД																			
	Қалдық/Остаток																		
физионилтәуліктегі қапшықтар саны/количество мешков за сутки	1,36%	2,0 л																	
	2,27%	2,0 л																	
Экстранил		2,0 л																	
Миникап қалпақшасы/колпачок миникап																			
	Қолға берілді/ на руки выдано																		
физионил тәуліктегі қапшықтар саны/количество мешков за сутки	1,36%	2,0 л																	
	2,27%	2,0 л																	
Экстранил		2,0 л																	
миникап қалпақшасы/колпачок миникап																			
	Талдаулар/ Анализы																		
ҚЖТ/ОАК																			
Б/Х/ Б/Х																			

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
плазмаферез картасы
Карта плазмафереза
Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__жыл (год) "_____" _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного)_____

_____

Туған күні (Дата рождения) _____Жынысы (Пол) _____Салмағы (Вес) _____
_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ЖСН/ИИН_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны._____Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы_____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен плазмаферез курсына көрсетім бар (с целью
иммунокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс плазмафереза)

Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента(ки) на проведение операции получено)

Тамырға жету (Сосудистый доступ)_____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия ((Инфузионно-трансфузионная терапия)

_____
_____
_____

Гепариндеу (Гепаринизация) _____
_____
_____

Операцияның хаттамасы
Протокол операции

№							
Күні (Дата)							
Эксфузия мл/кг							
Эр.массасын реинфузия (Реинфузия эр.массы)							
Плазма алмастыру (Плазмазамещение)							
АҚҚ (АД)							

ЖЖС (ЧСС)	
ОВҚ (ЦВД)	
ТАС (ЧД)	
РО2	
Дене қызуы	
Асқынулар (Осложнения)	

Қосымша орындалды (Дополнительно выполнено):_____

_____

Курс бойынша плазманың жалпы эксфузиясы (Общая эксфузия плазмы) (мл) за курс

_____

Жалпы плазма алмастыру (Общее плазмозамещение)_____

Ұсынымдар (Рекомендации) _____

_____

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
плазманы сүзгілеу
картасы
Карта
плазмофильтрации
Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

№_____

Гемосорбция (Гемосорбции)

Күні (Дата) 20__жылғы (года) "____"_____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

больного):_____
_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____, Жынысы (пол)_____, Салмағы (вес)____
_____

Диагнозы:_____
_____

Гемосорбентті өңдеу (Обработка гемосорбента) _____

Плазманы сүзгілеу _____

Операцияның басталуы (Начало операции) _____

Операцияның аяқталуы (Конец операции) _____

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Премедикация _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия (Инфузионно-трансфузионная терапия):_____

_____

Гепариндеу (Гепаринизация): _____

Масса айырбастағыш құрылғы (Массообменное устройство) _____

көлем (объем) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____мл., АҚ көлемі (объем ЦК) _____
_____мл

есептік (расчетный)

Операция кезінде науқасқа енгізілді (Во время операции больному введено):_____

_____

Операция кезіндегі науқастың жағдайы (Во время операции состояние больного):

_____
_____
_____

ОВҚ (ЦВД)_____; АҚҚ (АД)_____; ЖЖС(ЧСС)_____

Асқынулары (Осложнения)_____

_____

Не істелді (Что сделано)_____

_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Операциялық мейірбике (Операционная медицинская сестра)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
(қанның ультракүлгін сәулелену, қанның лазерлік сәулелену)
картасы
Карта
(ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)
Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жылға (года) "_____" _____күні (дата)

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного)

_____

Туған күні (Дата рождения) _____Жынысы (Пол) _____Салмағы (Вес) ___ _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ЖСН/ИИН_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны _____Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы_____ _____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен ҚУКСС (ҚЛС) (ЛОК (УФО)) курсына көрсетім бар (С целью имуннокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс УФОК (ЛОК)) қан нөмірі (крови номер) _____. Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента(ки) на проведение операции получено)

Қанды фотомодификациялау уақыты (Время фотомодификации крови) _____мин(сек)

Қанды лазермен сәулелеу (Лазерное облучение крови):

Қуаты (Мощность) _____Вт (кВт), толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды ультракүлгін сәулемен сәулелеу (Ультрафиолетовое облучение крови): қуаты (мощность) 8 Вт, толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды фотомодификациялау операциясының хаттамасы:
Протокол операции фотомодификации крови:

Күні (Дата), №							
Гепариндеу Гепаринизация							
Операцияның басталуы Начало операции							
Операцияның аяқталуы Конец операции							
Тамырға жету Сосудистый доступ							
Аппарат							
Науқастың жағдайы Состояние больного							
АҚҚ (АД)							

Тамыр соғысы (Пульс)	
Асқынулары (Осложнения)	

Операция кезінде вена арқылы немесе экстракорпоралды қосымша енгізілді (Во время операции дополнительно введено внутривенно или экстракорпорально):

_____
_____
_____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын есептеу картасы
Карта
учета процедур больного, лечащегося в кабинете иглорефлексотерапии

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

Сырқатнама № (№ истории болезни)_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач)_____

Емдеу мерзімі (срок лечения с)_____ ___бастап (по)_____ 20_ жылға (года) дейін

ДИАГНОЗЫ: негізгі ауруы (ДИАГНОЗ: основного заболевания) _____

_____

қосалқы ауруы (сопутствующего заболевания)_____

_____

Асқыну (Осложнение)_____

Шағымы: қысқаша анамнез, объективті зерттеулер деректері, бұрын қабылдаған емі және оның тиімділігі (Жалобы: краткий анамнез, данные объективного исследования, принятое ранее лечение и его эффективность)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Емдеу курсы: (Курслечения): _____ Барлығы (Всего)_____процедуралар (процедур)

Барлығы (Всего)_____нүктелер (точек

Күні Дата	**Емшараның № № процедуры**	**Рефлексотерапияның түрі Вид рефлексотерапии**	**Әсер ету әдісі Метод воздействия**	**Нүктелер (аймақтар) Точки (зоны)**	**Науқастың жағдайы Состояние больного**
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Емдеудің нәтижелері айтарлықтай жақсарды, жақсарды, өзгеріссіз, нашарлады) (Результаты лечения: значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение) _____

_____

Дәрігер (Врач)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы/карта учета процедур гемодиализа

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым/Медицинская организация, наблюдающая больного _____
_____

01. ЖСН/ИНН ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

02. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) |____|____|____|____|__
__|____|____|____|____|____|

03.Тегі/Фамилия_____аты/имя_____ әкесінің аты(
болған жағдайда)/отчество (при его наличии)_____

04. Туған күні/Дата рождения: _____/_____/_____ (кк/аа/жжжж)/(дд/мм/гггг) 05.
Жынысы/Пол:

□

ер/мужской;

□

әйел/женский

06. Ұлты/Национальность _____

07. Әлеуметтік мәртебесі/Социальный статус:

□

қызметші/служащий;

□

жұмысшы/рабочий;

□

ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

□

зейнеткер/пенсионер;

□

оқушы/учащийся;

□

үй шаруасындағы әйел/домохозяйка;

□

жеке еңбекпен айналысатын тұлға/лицо, занятое индивидуальным трудом;

□

дін қызметкері/служитель культа;

□

жұмыссыз/безработный;

□

өзге/иное.

08. Тұрақты мекенжайы/Адрес постоянного места жительства: пошталық индекс/почтовый индекс _____, обл. _____, аудан/р-он _____, елді мекен/населенный пункт _____, көше/улица_____, үй/дом № _____, пәтер/кв. №_____, тел._____

09. Тұрғын/Житель:

□

қалалық/города;

□

ауылдық/села

10. Жеңілдік алушылар санаты/Категория льготности:

□

ҰОСҚ/УВОВ;

□

ҰОСМ/ИВОВ;

□

интернационалист жауынгер/воин-интернационалист;

□

өзге/иное

11. Мүгедектік тобы/Группа инвалидности:

□

жоқ/нет;

□

I топ/гр.;

□

II топ/гр.;

□

III топ/гр.

12. Науқасты жолдаған ұйымның атауы/Название организации, направившей больного

_____

13. Негізгі диагноз/Основной диагноз

_____
_____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

14. Фондық аурулар/Фоновые заболевания: _____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

_____10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

_____10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр МКБ-10

15. Гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом: күні/число _____ айы/месяц ____ жылы/год _____

16. Аталған мекемеде гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом в данном учреждении: күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

17. Аталған мекемеде гемодиализ емін тоқтату күні/ Дата прекращения лечения гемодиализом в данном учреждении: күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

18. Гемодиализ емін тоқтату себебі/Причина прекращения лечения гемодиализом:

□

трансплантация жасауға ауыстыру/перевод на трансплантацию;

□

басқа гемодиализ бөлімшесіне ауыстыру/перевод в др. отделение гемодиализа;

□

көшу/выезд;

□

қайтыс болу/смерть

□

өзге/прочее

01. Тегі/Фамилия_____аты/имя_____

Әкесінің аты(болған жағдайда)/отчество (при его наличии)_____

02. Өткізу мерзімі/Дата проведения: _____/_____/_____ КК/ АА/ ЖЖЖЖ (ДД / ММ / ГГГГ)

03. Басталуы (уақыты)/Начало (время) ____:_____

04. Аяқталуы (уақыты)/Окончание (время) _____:_____

05. Гемодиализ № _____ Аппарат № _____

06. Диализатор үлгісі: ағыны төмен, ағыны жоғары/Тип диализатора: низко поточный, высоко поточный

Көлемі/размер _____м2, өндіруші/производитель _____,

07. Гемодиализ: бикарбонатты/бикарбонатный

08. Ультрасүзгілеу бейіні/Профиль ультрафильтрации:

□

ОУФ (ИУФ);

□

УФ

□

Na

09. Тамыр арқылы жету әдісі/Сосудистый доступ):

□

А-V фистула;

□

протез;

□

катетер (уақытша, тұрақты) (временный, постоянный)

10. Антикоагулянт:

□

гепарин;

□

клексан;

□

фраксипарин

10.1 мөлшер/доза _____БІРЛІК/ЕД

10.2 тәсілі/способ

□

жалпы (общая);

□

мөлшерлі (дозированная);

□

өңірлік (региональная)

11. Қанағым жылдамдығы/Скорость кровотока _____мл/мин. Диализат ағынының жылдамдығы/ Скорость потока диализата _____мл/мин

12. ГД белгіленген уақыты/Назначенное время ГД _____ сағат (ч.)ГД тиімді уақыты/ Эффективное время ГД _____сағат (ч.)

13. Құрғақ салмағы/Сухой вес _____,

12.1 ГД дейінгі салмақ/вес до ГД _____,

12.2 ГД кейінгі салмақ/вес после ГД _____,

12.3 ультрасүзгілеу/ультрафильтрация _____

14. Артериялық қысым/Артериальное давление:

	Г Д дейін (До ГД)	**1 сағат (час)**	**2 сағат (час)**	**3 сағат (час)**	**4 сағат (час)**	**ГД кейін/после ГД**
АД						

15. Дәрілік препараттар/Лекарственные препараты

Препараттың атауы (Наименование препарата)	**Өлшем бірлігі (Ед. из.)**	**Саны (Количество)**

16. Техникалық. асқынулар/Технические осложнения _____

17. Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача:

_____

18. ГД мейіргерінің Т.А.Ә..(болған жағдайда) /Ф.И.О.(при его наличии) медсестры ГД:

_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

ГБО сеанстарын есепке алу картасы
Карта учета сеансов ГБО

Т.А.Ә. .(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)_____

Туған күні (Дата рождения)_____ Жасы (Возраст) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____ ЖСН/ИИН_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____

_____

Қосалқы диагнозы (Диагноз сопутствующий) _____

_____

ГБО-ға көрсеткіштер (Показания к ГБО) _____

_____

Емдеу басталған күн (Дата начала лечения) _____

Емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения) _____

ГБО сеанстарының саны (Количество сеансов ГБО) _____

ГБО курстарының саны (Количество курсов ГБО) _____

Эпикриз (тиімділігі, аяқталуы, ГБО ерешелектері) (Эпикриз (эффективность, исход, особенности ГБО))
_____

Асқынулар (Осложнения)_____

02 улану (02 Интоксикация) _____

Дәрігер (Врач)_____

Меңгеруші (Заведующий)_____

Сеанс № № сеанса Күні Дата	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Режімі Режим												

ГБО сеансының ұзақтығы Длительность сеанса ГБО												
Науқастың жағдайы Состояние больного												
АҚ АД												
РЗ ЧД												
Тамыр соғу жиілігі Частота пульса												

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемокоррекцияның
картасы
Карта
экстракорпоральной гемокоррекции

Күні (Дата) 20___жылғы (года) "____"_____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного): _____

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____Жынысы (Пол) _____Салмағы (Вес) _____

Диагнозы: _____

Өңделетін плазманың көлемі (Объем обрабатываемой плазмы)_____мл

Гепариндеу(Гепаринизация) _____; НЭХО (NaCIO) _____

_____температурада криопреципитаттау (криопреципитация при температуре)

20___жылдан (года) "___" _____бастап (с), 20__ жылға (года) "__" ____дейін (по).

20__ жылғы (года) "____" _____ерітілді (разморожена),супернатант
преципитаттан стерильді бөлініп алынды, гемосорбентті колонка арқылы перфузияланды
(супернатант стерильно отделен от преципитата, перфузирован через колонку с
гемосорбентом) _____

Колонканың көлемі (Объем колонки):_____

Реинфузия үшін плазмосорбциядан кейінгі науқас плазмасының көлемі (Объем плазмы больного после плазмосорбции для реинфузии) _____

Асқынулар (Осложнения) _____

_____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____мл, АҚ көлемі (объем ЦК) _____мл

есептік (расчетный)

Не жасалды (Что сделано)_____

_____
_____
_____

Дәрігер (Врач) _____

Қолы (Подпись)_____

М.О.

М.П.

Операциялық мейірбике (Операционная медицинская сестра) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Эхокардиографиялық тексеру
картасы
Карта
эхокардиографического обследования
20__жылғы (года) "____" _____

_____

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз)_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)_____
___
_____
_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жасы (Возраст)_____Салмағы (Вес)_____Дене аумағы (Поверхность тела)_____

Митраль қақпақшасы (Митральный клапан)_____

_____
_____

Қолқаның негіздемесі (Основание аорты)_____

Қолқа қақпақшасы (Аортальный клапан)_____

Үшжармалы қақпақша (Трикуспидальный клапан)_____

Өкпе артериясы (Легочная артерия)_____

Өкпе артериясының қақпақшасы (Клапан легочной артерии)_____

Сол жақ жүрекше. Диастола кезіндегі өлшемі (Левое предсердие. Размер в диастолу)_____
_____
_____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу)_____

Оң жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола кезіндегі өлшемі (Правый желудочек.

Размер полости в диастолу)_____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу)_____

Сол жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола соңындағы өлшемі (Левый желудочек. Конечно диастолический размер полости) _____

Қуыстың систола соңындағы өлшемі (Конечно-систолический размер полости)_____

Диастола көлемі (Диастолический объем)_____

Систола көлемі (Систолический объем)_____ Соғу көлемі (Ударный объем)_____

Аластау фракциясы (Фракция изгнания)_____

Диастола кезіндегі артқы қабырғаның қалыңдығы (Толщина задней стенки в диастолу)_____

Систола кезіндегі (В систолу)_____

Сол жақ жүрек қарыншасының аластау уақыты (Время изгнания левого желудочка)_____

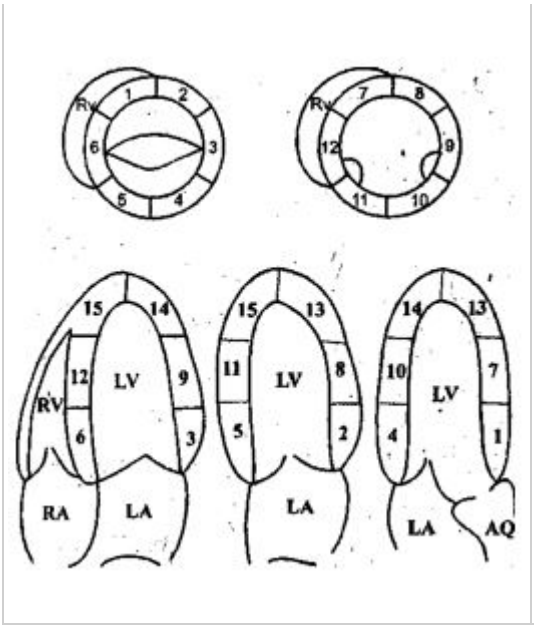
Қарынша аралық қалқа (Межжелудочковая перегородка)_____

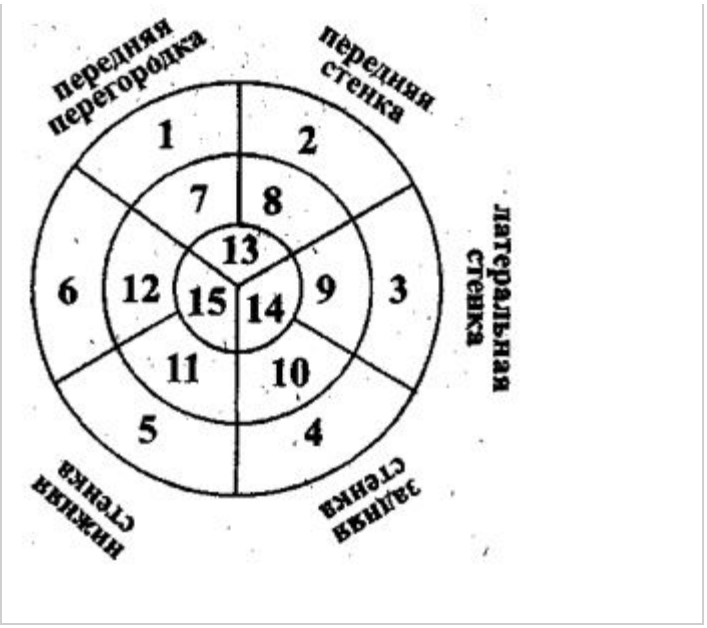
Жүрекқап сарысуының болуы (Наличие перикардиального выпота)_____

Эхокардиограмманың қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности эхокардиограммы)_____
_____

Сегменттер бойынша жергілікті жиырылғыштығы (Локальная сократимость по сегментам):_____

1) Базалық алдыңғы-қалқалық (Базальный передне-перегородочный) 2) Базалық алдыңғы (Базальный передний) 3) Базалық алдыңғы-қапталдық (Базальный передне-боковой) 4) Базалық артқы –қапталдық (Базальный задне-боковой) 5) Артқы базалық (Базальный задний) 6) Базалық артқы-қалқалық (Базальный задне-перегородочный) 7)Ортаңғы алдыңғы-қалқалық (Средний передне-перегородочный) 8) Ортаңғы алдыңғы (Средний передний)	9) Ортаңғы алдыңғы - қапталдық (Средний передне - боковой) 10) Ортаңғы артқы - қапталдық (Средний задне - боковой) 11) Ортаңғы артқы (Средний задний) . 12) Ортаңғы артқы - қалқалық (Средний задне - перегородочный) 13) Алдыңғы – ұштық (Передне - верхушечный) 14) Ұштық-қапталдық (Верхушечный боковой) 15) Ұшттық артқа (Верхушечный задний) 16) Қалқалық -ұшттық (Перегородочно - верхушечный)





Қорытынды (Заключение)_____

_____

_____

_____

_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача)_____

* Ескертпе (Примечание):

II. Алдыңғы қалқа – передняя перегородка

Алдыңғы қабырға – передняя стенка

Төменгі қабырға – нижня стенка

Артқы қабырға – задняя стенка

Бүйірлік қабырға – латеральная стенка

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Қуық асты безін тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное исследование предстательной железы

№ _____ 20____жыл (год) "____" _____
_

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)_____

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен)_____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный)_____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА) _____нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) PHI_____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері

Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое подчеркнуть):

- түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),
- түйіндер(узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),
- түйіндер(узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы) / қуық безінің түгел ұлғайуы (увеличение всей железы),

-

Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы) жумсақ(мягкая)/қиыршықты(каменистая),

-

Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)

-

Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы)тегіс(ровная) / тегіс емес(бугристая)

-

Қуық безінің жоғарғы шекараларысаусаққа (верхняя граница предстательной железы для пальца)қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются) Иә (Да)/Жоқ (Нет) **Зарарсыз (Доброкачественное) : Иә (Да)/ Жоқ (Нет)** **Түзіліс оқшауланған орын: (Локализация образования): _____** **Күдікті (Сомнительное):** **Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева; Двустороннее)** **Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес):_ _____г** **Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т после пальцевого ректального исследовани):_____** **Ескертулер (Замечания):_____** **_____** **_____** **_____**	

Амбулаториялық науқастың медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента

Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликардиография)
Фазовый анализ сердечной деятельности (поликардиография)

Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О.(при его наличии)_____ _____ _____ _ _____ _____ _____ _____ ЖСН/ИИН____ _____ _____ _____ Туған күні (Дата рождения)__ _____ ____ Жынысы (Пол)_____ __Салмағы (Вес)___ _____ Бойы (Рост) _____ Бөлімше (Отделение)_ _____ _____ Сырқатнама № (№ истории болезни)___ _____ Зерттеу күні (Дата исследования) _____ __ Диагнозы___ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Гемодинамика фазаларының атаулары мен көрсеткіштері Наименование фаз и показателей гемодинамики	Қалыптылығы Размерность (сек.)	Рауаны тербелістер шегі Пределы допустимых колебаний	Іс жүзіндегі деректер Фактические данные
R - R	сек.		
АС	-"-	0,04 – 0.07	
ИС	-"-	0,02 – 0,05	
ПН	-"-	0,06 – 0,11	
ПИ	-"-	0,21 – 0,30	
So	-"-	0,29 – 0,35	
Sm	-"-	0,23 – 0,34	
КБ	-"-	2,5 – 4,5	
ВСП	%	85-94	
ИНМ	%	20-29	
	мм сын.бағ./ сек.		

VI	(мм рт.ст./сек.)	1500 - 4500	
Ve	мл /сек.	200 - 500	
ВИМО	сек.	15-21	

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Қорытынды (Заключение):_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы
Протокол велоэргометрического исследования

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні_____ жасы_____ жынысы_____

(Дата рождения) (возраст) (пол)

Зерттелген күні_____ бөлімшесі_____

(Дата исследования) (отделение)

Сырқатнама №_____

(№ истории болезни)

Диагнозы_____

(Диагноз)

Коронарография_____

(Коронарография)

	ЖЖС (ЧСС)	**Қан қысымы (Артериальное давление)**	**Ескертпе (Примечание)**
Қалыпты жағдайы (В покое)			
Жүктеме кезінде (При нагрузке)			
1,6-10вт-60кгм			
4,0-25вт-150кгм			
8,0 50 300			
12,0 75 450			
16,0 100 600			
20,0 125 750			
24,0 150 900			
28,0 175 1050			
32,0 200 1200			
48,0 300 1800			
64,0 400 2400			

ДП: Макс ЧСС х Макс САД

_____ = ш. б. оттектегі мұқтаждылығы (потребность в кислороде)

100

Жүктеме келесі себептермен тоқтатылды _____

(Нагрузка прекращена в связи)

_____
_____
_____
_____

Қалпына келу кезеңі_____

(Период восстановления)

_____
_____
_____
_____
_____

Қорытынды_____

(Заключение)

_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____ Қолы (Подпись)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Емшек бездерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования грудных желез

№_____ 20___жылғы (года) "____"_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))_____

Туған күні (Дата рождения)_____Жасы (Возраст)_____

ЖСН/ИИН_____

Сол жақ сүт безі (Левая молочная железа) Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)). Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена))_____ _____ _____ Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, гландулалық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, гландулярная))_____ __ _____ Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков)_____ __ _____ Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков)_____ __ _____ Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)_____ _	Он жақ сүт безі (Правая молочная железа) Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)) Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена)) _____ _____ _____ Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, гландулалық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, гландулярная))_____ _____ _____ Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков)_____ _____ _____ Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков)_____ _____ _____ Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)_____ _____ _____ _____ Қорытынды (Заключение): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

	Қолы (Подпись)_____ _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Телемедициналық консультация өткізу
хаттамасы
Протокол
проведения телемедицинской консультации
№_____
20___ жылғы (года) "____"_____

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, (болған жағдайда) ЖСН (фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента, ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

медициналық картасының № (№ медицинской карты) _____

Жолдаманың нөмірі (Номер направления) _____

Телемединалық консультацияға жіберілген жолдаманың күні (Дата выдачи направления на телемедицинскую консультацию) _____

Пациенттің келген күні (Дата обращения пациента) _____

Өтінімнің нөмірі (Номер заявки) _____

Өтінім берілген күн (Дата подачи заявки) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), өтінімді жасаған дәрігердің мамандығы/Фамилия, имя,
отчество (при его наличии), специальность врача подавшего заявку_____

Өтінімді жасаған дәрігердің медициналық ұйымы (Медицинская организация врача подавшего заявку)
_____

Алдын ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз) _____

_____

АХЖ-10 (МКБ-10)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги (тарификатор))

Қызмет код (Код услуги)	**Қызметтің атауы (Наименование услуги)**
1	2

Консультанттың өтінімді қарау күні (Дата рассмотрения заявки консультантом) _____

Дәрігер-консультанттың медициналық ұйымы (Медицинская организация врача-консультанта) _____
_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), дәрігер-консультанттың мамандығы/Фамилия, имя, отчество
(при его наличии), специальность врача-консультанта_____

Өтінімдіқарау нәтижелері (Результаты рассмотрения заявки)

_____

Бас тарту себептері (Причина отказа)_____

_____

Телемедициналық консультацияны өткізу күні мен уақыты (Дата и время проведения телемедицинской
консультации)_____

Консультанттың ұйғарымы (Заключение консультанта) _____

_____

Тіркелген медициналық құжаттар (Прикрепленные медицинские документы)

№ п/п	**Тіркелген құжаттардың атауы (Наименование прикрепленного документа)**	**Өтінімге құжаттарды тіркеген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача, прикрепившего документ к заявке)**
1	2	3

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)

20 __ ж (г) "___" _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында жүргізілді

(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии)

беременной)_____
ЖСН/ИИН_____

Жасы (возраст) _____

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация)_____

Жүктіліктің I-ші триместріндегі (10-14 апта) ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(протокол ультразвукового обследования в I триместре беременности (10 - 14 недель)

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (недель)_____ күн (день)

Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20__ жыл (год) "___" _____

Зерттеу түрі: трансабдоминалдық, трансвагиналдық (Вид исследования: трансабдоминальный,
трансвагинальный (нужное подчеркнуть))

Жатыр қуысында (В полости матки визуализируется)_____ ұрық көрінеді (плод)

Сегізкөз-бел өлшемі _____ мм, етеккір мерзіміне сәйкес, сәйкес емес (КТР соответствует,
не
соответствует менструальному сроку)

Ұрықтың жүрек соғысының жиілігі (частота сердечных сокращений плода) _____ 1
минуттағы соғуы (ударов в 1 минуту)

Жаға кеңістігінің қалыңдығы (Толщина воротникового пространства) ____мм

Ұрықтың мұрын сүйектерінің ұзындығы (Длина носовых костей плода) _____мм

Ұрықтың анатомиясы (Анатомия плода)

Бассүйек күмбезінің сүйектері (Кости свода черепа)_____

"Көбелек" ("Бабочка")_____ Асқазан (Желудок)_____

Алдыңғы іш қуысы (Передняя брюшная стенка)_____

Қуық (Мочевой пузырь)_____

Омыртқа (Позвоночник)_____

Аяқ-қолдары (Конечности)_____

Сарыуыз қабының орталық ішкі диаметрі (СВД желточного мешка)_____ мм

Хорионның ерекше орналасуы: жатырдың алдыңғы, артқы, оң, сол қабырғалары, түбі, ішкі аңқа жанында (Преимущественная локализация хориона: передняя, задняя, правая, левая, боковая стенка, дно матки, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть)

Хорион құрылымы: өзгермеген, өзгерген (Структура хориона: не изменена, изменена (нужное подчеркнуть))

Жатыр қосалқыларының ерекшеліктері (Особенности придатков матки):_____

_____

Жатыр құрылысының ерекшеліктері (Особенности строения матки):_____

_____

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (Визуализация: удовлетворительная, затруднена)

Ерекшеліктері (Особенности):_____

_____

Ұйғарым (Заключение):_____

_____
_____

Ұсыныстар (Рекомендации):_____

_____

Ультрадыбыстық бақылау (Ультразвуковой контроль в) _____ аптада (недель)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) врача)_____ қолы (подпись)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности)

20__ жыл (год) "___" _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында жүргізілді (
исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

беременной)_____

ЖСН/ИИН_____

Жасы (возраст) _____ лет

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация)_____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (неделя)_____ күн (день)

Басымен/жамбасымен _____жатқан тірі ұрық(тар) бар

Имеется живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании (нужное подчеркнуть)

Фетометрия:

Бастың бипариеталдық өлшемі _____ мм Бас шеңберінің өлшемі ____ мм

Бипариетальный размер головы Окружность головы

Маңдай-шүйде өлшемі _____ мм Іш шеңберінің өлшемі __ мм

Лобно-затылочный размер Диаметр/окружность живота

Жамбас сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина бедренной кости: левой правой

Тізе сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина кости голени: левой правой

Иық сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина плечевой кости: левой правой

Білек сүйектерінің ұзындығы:сол _____ мм оң _____ мм

Длина костей предплечья: левой правой

Ұрықтың ұзындығы: _____ аптаға сәйкес

Размеры плода: соответствуют неделям

Пропорционалды емес және жүктілік мерзімін анықтауға мүмкіндік бермейді (непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности)

Ұрық анатомиясы (анатомия плода):

Мидың бүйірлік қарыншалары _____ Мишық _____

Боковые желудочки мозга Мозжечок

Үлкен цистерна _____ Көз шарасы _____

Большая цистерна

Глазницы

Беттік құрылым: бейін _____

Өкпе _____

Лицевые структуры: бейін

Легкие

Мұрын-ерін үштігі _____

Асқазан _____

Носогубной треугольник

Желудок

Омыртқа _____

Қуық _____

Позвоночник

Мочевой пузырь

4-камералық жүрек кескіні _____

Өт қабы _____

4-камерный срез сердца

Желчный пузырь

3 қантамырлық арқылы жүрек кескіні _____

Срез сердца через 3 сосуда

Ішектер (Кишечник) _____

Бүйрек (Почки) _____

Алдынғы құрсақ қабырғасына кіндіктің бекуі _____

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке

Бала жолдасы, кіндік, қағанақ суы (плацента, пуповина, околоплодные воды):

Бала жолдасы жатырдың алдыңғы, артқы қабырғасында орналасқан, көбірек оң/ сол, түбінде __ __ см ішкі ернеуден жоғары, ішкі ернеудің аймаймағы _____.

(Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева, в дне на___ см выше внутреннего зева, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының калыңдығы: қалыпты, _____ _____ мм – ге дейін кішірейген, үлкейген

Толщина плаценты: ____ мм - нормальная, уменьшена, увеличена (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының құрылымы _____ Жетілу дәрежелері _____, жүктіліктің мерзіміне сәйкес/ сәйкес емес

Структура плаценты_____.Степень зрелости соответствует/не соответствует (нужное подчеркнуть)сроку беременности.

Қағанақ суының мөлшері: қалыпты, көпсулылық/су аздық (Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие) (нужное подчеркнуть).

Амниотикалық суықтықтың индексі _____ см

Индекс амниотической жидкости

Кіндік бауының _____ қан тамыры бар. Пуповина имеет _____ сосуда

Туа біткен даму ақаулары: деректер анықталмады

Врожденные пороки развития: данных не обнаружено (нужное подчеркнуть).

Анықталды _____

Обнаружены

Жатырдың мойны және қабырғасы: құрылымының ерекшеліктері

Шейка и стенки матки: особенности строения

Аналық безінің аймағы _____

Область придатков

Қарау: қанағаттанарлық, қиын

Визуализация: удовлетворительная/затруднена (нужное подчеркнуть).

Ұйғарым: _____

Заключение:

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)_____ қолы _____

Ф.И.О. (при его наличии) врача подпись

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

ӨаЭФЗ ХАТТАМАСЫ-өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу
Протокол
ЧпЭФИ – чрезпищеводного электрофизиологического исследования
№_____

Күні (Дата) "____"_____20___ жылғы (года).

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні(Дата рождения)_____Дене салмағы (Масса тела)_____кг.

Диагнозы (Диагноз): _____

_____

Кім жіберді (Кем направлен)_____

ӨаЭФЗ параметрлер: 9,5 мс импульсінің ұзақтығы, деңгейлі амплитуда (Параметры ЧпЭС: длительность импульса 9,5 мс; амплитуда пороговая)_____в,

қалыпты (рабочая)_____в, эл-дтіңқойылу тереңдігі (глубина установки эл-да)_____см.

	Қалыпты, мс Норма, мс	**Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов**	**Вегетативтік блокададан кейін После вегетативной блокады**	
			атропин мг.	атропин мг + обзидан мг

ЖЖЖ 1 минутта ЧСС в 1 минуту				
ЖОЦ ССЦ. мс				
1.Синус торабының функциясы СТФҚКУ Функция синусового узла ВВФСУ, мс	до 1400			
СТФҚКТУ КВВФСУ, мс	до 525			
2.Өткізгіштігі Проводимость ВСАП, мс	до 206			
АВ Венкебах нүктесі (точка Венкебаха)	130-180 в 1 минуту			
ЭРП АВ - қосылымның (ЭРП АВ-соединения)				
Қарыншалардың ерте қозу с-мы С-м предвозбуждения желудочка				
ЭРП Қосымша антероградтың жолдың (антероградного доп. пути)				

3.Тахиаритмияларды зерттеу Изучение тахиаритмий	**Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов**	**В/а енгізгеннен кейін После введения в/в**		
		мг	мг	мг
Тахиаритмия формасы Форма тахиаритмий				
1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту				
В-А, мс				
Тахикардия "терезесі" "Окно" тахикардии				
Тоқтату ӨаЭС Купирующая ЧпЭС				

4.ЖИА-ын диагностикалауға арналған жүктеме тесті (Нагрузочный тест для диагностики ИБС):

1 минуттағы ӨаЭС жиілігі Частота ЧпЭС в 1 минуту	**АҚҚ АД**	**Стенокардия деңгейі Порог стенокардии**				**Ескертпе Примечание**
		Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикамента	Қабылдағаннан кейін После приема			
			мг/с	мг/с	мг/с	
100						
110						

120						
130						
140						
150						
160						

5.Асқынулар(Осложнения):

Қорытынды (Заключение):_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Нұсқаулар (Рекомендации):_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач):_____ қолы (подпись)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Реография

20___ жылғы (года) "____"_____

Сырқатнама (амбулаториялық картасы) №_____ (№ истории болезни (амбулаторной карты)

_____бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Диагнозы

_____
_____

QRSЛ_____ Е жүйе. (сис.) _____

Е жылдам (Е быст). _____RR_____

Баяу Е (Е медл) _____ИНМ _____

Е макс. _____Ag|Fd_____

Шығарылу Е (Е изгн). _____УО_____

_____ Pg

_____ МОК

Қорытынды:
Заключение:

_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (Ф.И.О.)

Қолы (Подпись)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Спирография*

20__ ж."_____"_____

Амбулаториялық картаның № /№ _____амбулаторной карты

Медициналық картаның № / № _____ медицинской карты

Бөлімше (Отделение)_____

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)

(Фамилия, имя, отчество(при его наличии))_____

ЖСН/ИИН_____

Жынысы (Пол)_____

Туған күні (Дата рождения)_____

ӨӨК (ЖЕЛ)_____

ӨЖЖШ (МВЛ) _____

ӨЖӨК (ФЖЕЛ) _____

О2 ПК (КИ О2) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: (ФКК 1/ӨӨК) (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

ПСВ _____

Зерттеу жүргізілгенге дейінгі 24 ішінде пациент қабылдаған дәрілік препараттар (Принятые пациентом медикаментозные препараты за 24 часа до обследования) _____

_____

Реверсивтік тестілеуден кейін (После реверсивного теста) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: ФКК 1/ӨӨК (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

Қорытынды/Заключение

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись)_____

* Қоса берілген "Көлем-уақыт" және "ағын-көлем" өзектеріндегі тыныс алу (демді ішке тарту - шығару) үдерісінің графикалық көрінісінсіз жарамсыз

(Недействительна без приложенного графического отображения процесса дыхания (вдоха и выдоха) в осях "объем-время" и поток-объем")

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование беременной

№_____ 20__жылғы (года) "___" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии))_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен)_____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный)_____

Зерттеу деректері
Данные исследования

Жағдайы (Положение Алдында жатқан (Предлежит)_____

Позициясы (Позиция)_____БПР_____
__ _____мм_____апта (недель)

Кеудесі (Грудь)_____мм

Іш қуысының диаметрі (Диаметр брюшной полости)_____мм.

Саны (Бедро)_____мм_____апта (недель)

Ұрықтың ағзасы (Органы плода): миы (мозг)_____

Жүрегі (Сердце)_____

Бауыры (Печень)_____

Іш қуысы (Брюшная полость)_____

Ұрықтың жүрек қызметі (Сердечная деятельность) плода_____

Ұрықтың қимылдық белсенділігі (Двигательная активность плода)_____

Бала жолдасының орнығуы (Локализация плаценты)_____

Бала жолдасының төменгі шеті (Нижний край плаценты на)_____см. ая (лоно), ішкі аңқа деңгейінен биік (выше уровня лона, внутреннего зева)

Бала жолдасының қалыңдығы (Толщина плаценты) _____см.

Бала жолдасының құрылымы (Структура плаценты)_____

Ұрық маңы суларының мөлшері (Количество околоплодных вод)_____

Қорытынды мен нұсқаулар (Заключения и рекомендации):_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Ультрадыбыстық тексеру
(жатыр, жатыр мойыны, аналық без)
Ультразвуковое исследование
(матки, шейки матки, яичника)

№_____ 20__жылғы (года) "_____" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)_____ _____

Кім жіберді (Кем направлен)_____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный)_____

Зерттеу деректері
Данные исследования

Жатыр ортаңғы жағдайда ауытқыған: (Матка в срединном положении отклонена): артқа, алдыға, оңға, солға (кзади, кпереди, вправо, влево)_____

_____

Контурлары (Контуры): айқын, айқын емес, тегіс, тегіс емес (четкие, нечеткие, ровные, неровные).

Өлшемдері (Размеры): ұзындығы (длина)_____мм, алғы-арқы (передне-задний) _____мм, көлденеңі (ширина) _____мм

Жатырдың құрылымы (Структура матки)_____

_____
_____
_____
_____

Қуыс пішіні бұзылған, бұзылмаған (Полость деформирована, не деформирована) _____

_____

М-эхо _____мм. Етеккір циклының күні (День менструального цикла) _____

_____

Эндометрий жаңғырығы (Отражение от эндометрия): орташа, бәсеңдеген, күшейген (среднее, снижено, усилено)

Жатыр мойнының өлшемдері (Размеры шейки матки: длина) _____мм, алғы-артқы (передне-задний)
_____мм, көлденеңі (ширина)_____мм

Құрылымы (Структура) _____

Жатыр мойнының өзегі (Цервикальный канал) _____

Оң жақ аналық без (Правый яичник): өлшемдері (размеры) _____мм, құрылымы (структура)
_____

_____
_____

Сол жақ аналық без (Левый яичник): өлшемдері (размеры) _____мм, құрылымы (структура)
_____

_____
_____

Ерекшеліктері (Особенности) _____

_____
_____
_____

Қорытынды, нұсқаулар (Заключение, рекомендации)

_____
_____
_____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись):_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Қуықты ультрадыбыстық зертеу
Ультразвуковое исследование мочевого пузыря
№ _____

20___жылғы (года) "_____" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Жынысы (Пол)_____

Кім жіберді (Кем направлен)_____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз) предварительный_____

Зертеу деректері
Данные исследования

Пішіні: овал, үшбұрыш тәрізді (Форма: овала, треугольника)_____

Өлшемдері (Размеры)_____

Орналасуы (Положение)_____

Контуры: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес, (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Қабырғасының қалындығы (Толщина стенки)_____см

Ішіндегі зат: гомогенді, гомогенді емес, тұнба (Содержимое: гомогенное, негомогенное, осадок)

Конкременттер (Конкременты) _____

_____
_____
_____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)_____

_____
_____

Қорытынды (Заключение):

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____Қолы (Подпись)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Ішперде қуысын, бүйректерді, бүйрекбезді және ішперде артындағы кеңістікті (бауыр, өтқалта, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер, бүйрекбездер, зәрағар, ішперде аортасы және оның тармақтары, төменгі қуыс вена және оның ағыны) ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, надпочечников и забрюшинного пространства (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки, надпочечники, мочеточники, брюшная аорта и ее ветви, нижняя полая вена и ее притоки)

№_____ 20____ жылғы (года) "_____" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))_____

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)_____(Жынысы) Пол_____

Кім жіберді (Кем направлен)_____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный)_____

Зерттеу деректері Данные исследования

1. Бауыр (Печень) оң бөлігі, биіктігі (правая доля высота) _____см қалындығы (толщина) _____см

сол бөлігі, биіктігі (левая доля высота) _____см қалындығы (толщина)_____см

Бауырдың контуры (Контуры печени)_____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура)_____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

Бауыріші өт жолдары (Внутрипеченочные желчные пртоки)_____

Қақпақша тамыр (Портальная вена)_____

2.Өтқалтасы (Желчный пузырь)_____

Пішіні (Форма)_____Өлшемдері (Размеры)_____

Қаптың қабырғасы (Стенка пузыря)_____

Қаптың қуысында (В полости пузыря)_____

Жалпы өт жолы (Общий желчный проток)_____

3. Ұйқыбезі (Поджелудочная железа) _____

Басының өлшемдері (Размеры головки)__ (N 1,8 – 2,6), денесі (тела)__(N0,6 – 1,6), құйрығы (хвост)___(N 1,6 – 2,0)

Бездің контурлары (Контуры железа)_____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура)_____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

Вирсунг өзегі (Вирсунгов проток)_____

Көкбауыр венасы (Селезеночная вена)_____

Оның диаметрі (Ее диаметр)_____

4. Көкбауыр (Селезенка)_____

Көкбауыр ауданы (Площадь селзенки)_____ (N 40 ш.см. артық емес (не более 40 кв. см.))

Көкбауыр контуры (Контур селезенки)_____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура)_____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

5. Бүйректер (Почки)_____

Оң бүйректің өлшемдері (Правая почка размером)_____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы)_____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система)_____

Сол бүйректің өлшемдері (Левая почка размером)_____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы)_____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система)_____

6. Бүйрекбездер (Надпочечники): Оң бүйрекбезі (Правый надпочечник)_____

Сол бүйрекбезі (Левый надпочечник) _____

7. Төменгі қуыс вена және оның ағыны(Нижняя полая вена и ее притоки) _____

8. Ішперде аортасы және оның тармақтары(Брюшная аорта и ее ветви)_____

УДЗ бойынша қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности по УЗИ)_____

_____

Қорытынды (Заключение):_____
_____

Дәрігер (Врач)_____ Қолы (Подпись)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20____жыл (год) "____"_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))_____

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный)_____

Зерттеу деректері
Данные исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная)_____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая) _____

Өлшемдері (Размеры)_____

Контуры: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)_____

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоэхогенді (Структура внутренней части: гиперэхогенная, гипоэхогенная)

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоэхогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части: средней эхогенности,
гипоэхогенная, гиперэхогенная)_____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)_____

_____
_____
_____
_____

Қорытынды (Заключение):

_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____ _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование щитовидной железы

№ _____ 20__ жыл (год) "____"_____

ТАӘ(болған жағдайда) (ФИО(при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)_____Жасы (Возраст)_____Пол (Жынысы)_____

Кім жіберді (Кем направлен)_____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный)_____

Зерттеу деректері
Данные исследования

Контурлары (Контуры) _____

Серпімділігі

(Эластичность)_____

Пішіні (Форма)_____Мойнақ (Перешеек)_____

Оң жақ бөлігі (Правая доля)_____

_____
_____
_____

Сол жақ бөлігі (Левая доля) _____

_____
_____
_____
_____

Қорытынды (Заключение) _____

_____
_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Врач)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Фонокардиограмма № **Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)**_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ **ЖСН/ИИН**_____ _____ _____ _____ _____	**ар** **оборотна**

Зерттеу нәтижелері
Результаты исследования

Q – I дыбыс (тон): _____
Iдыбыс (тон): _____
IIдыбыс (тон):_____
IIIдыбыс (тон): _____
Ашылу тырсылы (Щелчок открытия) _____
Митраль қақпақшасы (митрального клапана): _____
Перикардиалдық дыбыс (Перикардиальный тон):_____
Басқа дыбыстар (Другие тоны):_____

Шуылдар Шумы	Нысаны Форма	Ұзақтығы Продолжительность	Эпицентр	Амплитуда	Жиіліктігі Частотность	Ды б
Систолалық Систолический						

Туған күні(Дата рождения)_____

Жынысы (Пол) _____

Салмағы (Вес)_____Бойы (Рост)_____

20__жылға (года) "____"_____

Бөлімше (Отделение)_____

зерттеу күні (дата исследования)_____

Учаскесі № (Участок №) _____

Сырқатнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или амбулаторной карты)_____

Диагнозы (диагноз)_____

Фонокардиограмма бойынша қорытынды (Заключение по фонокардиограмме) №_____

Диастолалық Диастолический						
Систоло-диастолалық Систоло-диастолический						
Перикард үйкелісі Трения перикарда						
Басқа шуылдар Другие шумы						

___ **Дәрігер Т.А.Ә (болған жағдайда) (Врач Ф.И.О. (при его наличии))**_____ _____ _____ _____ **қолы (подпись)**_ _____	Зерттеуді жүргізген (Исследование проводил)_____ Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О., (при его наличии) подпись)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу
Функциональное исследование периферических сосудов

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Диагнозы(диагноз)_____

_____

Зерттеу күні (Дата исследования): 20___ жылғы (года) "____"_____

1.Реография

	Амплитуда		**Индекс**		**Асимметрия коэффициенті Коэффициент асимметрии**
	оң правый	сол левый	оң правый	сол левый	
Табандар Стопы					
Балтырлар Голени					
Сандар Бедра					
Саусақтар Кисти					
Білектер Предплечья					

Иықтар Плечи					

2.Көлемдік сфигмография (Объемная сфигмография)

	АГП		**Көтеру уақыты Время подъема**	
	оң правый	сол левый	оң правый	сол левый
Балтырдың т/з Н/з голени				
Балтырдың ж/з В/з голени				
Санның/з Ср/з бедра				
Білектің/з Н/з предплечья				
Білектің/з В/з предплечья				
Иықтың/з Ср/з плеча				

3.Капилляроскопия

Зерттеу орны, жалпы көрінуі, негізгі түсі, капиллярлық тордың қоюлығы, орналасуы және капиллярлар пішіні.Анастомоздар, субкапиллярлық өрімдер. Қан жүруі.

(Место исследования, общая видимость, фон, густота капиллярной сети, расположение и форма капилляров. Анастомозы, субкапиллярные сплетения. Ток крови)

Қорытынды (Заключение):_____

_____
_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Электрокардиограмма №

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)_____
_

_____
_____

Ұлты (Национальность)_____ Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол)_____Салмағы (Вес)_____Бойы (Рост)_____

АҚҚ (АД)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ЖСН/ИИН_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Жұмыс орны (мекенжайы) Место работы (адрес)_____

_____

Бөлімше, участке (Отделение, участок)_____

Сырқатнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или амбулаторной карты)_____

Зерттеу күні (Дата исследования)_____

Диагнозы _____

_____
_____

P – Q = сек.
Q R S = сек.
QRST (Q – T) = сек.
R – R= сек.
RI : RII:RIII=
RaVF:SaVF=
ЖСС (ЧСС)=
Патологиялық тістердің сипаттамасы (Описание патологических зубцов):_____
_____
_____
_____
_____
Қорытынды (Заключение):_____
Ырғақ (Ритм)_____
ЖЭО (ЭОС)_____
Гипертрофия_____

Коронарлық патология (Коронарная патология)_____
Блокадалар (Блокады)_____
Басқа өзгерістер (Другие изменения)_____
Дәрігер Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____
(Врач Ф.И.О. (при его наличии)) _____
қолы (подпись)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Электроэнцефалография

20____ жыл (год) "___"_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

ЖСН/ИИН_____

Жасы (Возраст)_____

Диагнозы_____

_____

ЭЭГ негізгі түсі (Фоновая ЭЭГ) _____

_____
_____
_____
_____
_____

Фотостимуляция_____

_____

Гипервентиляция_____

_____

Қорытынды (Заключение):

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Эхоэнцефалография

20_____ жылғы (года) "_____"_____

Сырқатнама немесе амбулаториялық картаның № (Истории болезни или амбулаторной карты)_____
_

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)_____
_____

_____Жынысы (Пол)_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Мидың орта құрылымдарының ауытқуы (бар, жоқ) (Смещение срединных структур мозга (есть, нет)

Тм = Т

III қарынша (III желудочек): ені (ширина)_____мм

Солқылдауы (Пульсация) күшейген (усилена) 1/3 2/3 М – жаңғырық (эхо)

күшеймеген (не усилена)

ширыққан (напряжена)

ширықпаған (не напряжена)

М – жаңғырықтың пішіні өзгерген, өзгермеген (М-эхо деформирован, не изменен)

Қосымша импульстар бар, жоқ (дополнительные импульсы есть, нет)

Амплитудасы орташа, жоғары, төмен (Средней, высокой, низкой амплитуды)

Бірлі – жарым, қалыпты мөлшерде, көп санды (Единичные, умеренные, большое количество)

Қорытынды

(Заключение)_____

_____

Белгілері бар, жоқ (Признаки да, нет)_____

Әлсіз, қалыпты, көрнекі (Слабо, умеренно, значительно выраженные)

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Амбулаторлық пациенттің статистикалық картасы статистическая карта амбулаторного пациента Консультациялық-диагностикалық орталықтар (емханалар) үшін для консультативно-диагностических центров (поликлиник)

1. ТАӘ (ФИО) _____

2. Туған күні (кк/аа/жжжж) (Дата рождения (дд/мм/гггг)

____/____/____ жылы(год)

3. Жынысы (Пол): 1 – ер(муж.), 2 - әйел(жен.)

4. Ұлты (Национальность) _____ 5. Азаматтық (Гражданство) _____

6. ЖСН (ИИН) __|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Медициналық тіркеу нөмірі (МТН) |____|____|____|____|____|____|

(Регистрационный медицинский номер (РМН)

5. Мекенжайы (Место жительства) _____

_____

6. Жолдаған мекеме (Направившая медицинская организация) _____

7. Қаралу күні (кк/аа/жжжж) (Дата обращения (дд/мм/гггг)

_____/_____/_____ жылы(год)

8. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): 2 – бюджет, 4 – ақылы

қызметтер (платные услуги).

9. Кеңес берулер мен тексеру түрлері (консультации и виды обследования)

Кабинеттің № **№ кабинета**	**Бөлімше** **Отделение**	**Зерттеу коды** **Код исследования**
	Жалпы клиникалық зерттеулер Общеклинические исследования	

	Биохимиялық зерттеулер Биохимические исследования	
	Иммунология	
	Радиоиммунология	
	Цитоморфология	
	Функционалдық диагностика (Функциональная диагностика)	
	Эндоскопия	
	Ультрадыбыстық диагностика Ультразвуковая диагностика	
	Рентгендиагностика	
	МРТ және КТ диагностикасы МРТ и КТ диагностика	
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант	
	Кеңесші дәрігер Врач-консультант	

10. Қаралу себебі (Повод обращения): ауру (заболевание); проф. қарау

(профосмотр); басқалар (прочие)

(тек бір себепті астын сызыңыз) (подчеркнуть только один повод)

11. Келуі (Посещения):

Күні Дата	Келу түрі Вид * посещения	Дәрігер коды Код врача	Күні Дата

П – диагностикалық орталық (диагностический центр),
Б – күндізгі стационар (дневной стационар)

12. Диагноз

	Жолдағанда При направлении	**ХАЖ-10 коды Код МКБ-10**	**Тексергенде При обследовании**	**ХАЖ-10 коды Код МКБ-10**	**1,2,3 түрі Тип 1,2,3**	**Дәрігердің коды Код врача**
Негізгі (Основной)						
Ілеспелі (Сопутствующие)						

Әр диагнозға (Для каждого из диагнозов): 1 –жіті ауру (острое заболевание), 2 – бірінші рет анықталған (установленный впервые), 3 –бұрыннан белгілі созылмалы (известное ранее хроническое).

13. Өткізілген зерттеулер (Проведенные исследования):

Күні Дата	**Маманның коды Код специалиста**	**Атауы Названия**	**Тарификатор бойынша коды Код по тарификатору**	**Саны Кол-во**	**1-алғашқы (первично) 2 – қайталана (повторно)**

14. Қабылдауда дәрігермен жасалған операциялар мен манипуляциялар (Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме):

Атауы Наименование	**Операцияның коды Код операции**	**Дәрігердің коды Код врача**

15. Дәрігер: ТАӘ (Врач: ФИО) _____

Коды (Код) _____ Қолы (Подпись)_____

16. ЕҚО аяқталған күн (Дата завершения СПО) _____

жылғы (год) "__" _____

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

АМБУЛАТОРЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫНА ЖАСӨСПІРІМГЕ ЖАПСЫРМА ПАРАҚ
Картаның толтырылған күні 20__ жылғы _____

№ немесе коды

ВКЛАДНОЙ ЛИСТ НА ПОДРОСТКА К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА Дата заполнения карты _____ 20__ года

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-2/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 025-2/ у

Ұйымның атауы Наименование организации	утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Қорытынды (анықталған) диагноздарды тіркеуге арналған
СТАТИСТИКАЛЫҚ ТАЛОН
СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН
для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 025-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-4/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Дәрігердің қабылдауына арналған
ТАЛОН
ТАЛОН
на прием к врачу

_____

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Мекенжайы (Адрес местожительства) _____

_____

4. Амбулаторлық науқастың медициналық картасының № (№ медицинской

карты амбулаторного больного) _____

_____

5. Кабинет (Кабинет) № _____

6. Келуі (Явиться) _____ күні (числа)

_____сағат (часов)_____ минутта (минут)

7. Дәрігерге (К врачу) _____

_____

тегі (фамилия)

8. Бала (Ребенок) (0-14 жастағы) (0-14 лет включительно), ересек

(взрослый) (15 жастан жоғары) (от 15 и старше) – керегінің астын

сызыңыз (нужное подчеркнуть).

9. Келу себебі (Повод обращения): сырқаты (заболевание),

профилактикалық тексеру (профилактический осмотр), екпе (прививка),

анықтамалық алуға (за справкой), басқа себептер (другие причины) –

(керегінің астын сызыңыз, жетпегенін жазыңыз) (нужное подчеркнуть,

недостающее вписать).

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Форма

А5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-5/е нысанды медициналы құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 025-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____ Код _____

Медициналық тіркеу нөмірі (МТН)

(Регистрационный медицинский номер (РМН)) !__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!

Амбулаториялық картаның № (№ амбулаторной карты) _____Участке (ОДА) № (участка

СВА)_____

АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ КАРТАСЫ
КАРТА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (кк/аа/жжжж) (Дата рождения) (дд/мм/гггг)_____/_____/_____

3. Жынысы (Пол): 1- ер (муж), 2 – әйел (жен)

4. Мекенжайы (Место жительства) _____

5. Бекітілген тұрғын (Прикрепленный житель): 1 – иә (да), 2 – жоқ (нет).

5.1. Тұрғыны (Житель): 1 – қаланың (города); 2 – ауылдың (села)

5.2. Оралман: 1 – иә (да), 2 – жоқ (нет).

6. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): 1 – бюджет; 2 – ЕМС (ДМС);

3 – ақылы қызмет (платные услуги).

6.1. Сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой

компании)_____ ___

Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса)____ _____

7. Жеңілдік алушылар категориясы (Категории льготников) 1–ҰОСМ (ИОВ); 2–ҰОСҚ (УВОВ);

3– интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист); 4–бала кезінен мүгедек (инвалид

детства); 5–ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию); 6 – басқа жеңілдік

алушылар (прочие льготники)

8. Қаралу себебі (Повод обращения): ауру (заболевание); профилактикалық тексеріп-қарау

(профилактический осмотр); диспансерлеу (диспансеризация); екпе (прививка);

медициналық-әлеуметтік (медико-социальный); басқалар (прочие); зақым (травма) (тек бір себепті сызыңыз) (подчеркнуть только один повод);

8.1. Зақым түрі (Вид травмы): 1- Өндіріспен байланысты (Связанная с производством): өнеркәсіпте, ауыл шаруашылығында, жол-көліктік, басқалар (в промышленности, в сельском хозяйстве, дорожно-транспортная, прочая); 2- Өндіріспен байланыссыз (Не связанная с производством): тұрмыстық, көшеде, жол-көліктік, спорттық, мектепте, басқалар (бытовая, уличная, дорожно-транспортная, спортивная, школьная, прочая);

8.2. Кім жіберді (Кем направлен): 1- ОДА (СВА); 2 – жедел жәрдем (скорой помощью); 3 – стационар (стационаром); 4 - өздігінен (самостоятельно).

9. Келуі (Посещения):

Күні Дата	Келу * түрі Вид * посещения	Дәрі-гер коды Код врача	Күні Дата	Келу * түрі Вид * посещения	Дәрігер коды Код врача	Күні Дата	Келу * түрі Вид * посещен	Дәрігер коды Код врача

- Е (П) – Емхана (Поликлиника); Ү (Д) – үйінде (на дому); ҮҚ (А) – үйінде қарау (актив на дому); М (Ш) – мектепте (балабақшада) (в школе (детском саду));

- Ұ (О) – ұйымда (в организации); Б - күндізгі стационар (дневном стационаре); ҮС (С) – үйдегі стационар (в стационаре на дому).

10. Стационарда өткізген төсек-күндері (Проведено дней в стационаре):

күндізгі (дневном) _____ үйіндегі (на дому) _____

ауруы бойынша (по заболеванию) _____ АХЖ-10 коды (код МКБ-10) _____ 11. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)	АХЖ-10 коды (Код МКБ-10)	Түрі (Тип) 1,2,3*)

*) Диагноздардың әрқайсысы үшін (Для каждого из диагнозов): 1- ушыққан ауру (острое заболевание); 2 - өмірінде бірінші рет анықталған созылмалы немесе бірінші рет анықталған (впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые); 3- бұрыннан белгілі созылмалы (известное ранее хроническое).

12. Диспансерлеу (Диспансеризация)

Диагнозы	АХЖ-10 коды (Код МКБ-10)	1-алынды (взят) 2-есепте (состоит) 3-шығарылды (снят)	Есептен шығарылу себебі * (Причина снятия с учета *)	Келесі келу күні (Дата следующей явки)	Дәрігер-дің коды (Код врача)

*) 1-жазылу (выздоровление); 2-15 жасқа толды (достигнуто 15 лет); 3-басқа жаққа кетті (выезд); 4-қайтыс болды (смерть)

13. Емшаралар мен талдаулар (орындалған) (Процедуры и анализы (выполненные))

Маманның коды (Код специалиста)	Аттары Названия	Тарификатор бойынша коды (Код по тарификатору)	Саны (Количество)

14. Қабылдау кезінде және үйінде дәрігердің жасаған операциялары мен манипуляциялары

Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме и на дому:

Күні Дата	Атауы Наименование	Операция коды Код операции	Дәрігердің коды Код врача

15. Қаралу нәтижесі (Исход обращения): 1- сау (здоров); 2 – жазылды (выздоровление); 3 - өзгеріссіз (без перемен); 4 – жақсарды (улучшение); 5 – ауруханаға жатқызылды (госпитализация); 6 – медициналық-әлеуметтік сараптамасына - болған жағдайда (бұдан әрі – МӘС) жіберілді (направлен на медико-социальную экспертизу – при наличии (далее - МСЭ); 7 – өлім (смерть); 8 – науқастың бас тартуы (отказ больного); 9- басқа жаққа кетуі (выезд); 10 – егілді (привит); 11 – басқалар (прочие); 12 – Емханалық қаралу оқиғасы - болған жағдайда (бұдан әрі – ЕҚО) жалғасуы (продолжение случая поликлинического обращения – при наличии (далее - СПО); 13 – КДЕ (КДО) жолданды (направлен в КДП (КДЦ).

16. ЕҚО (СПО): 1 – аяқталды (завершен); 2 - аяқталмады (не завершен)

17. Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) _____

Код _____ Қолы (Подпись) _____

18. ЕҚО аяқталған күн (Дата завершения СПО) _____ жылғы (год) "_____" _____

А4 форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Медициналық ұйым (Медицинская организация)

_____

Білім беру ұйымы (Организация образования)

_____

Амбулаторлық карта № амбулаторной карты _____ участке №

участка _____

ЖИН !__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!ИИН

!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!

БАЛАНЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУДІҢ (СКРИНИНГТІҢ)
СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (СКРИНИНГА) ребенка

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

1.Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты/Отчество _____

2. Туған күні/День рождения /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ жылғы

(года).

3. Жынысы/Пол: 1- ер/муж; 2 – әйел/жен

4. Ұлты/Национальность _____ 5. Тұрғын/Житель: 1-

қала/города; 2- ауыл/села

6. Тұратын жері/Место жительства: облыс/область_____

қала/город_____

аудан/район_____

Елді мекен (кент, ауыл)/населенный пункт (поселок, село)

_____

7. Бекітілген тұрғын/Прикрепленный житель: 1 – иә/да, 2 – жоқ/нет

8. Бекітілген медициналық ұйым/Медицинская организация

прикрепления_____

9. Мүгедектік/Инвалидность: 1- бар/есть; 2- жоқ/нет 9.1. Мүгедектік

берілген жыл/Год установления инвалидности _____ 9.2.

Мүгедектік қай мерзімге берілді/На какой срок установлена

инвалидность (16 жасқа дейін/до 16 лет) _____

9.3. Мүгедектік тобы/Группа инвалидности (16 жастан бастап/от 16 лет)

_____

9.4. Мүгедектік бойынша диагноз/Диагноз по инвалидности

_____10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)

_____

10. Бойы/Рост_____(см); 11. Салмағы/Вес_____(кг).

12. Бас шеңбері/Окружность головы (3 жасқа дейінгі балалар/дети до 3 лет) _____(см).

13. Кеуде шеңбері/Окружность грудной клетки (3 жасқа дейінгі

балалар/дети до 3 лет) _____(см).

14. Темекі шегу, күніне ең болмағанда бір темекі (7 жас және одан

үлкен балалар)/Курение, хотя бы одну сигарету в день (дети 7 лет и

старше): 1-жоқ/нет; 2-иә/да.

15. Алкоголдік ішімдіктер тұтыну (7 жас және одан

үлкенбалалар)/Употребление алкогольных напитков (дети 7 лет и старше): 1-жоқ/нет; 2-иә/да
.

16. Физикалық белсенділік, күнделікті физикалық салмақ (жаттығу, жаяу жүру, спорттық үйірмелерге қатысу және т.б.) 30 минуттан кем емес (3 жас және одан үлкен балалар)/Физическая активность, ежедневная физическая нагрузка (зарядка, пешие прогулки, посещение спортивных секций и т.д.) не менее 30 минут (дети 3 лет и старше): 1-жоқ/нет, 2-иә/да.

17. Артериялық қысым (7 жас және одан үлкен балалар) (систолалық/диастолалық) 1-сі _____/_____, 2-сі _____/_____, орташа _____/_____мм.с.б./Артериальное давление (дети 7 лет и старше) (систолическое/диастолическое) 1-е _____/____, 2-е _____/_____, среднее _____/_____мм.рт.ст.

18. Құлақтың естігіштігін анықтау/Определение остроты слуха:

18.1 Нәрестелер, отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен/Новорожденные, методом регистрации отоакустической эмиссии: 1-тіркелген/зарегистрирована; 2-тіркелмеген/не зарегистрирована; 3-жүргізілмеді/не проведена.

18.2 1 жасқа дейінгі балалар және одан үлкен/Дети 1 года и старше: 1-қалыпты/норма; 2-төмендеу/снижение.

19. Көздің көргіштігін анықтау/Определение остроты зрения: 1-қалыпты/норма; 2-төмендеу/ снижение.

20. Плантограмманы анықтау (5 жасқа дейінгі балалар және одан үлкендер/)Оценка плантограммы (дети 5 лет и старше): 1-қалыпты/норма; 2-жалпақтабандық/плоскостопие.

21. Нервтік-психикалық дамуды бағалау/Оценка нервно-психического развития:1-қалыпты/норма ; 2-аздаған ауытқу/незначительные отклонения; 3-айқын ауытқу/выраженные отклонения.

22. Жыныстық дамуды бағалау (7 жастағы балалар және одан үлкен)/Оценка полового развития (дети 7 лет и старше): 1-қалыпты/норма; 2-қалыс қалу/отставание; 3-ерте жетілу/опережение.

23. Қатыгездік белгілері/Признаки жестокого обращения: 1-жоқ/нет; 2-иә/да.

24. Қаралу/Посещения:

Күні/ Дата	Қаралу түрі*/ Вид * посе- щения	Дәрігер коды/ Код врача	Күні/ Дата	Қаралу түрі*/ Вид * посе- щения	Дәрігер коды/ Код врача

продолжение таблицы

Күні/ Дата	Қаралу түрі*/ Вид * посе- щения	Дәрігер коды/ Код врача	Күні/ Дата	Қаралу түрі*/ Вид * посе- щения	Дәрігер коды/ Код врача

* А/П – БМСК/ПМСП; Ү/Д – үйде/на дому; А/А–үйге актив/актив на дому; М/Ш – мектепте/в школе (балабақша, колледж, университет); К/К – жылжымалы медицина кешенінде/в передвижном медицинском комплексе.

25. Скринингтік тексерудің нәтижесі/Результаты скринингового

обследования:

25.1 Дені сау/Здоров(а): 1-жоқ/нет; 2-иә/да.

25.2 Мінез-құлықтық қауіп факторлары анықталды /Выявлены поведенческие факторы риска: 1-темекі шегу/курение; 2-ішімдікке салыну/употребление алкоголя; 3-дененің артық салмағы/ избыточная масса тела; 4-дене қимылы белсенділігінің төмендігі/низкая физическая активность.

25.3 Қорытынды диагноз/ Заключительный диагноз	10-ХАЖ коды/ Код МКБ-10	Диагноз түрі/ Тип диагноза (1,2,3*)	Дәрігер коды/ Код врача

*) Диагноздың әрбірі үшін/Для каждого из диагнозов: 1-жедел сырқат/острое заболевание; 2-өмірінде алғаш тіркелген созылмалы немесе алғаш анықталған/впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые; 3-бұрыннан белгілі созылмалы сырқат/известное ранее хроническое заболевание.

26. Денсаулық тобы: 1-I; 2-II; 3-III; 4-IV; 5-V./Группа здоровья: 1-I; 2-II; 3-III; 4-IV; 5-V.

27. Процедуралар мен талдаулар/Процедуры и анализы (орындалған/выполненные):

Мамандың коды Код специалиста	Тарифика-торға бойынша код Код по тарификатору	Атауы/Название	Саны Количество

28. БМСК дәрігеріне жіберілді (учаскелік дәрігер, жалпы практика дәрігері)/Направлен к врачу ПМСП (участковый врач, врач общей практики): 1-жоқ/нет; 2-иә/да.

29. Скрининг-тексеру аяқтау күні/Дата окончания скрининг-обследования: _____ _____ _____ __ жылғы/года. 30. Скрининг жүргізген адамның ТАӘ/ФИО лица, проводившего скрининг _____ _____ Дәрігердің коды/Код врача_____

Берілген мәліметтердің растығын мақұлдаймын/Подтверждаю, что вся

представленная информация достоверна.

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-8/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-8/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 025-8/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____

Амбулаториялық карта № амбулаторной карты _____ учаске № участка _____

ЖСН!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!ИИН!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!

Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) амбулаториялық пациенттің үшін картасы Карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента

1. Тегі/Фамилия_____Аты/Имя_____Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии)_____

ЖСН/ИИН_____

2. Туған күні/Дата рождения /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ж. г.

3. Жынысы/Пол: 1-ер/муж; 2-әйел/жен

4. Ұлты/Национальность _____ 5. Тұрғын/Житель: 1-қала/города; 2-ауыл/села

6.ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

7.Тұратын жері/Место жительства: облыс/область_____

қала/город_____ аудан/район_____

елді мекен (кент, ауыл)/населенный пункт (поселок, село) _____

8. Тіркелген тұрғын/Прикрепленный житель: 1 – иә/да, 2 – жоқ/нет

9. Тіркелген медициналық мекеме/Медицинская организация прикрепления_____

10. Мүгедектік/Инвалидность: 1-бар/ есть; 2- жоқ/нет 10.1 Мүгедектік обы/Группа инвалидности (16 жастан бастап/от 16 лет) _____

Мүгедектігі бойынша диагноз/Диагноз по инвалидности _____ __ АХЖ-10 шифры/шифр МКБ-10 _____

11. Бойы/Рост_____(см) 12. Салмағы/Вес____(кг) 13. Кетле индексі/Индекс Кетле: 1-25-кедейін/до 25; 2-25-30 аралығы/от 25 до 30; 3-30 және одан жоғары/от 30 и выше.

14. Белінінің ауқымы /Объем талии. 14.1 Ерлер/Мужчины: 1- 94 см-ға дейін/до 94 см; 2-94 см және одан көп/2-94 см и более. 14.2 Әйелдер/Женщины: 1-80 см-ға дейін/до 80 см;2-80 см-ға дейін және одан көп/ 2-80 см и более.

15. Темекішегушілік (ең болмағанда күніне бір темекі)/Курение (хотя бы одну сигарету в день): 1-жоқ/нет; 2-иә/да

16. Алкоголдік ішімдіктерді тұтыну, тұтынуы аптасына екі реттен кем емес/Употребление алкогольных напитков, разовое потребление не менее 2-х раз в неделю.

17 Ерлер 35-65 жас/Мужчины 35-65 лет: 1-тұтынбаймын/не употребляю; 2-аптасына бір рет , не одан да сирек/употребляю 1 раз в неделю и реже; 3-иә, сыра 0,5л дейін/да, пиво до 0,5 л; 4-иә, сыра 0,5л көп/да, пиво более 0,5 л; 5-иә, шарап 250 мл дейін/да, вино до 250 мл; 6-иә, шарап 250 мл көп/да, вино более 250 мл; 7-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 50 мл дейін/да , водку и другие крепкие напитки до 50 мл; 8-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 50 мл көп/ да, водку и другие крепкие напитки более 50 мл.

18 Ерлер 18-34 жас, барлық жастағы әйелдер/Мужчины 18-34 лет, женщины всех возрастов: 1-тұтынбаймын/не употребляю; 2-аптасына бір рет, не одан да сирек/употребляю 1 раз в неделю и реже; 3-иә, сыра 0,25л дейін/да, пиво до 0,25 л; 4-иә, сыра 0,25л көп/да, пиво более 0,25 л; 5-иә, шарап 120 мл дейін/да, вино до 120 мл; 6-иә, шарап 120 мл көп/да, вино более 120 мл; 7-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 25 мл дейін/да, водку и другие крепкие напитки до 25 мл; 8-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 25 мл көп/да, водку и другие крепкие напитки более 25 мл .

19. Дене белсенділігі /Физическая активность – күнделікті физикалық жүктеме 30 минуттан кем емес (жүру, жаттығулар және т.б.)/ежедневная физическая нагрузка (ходьба, упражнения и т.д.) не менее 30 минут: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

20. Сіздің ата-анаңызда жүрек аурулары бар (болды) ма (гипертония, ЖИА)/Имеются (-лись) ли у Ваших родителей болезни сердца (гипертония, ИБС): 1-жоқ/нет; 2-иә/да

21. Сіздің кеудеңізде тыныштықта немесе жүктеме түскенде (психоэмоционалдық, физикалық) ауыру немесе басқа да жағымсыз сезінулер бола ма, жүктеме түсіруді доғарғанда олар 10 минут ішінде басылады ма немесе жүрек ырғағы қалпына келе ме/Появляется ли у Вас боль или другие неприятные ощущения за грудиной в покое или при нагрузке (психоэмоциональная, физическая), проходящие при ее отмене в течение до 10 минут, или перебои в ритме сердца: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

22. Сізде бас ауыруы бола ма/Отмечаются ли у Вас головные боли: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

23. Сізде артериялды қысым жоғарылауы бола ма/Отмечается ли у Вас повышение артериального давления: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

24. Артериялды қан қысым (систолалық/диастолалық), орташа /Артериальное давление (систолическое/диастолическое), среднее _____/_____ммс.б. /ммрт.ст.

25. Көз көруіңіздің нашарлауы байқала ма/Наблюдается ли у Вас снижение остроты зрения: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

26. Сіздің көз алдыңыздың бұлдырлауына шағымдарыңыз бар ма/Имеются ли у Вас жалобы на " пелену" перед глазами: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

27. Сіздің ата-анаңызда глаукома бар (болды) ма/Имеется (-лась) ли у Ваших родителей глаукома: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

28. Сізде 4 диоптриидан асатын алыстан көрмеушілік бар ма/Есть ли у Вас близорукость, превышающая 4 диоптрии: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

29. Сізде соңғы жылы нәжісіңізде патологиялық қоспалар байқала ма/Отмечаются ли у Вас в течение последнего года патологические примеси в кале: 1-жоқ/нет; 2-қан/кровь; 3-сілемей/слизь; 4-ірің/гной

30. Тек әйелдер үшін/Только для женщин: Сізде жыныстық қатынастан кейінгі қанағу бола ма/ бывают ли у Вас контактные кровотечения: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

31. Қанайналым жүйесі және қант диабеті ауруларын анықтайтын тексерудің нәтижесі/ Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и сахарного диабета (18,25,30,35,40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64 жас/года)

ЭКГ/ЭКГ: 1-норма/норма; 2-патология/патология; 3-жүргізілмеді (көрсетілмеген)/не проведена (не показана)

32. Холестерин деңгейі/уровень холестерина: 1-менее 5,2 ммоль/л; 2-5,2 ммоль/л и выше 3-диспансерлік есепте тұр/состоит на диспансерном учете

33. Глюкоза/глюкоза 1-3,88-ден 5,55 ммоль/л-ге дейін/ от 3,88 до 5,55 ммоль/л; 2-5,55 ммоль/л және жоғары/ 5,55 ммоль/л и выше; 3-диспансерлік бақылауда тұр /состоит на диспансерном учете

34. Глаукоманы анықтайтын тексерудің нәтижесі/Результаты обследования на выявление глаукомы (40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 жас/лет)

35. Көзішілік қысым/Внутриглазное давление: 1-норма/норма; 2-жоғарылаған/повышенное; 3-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

36. Ісікалды және ісік ауруларын анықтайтын тексерулердің нәтижесі/Результаты обследования на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний

37. Сүртінділердің цитологиялық зерттеу/Цитологическое исследование мазков (әйелдер/ женщины 30,35,40,45,50,55,60 жас/лет): 1-норма/норма; 2-микроорганизмдер/ микроорганизмы; 3-эпителий жасушаларының басқа өзгерістері (жасушалардың реактивтік өзгерістері, гистерэктомиядан кейінгі бездік жасушалар, атрофия)/другие изменения эпителиальных клеток (реактивные клеточные изменения, железистые клетки после гистерэктомии, атрофия), 4-ASC-US; 5-ASC-H; 6-LSIL; 7-HSIL, 8-CIS; 9-AGUS; 10-AIS; 11-қатерлі ісік/рак; 12-басқалары (40 жастан асқан әйелдерде эндометрия жасушалары)/другое (эндометриальные клетки у женщин старше 40 лет); 13-жүргізілмеген/ не проведена; 14-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

38. Кольпоскопия (көрсетілімдер бойынша)/ Кольпоскопия (по показаниям): 1-жүргізілді/ проведена; 2-жүргізілген жоқ/не проведена

39. Жатыр мойыны биопсиясының нәтижесі (көрсетілімдер бойынша)/ Результат биопсии шейки матки (по показаниям): 1-басқалары/другое; 2-CIN I; 3-CIN II; 4-CIN III; 5-CIS; 6-AIS; 7-қатерлі ісік/рак; 8-жүргізілмеген/не проведена.

40. Маммография, бірінші оқып талдау/Маммография, первая читка (әйелдер/женщины 50,52,54,56,58,60 жас/лет), первая читка: 1-M1; 2-M2; 3-M3; 4-M4; 5-M5; 6-жүргізілмеген/не проведена; 7-диспансерлік есепте тұр/состоит на диспансерном учете

41. Маммография екінші оқып талдау/Маммография, вторая читка: 1-M1; 2-M2; 3-M3; 4-M4; 5-M5; 6-M6a; 7-M6б

42. Скрининг бойынша маммография аркылы тексеру/Обследована маммографически по скринингу: 1-алгашкы рет/впервые; 2-кайтара/повторно

43. Гемокульт-тест/Гемокульт-тест (50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 жас/лет): 1-оң/ положительный; 2-теріс/отрицательный; 3-жүргізілмеген/не проведен; 4-диспансерлік бақылауда тұр /состоит на диспансерном учете

44. Скрининг бойынша гемокульт-тест аркылы тексеру/Проведен гемокульт-тест по скринингу: 1-алгашкы рет/впервые; 2-кайтара/повторно

45. Колоноскопия (көрсетілімдер бойынша)/Колоноскопия (по показаниям): 1-CS1; 2-CS2; 3-CS3; 4-CS4; 5-CS5, 6-CS6; 7-CS7; 8-CS8; 9-жүргізілмеген/не проведена

46. Эзофагоскопия (50, 52, 54, 56,58, 60 жас/лет): 1-ES1; 2-ES2; 3-ES3; 4-ES4; 5-ES5; 6-ES6; 7-ES7; 8-ES8; 9-ES9; 10-ES10; 11-ES11; 12-ES12; 13-жүргізілмеген/не проведена; 14-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

47. Гастродуоденоскопия (50, 52, 54, 56,58, 60 жас/лет): 1-GS1; 2-GS2; 3-GS3; 4-GS4; 5-GS5; 6-GS6; 7-GS7; 8-GS8; 9-GS9; 10-GS10; 11-GS11; 12-жүргізілмеген/не проведена; 13-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

48. ПЕА нәтижелері/Результаты ПСА (еркектер/мужчины 50, 54, 58, 62, 66 жас/лет): 1-төмен 3,1 нг/мл/ниже 3,1 нг/мл; 2-3,1 тен 7,8 нг/мл дейін/от 3,1 до 7,8 нг/мл; 3-7,8 нг/мл және астам / выше 7,8 нг/мл; 4-жүргізілмеген/не проведен; 5-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

49. Қуықасты безінің денсаулық индексі/Индекс здоровья простаты: 1-ден 25/до 25; 2-25 және жоғары/ 25 и выше; 3-жүргізілмеген/не определен

50. Қуықасты безі биопсиясының нәтижелері (көрсетілімдер бойынша)/Результаты биопсии предстательной железы (по показаниям): 1-ісік жасушалары жоқ/опухолевые клетки не обнаружены; 2 - қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы/доброкачественная гиперплазия предстательной железы; 3-қабыну/воспаление; 4-қуықасты безінің интраэпителиалдық неоплазиясы/простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН): 4а-ПИН 1-2; 4б-ПИН 3; 5-қалыпсыз кіші ацинарлық пролиферация /атипическая мелкоацинарная пролиферация ASAP; 6-обыр/рак: 6а- Глисон 2-6; 6б-Глисон 7; 6в-Глисон 8-10; 7-биопсия жүргізілмеген (бас тартты, қарсы көрсеткіштері, басқалары)/биопсия не проведена (отказ, противопоказания, другое)

51. Қаралуы/Посещения:

Күні / дата	Қаралу түрі /Вид * посещения	Дәрігердің коды/Код врача	Күні / дата	Қаралу түрі /Вид * посещения	Дәрігердің коды/Код врача	Күні / дата	Қаралу түрі/Вид * посещения	Дәрігердің коды/Код врача

* П –МСАК/ПМСП; Д – үйде/на дому; А–үйдегі актив/актив на дому; У – ұйымдарда/в организации; К – жылжымалы медициналық кешенде/ в передвижном медицинском комплексе

52. Скринингтік тексерудің нәтижесі/Результаты скринингового обследования:

53. Дені сау/Здоров(а): 1-жоқ/нет; 2-иә/да

54. Мінез-құлық қауіп факторлары анықталды /Выявлены поведенческие факторы риска: 1-темекішегушілік/курение; 2-ішімдікті мөлшеріне көп тұтыну салыну/злоупотребление алкоголем; 3-дененің артық салмағы/избыточная масса тела; 4- дене белсенділігінің төмендігі/низкая физическая активность

55. Биологиялық қауіп факторлары анықталды/Выявлены биологические факторы риска: 1-тұқымқуалаушылыққа бейімділік/наследственная предрасположенность; 2-гипертензия/гипертензия 3-гиперлипидемия/гиперлипидемия; 4-гипергликемия/гипергликемия

56. Қорытынды диагноз/ Заключительный диагноз	**АХЖ-10 коды /Код МКБ-10**	**Диагноздың түрі (1,2,3*)/ Тип диагноза (1,2,3*)**	**Дәрігердің коды/ Код врача**

*) Диагноздардың әр қайсысы үшін/Для каждого из диагнозов: 1-ушыққан ауру/острое заболевание; 2-алғаш тіркелген созылмалы немесе алғаш анықталған/впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые; 3- бұрыннан белгілі созылмалы ауруы/ известное ранее хроническое заболевание.

57. Диспансерлік бақылау топтары/Группа диспансерного наблюдения: 1-IA; 2-IБ; 3-II; 4-III

58. МСАК дәрігеріне жіберілді (учаскелік дәрігер, жалпы практика дәрігері)/Направлен к врачу ПМСП (участковый врач, врач общей практики): 1-жоқ/нет; 2-иә/да

59. Скрининг-тексерудің күні/Дата окончания скрининг-обследования: _____ _____ _____ жылғы/года

60. Скрининг жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при его наличии) лица, проводившего скрининг _____

Дәрігердің коды/Код врача_____

Берілген мәліметтердің растығын мақұлдаймын/Подтверждаю, что вся представленная информация достоверна.

Амбулаториялық пациенттің профилактикалықмедициналық
тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте профилактического осмотра
(скрининга) амбулаторного пациента

Ұлттық скринингтік бағдарлама қатысушысының
төлқұжаты
Паспорт
участника Национальной скрининговой программы

Берілген күні/Дата выдачи: "_____" _____20____

Скрининг – бұл халықтың нысаналы топтары арасында ауруды ерте сатысында және қауіп-қатер факторларын анықтауға бағытталған ұйымдастырылған және мемлекет тарапынан қаржыландырылған	

алдын алу тексеріс бағдарламасы.
Скрининг бағдарламасы белгілері мен шағымдары айқындалмаған белгілі бір аурудың (глаукома немесе диабет болмаса обыр) дамуын анықтауға көмектесетін зерттеулерден құрылған.
Скрининг Бекітілген халық тіркелімінің деректеріне негізделеді және тіркелу орны бойынша емханада тегін өткізіледі.
Скрининг еріткі түрде өткізіледі
Егер сіз скринингтік бағдарламаның қатысушысы болсаңыз, сіздің келесідей құқықтарыңыз бар:
- скрининг өткізелетін аурулар туралы және скринингтің өту процедурасы туралы ақпарат алуға;
- бекітілген ауқымда тегін тексерістен өтуге;
- скрининг алгоритіміне сәйкес мамандардың кеңесін алуға;
- диагностика және емдеу хаттамаларына сәйкес сәйкес динамикалық қаралу мен сауықтырудан өтуге;
- өзіңіздің скрининг нәтижелеріңіз туралы ақпарат алуға;
- тексеріс барысында жанама әсер/асқынулар пайда болғанда – тегін медициналық жәрдемнің кепілдік берілген көлемі аясында тиісінше медициналық көмек алуға.
Егер сіз скринингтік бағдарламаның қатысушысы болсаңыз, сіздің келесідей міндеттеріңіз бар:
- бекітілген тексеріс ауқымын уақытында және үнемі өтіп отыру;
- зерттеулерге дайындалу және оларды өткізуге қойылатын талаптарды бұлжытпай орындауға;
- скринингтің негізгі

Скрининг – это организованная и оплаченная государством программа профилактического обследования целевых групп населения для выявления факторов риска и заболеваний на ранних стадиях развития. Программа скрининга включает в себя исследования, с помощью которых можно определить развитие определенного заболевания (глаукомы или диабета или рака) без симптомов и жалоб.
Скрининг основывается на данных Регистра прикрепленного населения и проводится бесплатно в поликлинике по месту прикрепления.
Скрининг проводится на добровольной основе.
Если Вы стали участником скрининговой программы, вы имеете следующие права:
- получить информацию о заболеваниях, при которых проводится скрининг, и процедуре скрининга;
- пройти бесплатно обследование в утвержденном объеме;
- получить консультацию специалистов согласно алгоритму скрининга;
- проходить динамическое наблюдения и оздоровление в соответствии с протоколами диагностики и лечения;
- получить информацию о своих результатах скрининга;
- в случае развития непредвиденных нежелательных (побочных) явлений/осложнений при проведении исследований – получить соответствующую медицинскую помощь в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.
Если Вы стали участником скрининговой программы, вы имеете следующие обязанности:
- регулярно и своевременно проходить утвержденный объем обследования;
- четко выполнять требования к подготовке и проведению исследований;
- знать основные преимущества и недостатки скрининга .
Национальная скрининговая программа направлена на выявление определенных видов заболеваний, для которых установлены целевая группа населения, скрининговый тест, объем дообследования.
Целевая группа включает себя мужчин и/или женщин, определенные возрастные группы, в которых риск

артықшылықтары мен кемшіліктерін білуге. Ұлттық скринингтік бағдарламасы халықтың нысаналы тобы, скринингтік тест, қосымша зерттеу ауқымы белгіленген бірқатар аурулардың түрлерін анықтауға бағытталған. Халықтың нысаналы тобында кейбір аурулардың даму қауіп-қатері жоғары болып табылатын белгілі бір жас шамасындағы топтар, еркектер және/немесе әйелдер қамтылған . Нысаналы топқа аталған аурулар бойынша Д-есебінде тұрған және ауыр соматикалық патологиясы бар, сонымен қатар бағдарламада қатысудан (соның ішінде қосымша зерттеуден өтуге) бас тартқан азаматтар кірмейді.	**развития некоторых заболеваний является высоким. Из целевой группы исключаются пациенты, состоящие на Д-учете по данным заболеваниям и с тяжелой соматической патологией, а также отказавшиеся от участия в программе (в т.ч. от этапа дообследования) .**

Скринингтің түрі (аурудың атауы) / Вид скрининга (наименование заболевания)	**Нысаналы топ (жынысы, жасы) / Целевая группа (пол, возраст)**	**Скринигтік тест / Скрининговый тест**	**Қосымша зерттеудің ауқымы, мамандар кеңестері / Объем дообследования, консультации специалистов**
Артериалды гипертония, ЖИА/ Артериальная гипертония, ИБС	ерк./әйел //муж./жен. 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет	АҚ өлшеу, қандағы холестеринді анықтау /измерение АД, определение холестерина крови	ЭКГ, кардиолог
Қант диабеті /Сахарный диабет		қандағы глюкозаны анықтау/ определение глюкозы крови	эндокринолог
Глаукома	ерк./әйел муж./жен 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет	көз ішінің қысымын өлшеу /измерение внутриглазного давления	офтальмолог
Сүт безінің обыры/		маммография	УДЗ, биопсия, маммолог /

Рак молочной железы	әйел /жен. 50, 52, 54, 56, 58, 60 жас/ лет		УЗИ, биопсия, маммолог
Жатыр мойынының обыры/ Рак шейки матки	әйел /жен. 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 жас/ лет	онкоцитологияға сүртінді/ мазок на онкоцитологию	кольпоскопия, биопсия, гинеколог
Жуан ішектің обыры / Рак толстого кишечника	ерк./әйел //муж./жен. 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет	нәжістегі жасырын қанды анықтау / определение скрытой крови в кале (гемокульт-тест)	ішектің эндоскопиялық зерттелуі, колопроктолог/ эндоскопическое исследование кишечника, колопроктолог
Өңеш, асқазан обыры/ Рак пищевода, желудка	ерк./әйел муж./жен. 50, 52, 54, 56, 58, 60 жас/ лет	өңештің, асқазанның эндоскопиялық зерттелуі/ эндоскопическое исследование пищевода и желудка	гастроэнтеролог , онколог
Қуықасты безінің обыры / Рак предстательной железы	ерк./муж. 50, 54, 58, 62, 66 жас/ лет	ПЕА анықтау,РНІ / определение ПСА, РНІ	қуықасты безінің пункциялық биопсиясы, уролог/ пункционная биопсия простаты, уролог
Бауыр обыры/ Рак печени	бауры циррозы бар ерк./әйел/ муж./жен. с циррозами печени	АФП анықтау, бауыр УДЗ / определение АФП, УЗИ печени	бауырдың КТ/ МРТ / КТ/МРТ печени, онколог

Емделуші туралы деректер / Сведения о пациенте

1. Тегі/Фамилия_____Аты/Имя_____Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии)_____

2. Туған күні/Дата рождения /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ж. г. 3. Жынысы/Пол: ер./ муж. /__/ әйел/жен. /__/

4. ЖИН /ИИН!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!

5. ӘАОЖ коды/Код КАТО_____

6. Тұратын жері/Место жительства: облыс/область_____қала/город_____аудан/район_____

елді мекен (кент, ауыл)/населенный пункт (поселок, село) _____

7. Бекітілген медициналық мекеме/Медицинская организация прикрепления _____

Ұлттық скринингтік бағдаламаға қатысудың келісімі **Мен, _____ ___ 19_____жылы туған, Ұлттық скрингтік бағдарламаның мақсаттары мен міндеттері, скринингті өткізудің ережелері, өзімнің құқықтарым мен міндеттеріммен таныстырылдым.** **Мен медицина маманы тарапынан** **-скринингтік тест ауруды растайтын немесе жоққа шығаратын біржолата ақырғы емес екенін;** **- белгілі бір көрсетімдерде қосымша зерттеу, мамандардың кеңестері, мүмкін – биопсияның өткізілуі қажет екенін;** **- скринингтік тест, қосымша зерттеу әдістері инвазиялық сипатта, жайсыз және/немесе аурушаң сезінулермен болуы мүмкін екенін;** **- қолданылатын зерттеу әдістері айырықша жағдайда жанама әсер/асқыну дамуының себебі болуы мүмкін екенін;** **- скрининг барысында белгілі бір ауру анықталған жағдайда бекітілген ауруды анықтау және емдеу клиникалық протоколдарының тәртібіне сәйкес кейінгі зерттеу және емдеуден өтуге міндетті екенімді ақпараттандырылдым.** **Мен өз денсаулығым үшін ортақ жауапкершілік алатынымды және Ұлттық скринингтік бағдарламаға қатысуға өз еркіммен келісім беретінімді түсінемін.** **_____ _____** **(қолы) (күні, айы, жылы)**	**Согласие участия в Национальной скрининговой программе** **Я, _____ 19___года рождения, ознакомлен с целями и задачами Национальной скрининговой программы, с правилами проведения скрининга, своих правах и обязанностях. Я информирован медицинским работником, что** **- скрининговый тест не является окончательным подтверждением или исключением заболевания;** **- при определенных показаниях необходимо дообследование, консультации специалистов, возможно – проведение биопсии;** **- скрининговый тест, методы дообследования могут нести инвазивный характер, неприятные и /или болевые ощущения;** **- в исключительных случаях используемые методы обследования могут стать причиной развития нежелательных (побочных) явлений/ осложнений;** **- в случае выявления какого-либо заболевания в ходе скрининга обязываюсь проходить дальнейшее обследование и лечение согласно утвержденным в установленном порядке клиническим протоколам диагностики и лечения.** **Я понимаю, что несу солидарную ответственность за свое здоровье, и добровольно даю свое согласие на участие в Национальной скрининговой Программе.** **_____ _____** **(подпись) (дата, месяц, год)**

Қауіп-қатер факторлары, қанайналым жүйесінің ауралары, диабет, глаукомаға скринингтік зерттеулердің нәтижелері /

Результаты скрининговых исследований на факторы риска, болезни системы кровообращения, диабет, глаукому

Жасы, жыл / возраст, годы	Скринингтің өткізілген күні / Дата прохождения скрининга	Рост	Вес	Кетле индексі Индекс Кетле	Употребление овощей и фруктов	Физическая активность	Темекішегушілік Курение	Ішім-дік Алкоголь	АҚ, ммсн. бағ. АД, мм рт.ст.	Жалпы холестер Общий холестер, ммоль/
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40										
42										
44										
46										
48										
50										
52										
54										
56										
58										
60										
62										
64										
66										
68										
70										

Физиологические нормы жизнедеятельности и факторы риска возникновения заболеваний.

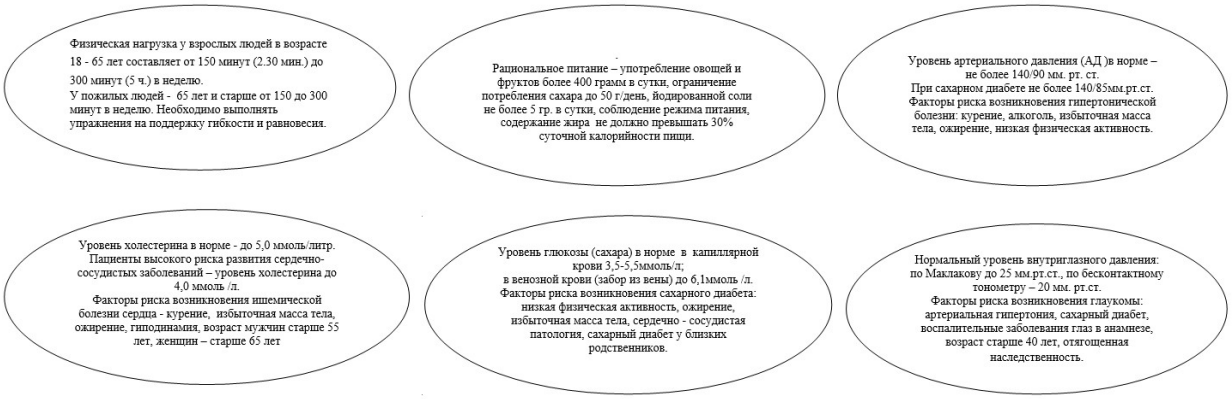
Советы по профилактике употребления алкогольных напитков

• Не начинать потреблять спиртные напитки тем, кто раньше никогда не употреблял алкоголь
• Рекомендуется лицам, потребляющим алкоголь снизить потребление до реально низкого, либо полностью отказаться
• Запрещается употреблять алкоголь: пациентам с заболеваниями печени и поджелудочной железы, артериальной гипертензией ишемической болезнью сердца, депрессиями, принимающим лекарственные препараты
• Рекомендуется лицам, потребляющим алкоголь изменить свое поведение в отношении потребления спиртных напитков, сделав выбор в пользу здорового образа жизни (физическая активность, путешествия, активный образа жизни)

Расчет индекса Кетле (массы тела)
вес (кг.) ÷ рост (м)2

Норма	18,5 - 24,9
Избыточная масса тела (ИМТ)	25 - 29,9
Ожирение I степени	30 - 34,9
Ожирение II степени	35 – 39,9
Ожирение III степени	40 и более

Положительные изменения в организме после отказа от курения:
В течение 20 минут уменьшается частота сердечных сокращений и снижается кровяное давление.
В течение 12 часов содержание угарного газа в крови снижается до нормального уровня.
В течение 2–12 недель улучшается кровообращение и усиливается функция легких.
В течение 1–9 месяцев уменьшаются кашель, заложенность носа и одышка.
В течение 1 года риск развития ишемической болезни сердца уменьшается в два раза.
Через 5–15 лет курения риск инсульта снижается до уровня риска некурящего человека.
Через 10 лет риск развития рака легких снижается в два раза, снижается риск развития рака полости рта, горла, мочевого пузыря, шейки матки и поджелудочной железы.
Через 15 лет снижается риск развития ишемической болезни сердца



Онкологиялық ауруларға скринингтік зерттеулердің нәтижелері / Результаты скрининговых исследований на онкозаболевания (1)

Жасы, жыл / возраст, годы	Жатыр мойыны / Шейка матки			Сүт безі / Молочная железа	
	Цитограмма	Кольпоскопия, күні / дата	Диагноз	Маммография, күні / дата	Диагноз
	14	15	16	17	18
30					
35					
40					
45					
50					
52					
54					
55					
56					
58					
60					

Онкологиялық ауруларға скринингтік зерттеулердің нәтижелері / Результаты скрининговых исследований на онкозаболевания (2)

Жасы, жыл / возраст, годы	**Қуықасты безі / Предстательная железа**			
	Жалпы ПЕА / общий ПСА, нг/мл	РНІ	ТРУДЗ, биопсия, күні/ ТРУЗИ, биопсия, дата	Диагноз
	19	20	21	22
50				
54				
58				
62				
66				

Онкологиялық ауруларға скринингтік зерттеулердің нәтижелері / Результаты скрининговых исследований на онкозаболевания (3)

Жасы, жыл / возраст, годы	**Өңеш, асқазан / Пищевод, желудок**		**Жуан ішек / Толстый кишечник**		
	ЭГДС, күні дата	Диагноз	Гемокульт-тест	Колоноскопия, күні / дата	Диагноз
	23	24	25	26	27
50					
52					
54					
56					
58					
60					
62					
64					
66					
68					
70					

Онкологиялық ауруларға скринингтік зерттеулердің нәтижелері / Результаты скрининговых исследований на онкозаболевания (4)

Тоқсан-жылы / квартал-год	**Бауыр / Печень**								
	АФП, нг/мл	УДЗ / УЗИ	Тоқсан-жылы / квартал-год	АФП, нг/мл	УЗД / УЗИ	Тоқсан-жылы / квартал-год	АФП, нг/мл	УЗИ	Бауырдың КТ, МРТ / КТ, МРТ печени
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37

Мамандардың кеңестері / Рекомендации специалистов

Күні/ Дата	**Маман, КДМ / специалист, КДУ**	**Кеңестері (қысқаша) / Рекомендации (кратко)**

38	39	40
Скрининг кезінде зерттеулерден өту үшін дайындалудың ережелері: ... Қанайналым жүйесінің аурулары және қант диабетіне 1. Зерттеу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс. 2. Зерттеу алдында бір сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн. … Жатыр мойынының обырына 1. Профилактикалық тексеріске дейінгі 48 сағат бұрын жыныстық қатынастардан тартыну, іншектік манипуляциларды (бүркіп жуу, бұлау, тампондарды қолдану) жүргізуді, іншектік дәрі-дәрмектерді (спермицид, любрикант т.б.) пайдалануды тоқтату керек. 2. Сүртіндіні етеккір/менструалды цикл басталғаннан 8-19-күні жасаған жөн. 3. Тексерілуден етеккір кезінде, қабынудың белгілері болған жағдайда немесе генетальді инфекцияны емдеу кезінде өтуге болмайды. … Сүт безінің обырына 1. Маммографияны етеккір/менструалды цикл басталғаннан 6-9-күні жасаған жөн. 2. Тексерілуге барарда екі бөліктен құрылған киім киген дұрыс – белдемше немесе шалбар және жейде, өйткені тексерілу кезінде әйел белге дейін шешінеді. Өзіңізбен бірге құрғақ сүрткі алыңыз. … Жуан ішек обырына 1. Зерттеуді менструалды циклдан кейінгі 3 күн ішінде, гемморойлық түйіннің қанағыштығы, несепте қан болған жағдайда жасамаған жөн. 2. Тестіні жүргізуге дейінгі 48 сағат ішінде алкогольді, құрамында аспирин бар дәрілерді тұтынудан бас тартқан дұрыс, себебі мөлшерден көп тұтыну ішектің шырышты қабығын қоздырып, қанағыштықты туғызуы мүмкін. 3. Арнайы диетаны ұстанудың қажеті жоқ,	Как подготовиться к прохождению исследований при скрининге: … Болезней системы кровообращения и сахарного диабета 1. Анализ проводится строго натощак, т.е. между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов. 2. За час до взятия крови необходимо воздержаться от курения, употребления алкоголя, жирной и пищи. … Рака шейки матки 1. За 48 часов до профилактического осмотра необходимо исключить половые контакты, влагалищные манипуляции (проведение спринцеваний, ванночек, тампонов), использование вагинальных медикаментов (спермицидов, любрикантов и т.д.). 2. Мазок предпочтительно делать на 8-19-й день с начала менструального цикла. 3. Нельзя проходить обследование во время менструации, при наличии признаков воспаления или в период лечения от генитальной инфекции. … Рака молочной железы 1. Маммографию предпочтительно делать на 6-9-й день от начала менструального цикла. 2. Отправляясь на обследование, следует надеть одежду из двух частей – брюки или юбка и блузка, так как во время обследования женщине надо будет раздеться до пояса. Возьмите с собой сухие салфетки. … Рака толстой кишки 1. Не рекомендуется производить исследование во время и в течение 3 дней после менструального периода, при кровоточивости из геморроидальных узлов, при наличии крови в моче. 2. Рекомендуется воздержание от приема алкоголя и аспиринсодержащих препаратов в течение 48 часов до проведения теста, так как их чрезмерное употребление может способствовать раздражению слизистой	

өйткені скринингте иммунохимиялық тест пайдалынады. 4. Нәжісті тәуліктің кез келеген уақытында алуға болады. Басты талап – материал "жаңа алынған" болуы тиіс. 5. Егер тестінің өткізілуі туралы нұсқау берілсе – міндетті түрде тестіден өтер алдында онымен мұқият танысып алыңыз. … Өңеш пен асқазан обырына 1. Эзофагогастродуоденоскопи-яны өткізудің басты шарты – процеруданы жүргізуге дейінгі 8-10 сағат бұрын тамақтан тартыну. Егер зерттеу күннің бірінші жартысына жоспарланса, қарсаңында 20-00-ге дейін жеңіл ғана кешкі ас рұқсат етіледі. 2. Зерттеу алдында 3-4 сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн. 3. Зерттеу жүргізгеннен кейінгі 30 минут ішінде тамақ пен су ішуге болмайды. Процедура кезінде өзіңізді қалай ұстау керек екеніңізді медицина мамандарынан сұрауға еш қысылмаңыз. … Қуықаста безінің обырына 1. Қан тапсырар алдындағы 1-2 тәулік бұрын жыныстық қатынастардан тартынған жөн. 2. Зерттеу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс. 3. Зерттеу алдында бір сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн. 4. Анализді қауықасты безінің массажы, инструменттік зерттеулерден кейін(трансректальді ультрадыбыстық зерттеу, несеп қуығының цистоскопиясы немесе катетеризациясы) араға кем дегенде бір апта салған уақытта берген дұрыс. Қуықасты безінің биопсиясынан кейін кем дегенде бір ай өту керек. …Бауыр обырына 1. УДЗ және қанды талдауға алу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс. 2. Ультрадыбыстық суреттің дұрыс көрінуі үшін симетекон эмульсиясын кешке және зерттеу өткізілетін күні таңертең қабылдағын дұрыс.	кишечника и явлению кровоточивости. 3. Нет необходимости придерживаться специальной диеты, т.к. в скрининге применяется иммунохимический тест. 4. Кал для исследования может быть взят независимо от времени суток. Главное условие – "свежий" материал. 5. Если выдана инструкция по проведению теста – обязательно перед проведением теста тщательно ознакомьтесь с ней. … Рака пищевода и желудка 1. Главное условие для проведения эзофагогастродуоденоскопии – воздержание от пищи и еды за 8-10 часов до процедуры . Если исследование запланировано в первую половину дня – накануне разрешается легкий ужин до 20-00. 2. За 3-4 часа до обследования необходимо воздержаться от курения. 3. После исследования нельзя пить и принимать пищу в течение 30 минут. Не стесняйтесь спросить врача и медицинскую сестру, как вести себя во время процедуры. … Рака предстательной железы 1. За 1-2 суток перед сдачей крови следует воздержаться от половых отношений. 2. Анализ проводится строго натощак, т.е . между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов. 3. За час до взятия крови необходимо воздержаться от курения. 4. Сдавать анализ нужно не раньше, чем через неделю после массажа предстательной железы, инструментальных исследований (трансректального ультразвукового исследования, цистоскопии или катетеризации мочевого пузыря). После биопсии предстательной железы должно пройти не меньше месяца. …Рака печени 1. УЗИ и анализ крови проводятся натощак , т.е. между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов. 2. Для улучшения визуализации УЗ-картины рекомендуется применение эмульсии симетекона вечером и утром в день исследования.

Амбулаториялық пациенттің профилактикалықмедициналық тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы

Вкладной лист к карте профилактического осмотра
(скрининга) амбулаторного пациента

Маммограмманы "екінші рет оқу" және қорытындысы туралы жолдама /
Направление маммограмм на "вторую читку" и результаты

1. Ұйымның атауы/ Наименование организации: _____	
2. МГ өту уақыты / Дата прохождения МГ: _____	
3. МГ-ныңМКДБ-ға келіп түскен күні / Дата поступления МГ в СКДО: _____	
4. ЖСН / ИИН:_____	
5. ТАӘ (болған жағдайда) ФИО(при его наличии:_____	
6. Туған күні/ Дата рождения: _____	
7. Тұратын жері/Место жительства: _____	
8. Телефон / Контактный телефон __ _____	**15. Шағымдар / Жалобы: иә/да - жоқ/нет _____(кандай /указа**
9. Алғашқы маммография / Маммография впервые? иә/да - жоқ/нет	**16. Анамнез/Анамнез жылы/год**
10. Скрининг б/ша алғаш рет / По скринингу впервые? иә /да - жоқ/нет	17. Аспирация кисты / Аспирация кисты
Алғаш рет болмаса (өткен күні, жері, канша рет) / Если не впервые (дата, место прохождения, который раз): _____	18. Секторлы түрде кесіп алу (қатерсіз ісіктер) / Секторальная резекция (доброкачественные образования)
	19. Мастэктомия/Мастэктомия
	20. Ағзаны сақтап қалу отасы / Органосохранная операция
	21. Сәулелі терапия / Лучевая терапия
	22. Басқа оталар / Другие операции
	23. Көрінетін өзгерістер / Видимые изменения железы

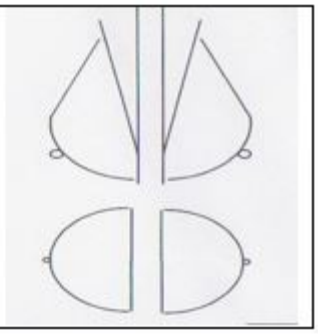
11. Басқа МГ тексерулер / Другие МГ обследования: иә/ да - жоқ/нет иә болса: қашан, қайда / если да: когда, где_____ _____ __	24. Терідегі тыртықтар, қалдар, папилломалар / На коже рубец, родинка, папиллома и др.
	25. Емшек үрдісінің өзгеруі / Изменение соска
	26. Емшектің ылғадануы / Выделения из соска
	27. Деформация, тығыздалу/ Деформация, уплотнение
12. Бұрынғы маммограммалардыңболуы / Наличие предыдущих маммограмм: иә/да - жоқ/нет	
13.Менопауза: иә/да - жоқ/нет _____ (қанша жыл / сколько лет)	
14. Тұқым қуу ауруының болуы/ Наследственность отягощена? иә/да - жоқ/нет	
Сүт безі қатерлі ісіңгі /рак молочной железы (кімде? у кого ?) _____	
Басқа ағзаларда /др. локализация_____ ____ (көрсету керек, кімде /указать какая, у кого)	
14. Гормоналмастыру емі / Гормонозаместительная терапия: иә/да - жоқ/ нет	

линия отрыва

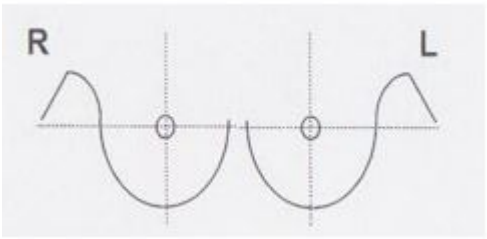
25. Маммография Ұйымның атауы / Наименование организации: _____ _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда)Ф.И.О. (при его наличии): _____ _____ _____ Туған күні / Дата рождения: _____ _____ Маммография өткен	

күні / Дата маммографии "_____" _ _____20 _____
Екінші үшінші рет оқылған күні / Дата " второй, третьей читки " "_____" _____ 20 _____

Қорытын дысы / Заключение BI-RADS	R	L



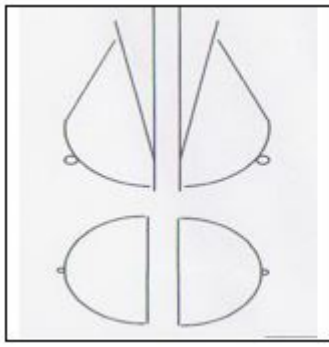
28. Көрінетін өзгерістер (сурет ретінде көрсету)
Видимые изменения (зарисовать на рисунке)



29. Маммограмма проекциясы және оның саны / Проекции маммограмм и их число

Проекциялар/ проекции	R	L
Тура (тік) /Прямая (СС)		
жанама / Косая (OBL)		
Маммограммалар жалпы саны / общее число маммограмм		

30. Қайталанған маммограммалар саны
/Число повторных маммограмм _____
Рентгензертханашы / Рентгенлаборант
ТАӘ, қолы/ ФИО _____
Қолы /Подпись_____
31.Бірінші оқу қорытындысы/ Результаты "первой читки" (BI-RADS)



R	L
Күні/ Дата_____ Дәрігер, ТАӘ /Врач, ФИО _____	

32.МКДБ/СКДО:. Рентген сүт безі тығыздығы (I денIV-дейін)/ Рентгеноплотность железы (от I до IV) R_____ L_____

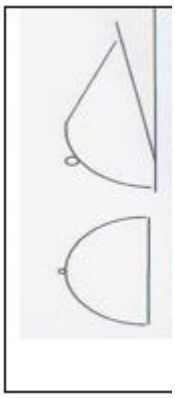
33.МГ сапасы

34. Жарамды

35. Көрініс

36. Жайғасты

37. Екінші о
"второй читки



38. Үшінші о
/ Результаты

R	L	Ұсын

күні / дата
Жауапты рент
ТАӘ/ ФИО ____
Қолы /Подпис

линия отрыва

(оборотная сторона)

4. Маммограм
қамтылмау) /

39. Ұсыныстар / Рекомендации 1. Екі жылдан соң қайта скринингке шақыру / Пригласить на скрининг через 2 года 2. МКДБ -ға қосымша скринингке шақыру (МГ, УДЗ, биопсия) / Пригласить на дополнительное обследование в СКДО (МГ, УЗИ, биопсия) 3. Қысқамерзімді динамикалық қадағалау ____кейін / Краткосрочный динамический контроль через _____месяцев	проблемы, не Дәрігерлер, Ф.И.О. (при _____ _____ _____ _____

Амбулаториялық пациенттің профилактиқалықмедициналық тексеріп-қарау (скринингтің) картасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте профилактического осмотра (скрининга) амбулаторного пациента

Қуық асты безін ультрадыбыстық және тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное и ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20____жыл (год) "____"_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен)_____

Алдын ала қойылған диагнозы(Диагноз предварительный)_____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА)_____нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) РНІ_____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері /Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое подчеркнуть):

-

түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),

-

түйіндер(узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),

-

түйіндер(узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы) / қуық безінің түгел ұлғайуы(увеличение всей железы),

-

Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы) /жумсақ(мягкая),қиыршықты(каменистая)

-

Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)

-

Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы)тегіс(ровная) / тегіс емес(бугристая)

-

Қуық безінің жоғарғы шекараларысаусаққа (верхняя граница предстательной железы для пальца)қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются): Иә (Да)/Жоқ (Нет) **Зарарсыз (Доброкачественное): Иә (Да)/Жоқ (Нет)** **Түзіліс оқшауланған орын: (Локализация образования): _____ _____** **Күдікті (Сомнительное):** **Оң; Сол; Екіжақты; (Справа;Слева; Двустороннее)** **Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес):_____ _____г** **Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т**	

после пальцевого ректального исследования) :_____ **Ескертулер (Замечания):_____** **_____** **_____** **_____** **_____**	оң жақ правая сторона сол жақ левая сторона

Ультрадыбыстық зерттеу мәліметтері
Данные ультразвукового исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная):_____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая)

_____

Өлшемдері (Размеры):_____

Контуры: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

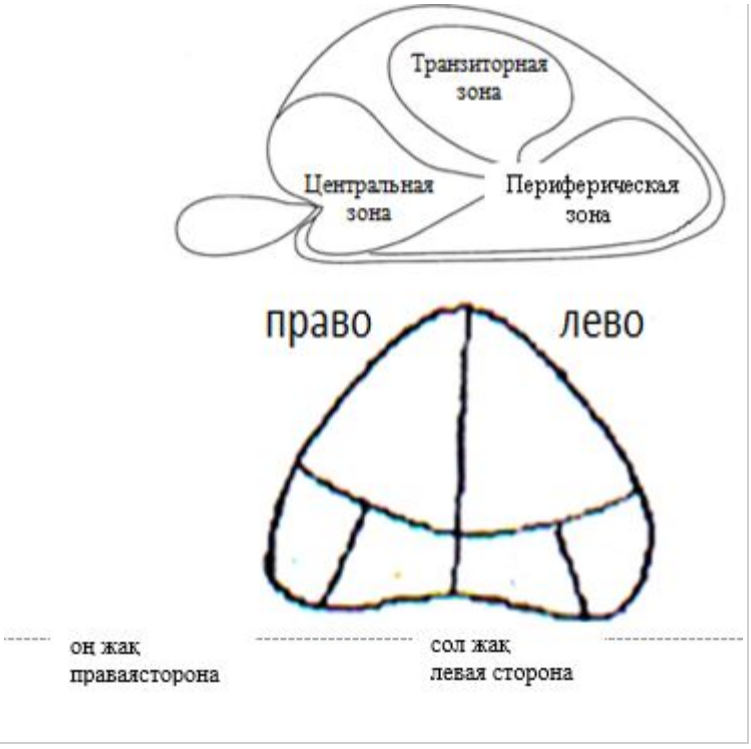
_____

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоэхогенді (Структура внутренней части: гиперэхогенная,
гипоэхогенная)_____

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоэхогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части:средней
эхогенности, гипоэхогенная, гиперэхогенная)_____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)

Зарарсыз (Доброкачественное): Иә /Жоқ **Түзіліс оқшауланған орын (**	

Локализация образования):_____ **_____** **Күдікті (Сомнительная):** **Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева; двусторонняя)** **Трансректальді ультрадыбысты зерттеуден анықталған сатысы(Стадия после трансректального ультразвукового исследования): _** **_____** **Түзіліс көлемі (Объем образования):_____см³** **Өлшеулер көлемі (Объем измерений):** **Қуық (Простата):** **Ж(Ш)*Б(В)*Ұ(Д):____*____*_____** **көлем(объем):_____см³** **Өтпелі аймақ (Переходная зона):** **Ж(Ш)*Б(В)*Ұ(Д)____*____*_____** **көлем(объем):_____см³**	

Қорытынды (Заключение):

_____
_____
_____
_____Биопсия жүргізілген (Биопсия проведена): Жоқ (нет) / Иә (да)

Дәрігер (Врач)_____ _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) қолы (подпись)

Амбулаториялық пациенттің профилактикалықмедициналық тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте профилактического осмотра (скрининга) амбулаторного пациента

Скрининг бойынша өңеш пен асқазанды эндоскопиялық зерттеудің бланкісі /Бланк эндоскопического исследования пищевода и желудка по скринингу

1. Зерттеулер саны/ Номер исследования_____

2. Аты-жөні (толық) зерттелген /Ф.И.О. (полностью) исследуемого _____

3.ЖСН/ИИН_____

4. Туған күні /Дата рождения /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ж. г. 5. Жас тобы/ Возрастная группа _____

6. Мекенжайы/ Адрес_____

7. ЭГДС өткізілген күн /Дата проведения колоноскопии /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ж. г.

АЖүргізілген зерттеу көлемі /Объем проведенного исследования ☐ **1 толық эзофагоскопия ментолық гастроскопия жүргізілді /проведена полная эзофагоскопия и полная гастроскопия** ☐ **2 толық емес эзофагоскопия жүргізілді /проведена неполная эзофагоскопия** ☐ **3 толық эзофагоскопия ментолық емес гастроскопия жүргізілді/ проведена полная эзофагоскопия и неполная гастроскопия** **БӨңеш пен асқазанның тазалық дәрежесі/Степень чистоты пищевода и желудка** ☐ **1 Өңеш пен асқазан құрамынан босатылған /Пищевод и желудок свободны от содержимого** ☐ **2 Өңеш құрамынан босатылған, асқазан – таза емес /Пищевод свободен от содержимого, желудок – нечист** ☐ **3 Өңеш пен асқазан – таза емес/ Пищевод и желудок – нечисты**	**В Зерттеуді жүргізген кездегі асқынулар / Осложнения при проведении исследования** ☐ **1 Асқынуларсыз /Без осложнений** ☐ **2 Қан кету/Кровотечение** ☐ **3 Перфорация Перфорация** ☐ **4 Басқалары /Другие** **Г Биопсияны жасау /Проведение биопсии** ☐ **1 Биопсия алынды/Биопсия взята** ☐ **2 Биопсия алынбады – көрсетілімдер жоқ / Биопсия не взята, т.к. нет показаний** ☐ **3 Биопсия техникалық мәселелер себебімен алынбады(құрал-жабдықтар жоқ) / Биопсия не взята по техническим проблемам (отсутствия инструментов, формалина и др.)**

Д Зерттеу нәтижелері / /Результат исследования

ТікелейЭГДС кейін/ Непосредственный после ЭГДС ☐ **ES 1-Өңеш патологиясыз/Пищевод без патологии**	**Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/ После получения гистологического заключения** ☐ **ES 1-Өңеш патологиясыз/Пищевод без патологии** ☐

□ **ES 2-Өңештің тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/ Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития** □ **ES 3-Өңештің қабыну аурулары /Воспалительные заболевания пищевода** □ **ES 4-Өңештің жарасы /Язва пищевода** □ **ES 5 -Өңештің кілегейастыөскіні / Подслизистое образование пищевода** □ **ES 6- Баррет өңешінің эндоскопиялықбейнесі / Эндоскопическая картина пищевода Баррета** □ **ES 7 -Өңештің жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні / Полиповидное образование пищевода на тонкой ножке** □ **ES 8 - Өңештің кең негіздегі полип тәрізді өскіні / Полиповидное образование пищевода на широком основании** □ **ES 13-Эндоскопиялық тұрғыдан, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін қатерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО пищевода с размером очага до 1 см** □ **ES 14 - Эндоскопиялық тұрғыдан, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО пищевода с размером очага более 1 см**	**ES 2 -Өңештің тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития** □ **ES 3 -Өңештің қабыну аурулары / Воспалительные заболевания пищевода** □ **ES 4 -Өңештің жарасы/Язва пищевода** □ **ES 5 -Өңештің кілегейастыөскіні / Подслизистое образование пищевода** □ **ES 6 -Баррет өңеші/Пищевод Баррета (ішек метаплазиясы)** □ **ES 7 -Өңештің жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/Полиповидное образование пищевода на тонкой ножке** □ **ES 8 -Өңештің кең негіздегі полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование пищевода на широком основании** □ **ES 9 -Морфологиялық верификациясыз, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінқатерлі өскіні (екі реттік эзофагоскопиямен)/ЗНО пищевода с размером очага до 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии)** □ **ES 10 -Морфологиялық верификациямен, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінқатерлі өскіні/ЗНО пищевода с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически** □ **ES 11 -Морфологиялық верификациясыз, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні(екі реттік эзофагоскопиямен)/ЗНО пищевода с размером очага более 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии)** □ **ES 12 -Морфологиялық верификациямен, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ЗНО пищевода с размером очага более 1 см, верифицированное морфологически**
Тікелей ЭГДС кейін/ Непосредственный после ЭГДС □	Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/После получения гистологического заключения □ GS 1 Асқазан патологиясыз/ Желудок без патологии □

GS 1 Асқазан патологиясыз/ Желудок без патологии □ GS 2 Асқазанның тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/Наследственные заболевания желудка, аномалии развития □ GS 3 Асқазанның қабыну аурулары /Воспалительные заболевания желудка □ GS 4 Асқазанның жарасы/Язва желудка □ GS 5 Асқазанның кілегейастыөскіні/Подслизистое образование желудка □ GS 6 Асқазанның жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на тонкой ножке □ GS 7 Асқазанның кең негіздегі полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на широком основании □ GS 12 Эндоскопиялық тұрғыдан, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ге дейін қатерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО желудка с размером очага до 3 см □ GS 13 Эндоскопиялық тұрғыдан, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ден асатын қатерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО желудка с размером очага более 3 см	GS 2 Асқазанның тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/Наследственные заболевания желудка, аномалии развития □ GS 3 Асқазанның қабыну аурулары /Воспалительные заболевания желудка □ GS 4 Асқазанның жарасы/Язва желудка □ GS 5 Асқазанның кілегейастыөскіні /Подслизистое образование желудка □ GS 6 Асқазанның жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на тонкой ножке □ GS 7 Асқазанның кең негіздегі полип тәрізді өскіні /Полиповидное образование желудка на широком основании □ GS 8 Морфологиялық верификациясыз, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ге дейінқатерлі өскіні (екі реттікгастроскопиямен)/ ЗНО желудка с размером очага до 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии) □ GS 9 Морфологиялық верификациямен, ошақ өлшемі 3 см-ге дейін асқазанның қатерлі өскіні/ЗНО желудка с размером очага до 3 см, верифицированное морфологически □ GS 10 Морфологиялық верификациясыз, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ден асатын қатерлі өскіні (екі реттікгастроскопиямен)/ ЗНО желудка с размером очага более 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии) □ GS 11 Морфологиялық верификациямен, ошақ өлшемі 3 см-ден асатын асқазанның қатерлі өскіні/ЗНО желудка с размером очага более 3 см, верифицированное морфологически

Е Гистологиялық зерттеудің нәтижесі, алу мерзімі/Результат гистологического исследования, дата получения

□

1 Онкологиялық ауру расталды /Онкологическое заболевание подтверждено

□

2 Онкологиялық ауру расталмады/Онкологическое заболевание не подтверждено

ЭГДС сипаттамасы /Описание ЭГДС

Қорытынды/ Заключение _____

_____

Зерттеуді жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы мен жеке мөрі/ Ф.И.О. (при его наличии), подпись и личная печать врача проводившего исследование_____

Амбулаториялық пациенттің профилактикалықмедициналық тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте профилактического осмотра
(скрининга) амбулаторного пациента

Скрининг бойынша колоноскопиялық зерттеу бланкісі/
Бланк колоноскопического исследования по скринингу
1.Зерттеулер саны/ Номер исследования_____
2.Аты-жөні (толық) зерттелген /Ф.И.О. (полностью) исследуемого _____
_____
3.ЖСН/ИИН_____
4. Туған күні /Дата рождения /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ж. г. 5. Жас тобы/ Возрастная группа _____
6. Мекенжайы/ Адрес_____
7. КС өткізілген күн /Дата проведения колоноскопии /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ж. г.
АЖүргізілген зерттеу көлемі / Объем проведенного исследования

□ **1 – Жаппай колоноскопия жүргізілді (тік ішектен соқыр ішек күмбезіне дейін)/ Проведена тотальная колоноскопия (от прямой кишки до купола слепой кишки)**

□ **2 – Жаппай колоноскопия тиісті емес дайындық себебімен жүргізілмеді /Тотальная колоноскопия не проведена по причине неадекватной подготовки**

□ **3 – Жаппай колоноскопия ауырсыну мен науқастың зерттеуді әрі қарай жүргізуден бас тартуы себебімен жүргізілмеді /Тотальная колоноскопия не проведена по причине боли и отказа пациента от дальнейшего проведения исследования**

□ **4 – Жаппай колоноскопия техникалықсебептермен жүргізілмеді – соқыр ішек күмбезіне жету мүмкін емес /Тотальная колоноскопия не проведена по техническим причинам – невозможность достигнуть купола слепой кишки**

□

5 – Жаппай колоноскопиябасқа себептермен жүргізілмеді(көрсетіңіз)/ Тотальная колоноскопия не проведена по другим причинам (указать) _____

_____

☐

6 – Колоноскопия медициналық қарсы көрсетілімдерге байланысты жүргізілмеді/ Колоноскопия не проведена в связи с медицинскими противопоказаниями

☐

7 – Колоноскопия зерттелетін науқастың бас тартуына байланысты жүргізілмеді/ Колоноскопия не проведена в связи с отказом исследуемого

☐

8 – Седация қолданылған/ Использована седация

БІшек тазалығының дәрежесі / Степень чистоты кишечника

☐

1 – Ішек қанағаттанарлық түрде дайындалған / Кишечник подготовлен удовлетворительно

☐

2 – Ішек қанағаттанарлықсыз дайындалған / Кишечник подготовлен неудовлетворительно

В Зерттеуді жүргізген кездегі асқынулар / Осложнения при проведении исследования

☐

1 – Асқынуларсыз/ Без осложнений

☐

2 – Қан кету /Кровотечение

☐

3 – Перфорация / Перфорация

☐

4 – Басқалары /Другие _____

Г Биопсияны жасау / Проведение биопсии

☐

1 – Биопсия алынды/Биопсия взята

☐

2 – Биопсия алынбады – көрсетілімдер жоқ/ Биопсия не взята – нет показаний

☐

3 – Биопсия техникалық мәселелер себебімен алынбады (құрал-жабдықтар жоқ)/ Биопсия не взята по техническим проблемам (отсутствие инструментов, формалина и др.)

Д Зерттеу нәтижелері / Результат исследования

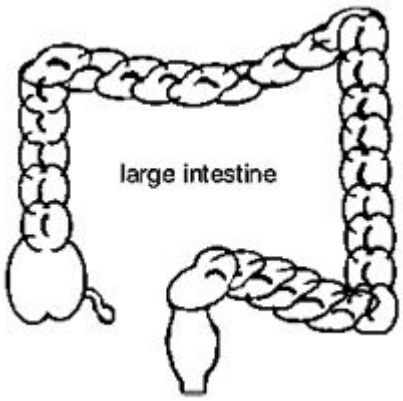
Тікелей колоноскопиядан кейін / Непосредственно после колоноскопии	Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/ После получения гистологического заключения
☐ CS 1 – патологиясыз/без патологии	☐ CS 1 – патологиясыз/без патологии
☐ CS 2 – тоқ ішектің тұқым қуалаушылық аурулары және оның даму ақаулары / наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития	☐ CS 2 – тоқ ішектің тұқым қуалаушылық аурулары және оның даму ақаулары / наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития
☐	☐

CS 3 – ішектің созылмалы қабыну аурулары/ хронические воспалительные заболевания кишки	CS 3 – ішектің созылмалы қабыну аурулары/ хронические воспалительные заболевания кишки
□ CS 4 – полип тәрізді өскіндер/ полиповидные образования	□ CS 4 – полип тәрізді өскіндер/ полиповидные образования
□ CS 9 – эндоскопиялық тұрғыдан, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінқатерлі өскіні / эндоскопически ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см	□ CS 5 – морфологиялық верификациясыз, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінқатерлі өскіні/ ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см без морфологической верификации
□ CS 10 – эндоскопиялық тұрғыдан, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ эндоскопически ЗНО толстой кишки с размером очага более 1 см	□ CS 6 – морфологиялық верификациямен, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінқатерлі өскіні/ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически
	□ CS 7 – морфологиялық верификациясыз, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ЗНО толстой кишки с размером очага более 1 см без морфологической верификации
	□ CS 8 – морфологиялық верификациямен, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ЗНО толстой кишки с размером очага более 1 см, верифицированное морфологически

Е Гистологиялық зерттеудің нәтижесі, алу мерзімі
/ Результат гистологического исследования, дата получения

_____
_____
_____

КС сипаттамасы / Описание КС



Қорытынды/ Заключение _____
_____
Зерттеуді жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы мен жеке мөрі/ Ф.И.О. (при его наличии), подпись и личная печать врача проводившего исследование_____
_____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-9/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 025-9/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 026/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

(Мектеп, мектеп-интернат, балалар үйі, бала бақша, бүлдіршіндер бақшасы үшін)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА

(для школы, школы-интерната, детского дома, детского сада, яслей-сада)

Сынып Класс		АЛЛЕРГИЯ (егуге, дәрілік, аллергиялық аурулар) (вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания)
Топ группа	Жыл сайын толтырылады заполняется ежегодно	

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество ребенка) ____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (ер, әйел) (Пол (муж, жен))

____

Мекенжайы (Адрес местажительства)

_____

_____

_____ Телефон _____

Қызмет көрсететін емхананың (Обслуживающая поликлиника)№ _____

_____ Телефон _____

Ата-анасы туралы мәлімет (Сведения о родителях) _____

_____

	Туған жылы год рождения	Білімі образование	Жұмыс орны место работы	телефон
анасы (мать)				

әкесі (отец)				

а) баспана-тұрмыстық жағдайлары (жилищно-бытовые условия) _____

б) отбасылық сыртартпасы (семейный анамнез) _____

МЕКТЕПТЕН ТЫС САБАҚТАЫ (ВНЕШКОЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ):

спорт (иә, жоқ, спорт түрі) (да, нет, вид спорта) _____

шет тіл (иә, жоқ) (иностранный язык (да, нет)) _____

музыка (иә, жоқ) (да, нет) _____

басқа сабақтары (другие занятия) _____

Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания)

	Күні Дата		Күні Дата
Қызылша (корь)		Қызамық (краснуха)	
көк жөтел (коклюш)		жұқпалы гепатит (инфекционный гепатит)	
жәншау (скарлатина)			
күл ауруы (дифтерия)		дизентерия	
жел шешек (ветряная оспа)		іш сүзегі (брюшной тиф)	
жұқпалы паротит (инфекционный паротит)		туберкулез	
		ревматизм	

БАЛАНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ ҚОЗҒАЛЫСЫНЫҢ ПАРАҒЫ
(ЛИСТ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

_____

Жасы Возраст Денсаулық тобы Группа здоровья	Нәресте Новорожденный	1 ай 1 месяц	2 ай 2 месяца	3 ай 3 месяца	4 ай 4 месяца	5 ай 5 месяцев	6 ай 6 месяцев
+							

I							
II А	+	+	+	+			
II Б					+	+	+
III							
IV							
V							

продолжение таблицы

7 ай 7 месяцев	8 ай 8 месяцев	9 ай 9 месяцев	10 ай 10 месяцев	11 ай 11 месяцев	12 ай 12 месяцев	1 жас 3 ай 1 год 3 мес	1 жас 6 ай 1год 6 мес
+	+	+	+	+	+	+	+

продолжение таблицы

1 жас 9 ай 1год 9 мес	2 жас 2 года	2 жас 6 ай 2 года 6 мес	3 жас 3 года	4 жас 4 лет	5 жас 5 лет	6 жас 6 лет	7 жас 7 лет	8 жас 8 лет	9 жас 9 лет	…… …….	14 жас 14 лет
+	+	+					+	+			
			+	+	+	+					

ЕСКЕРТУ: Кестеде баланың туғаннан 14 жасқа дейінгі денсаулық жағдайының мысалы келтірілген. (+) белгісімен профилактикалық тексеріп-қарау кезіндегі баланың денсаулық тобы белгіленеді. ПРИМЕЧАНИЕ: В таблице приведен пример динамики состояния здоровья ребенка от рождения до 14 лет. Знаком + отмечается группа здоровья ребенка при профилактическом осмотре.

Ауруханаға жатқызылуы, санаторлық емделуі туралы мәліметтер (Сведения о госпитализации, санаторном лечении)

Күні Дата	Диагноз	Күні Дата	Диагноз

ЗАҚЫМДАРЫ, ОПЕРАЦИЯЛАРЫ (ТРАВМЫ, ОПЕРАЦИИ)

	Күні Дата	Диагноз

Ауруы бойынша босатуы (Пропуск по болезни)

Күні Дата		Диагноз	Күні Дата		Диагноз	Күні Дата		Диагноз	Күні Дата		Диагноз
Бастап(от)	Дейін (до)		Бастап (от)	Дейін (до)		Бастап (от)	Дейін (до)		Бастап (от)	Дейін (до)	

№ 026/е. н. 3 беті

Стр. 3 ф. № 026/у

ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУЛАР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР*
(СВЕДЕНИЯ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ *)

Диагноз	Есепке алынған күні Дата взятия на учет	Есептен шығарылған күні, себебі Дата снятия с учета, причина	Маманға келуін бақылау Контроль посещения специалиста				
			тағайындалғанназначения	келуі явка	тағайындалғанназначения	келуі явка	тағайындалға назначения
Күні Дата	Тексеріп-қарау деректері Данные осмотра		Ұсыныстар Рекомендации				
1	2		3				

*Емханада диспансерлік бақылауда тұрғандар үшін

(* Для состоящих в поликлинике на диспансерном наблюдении).

Күні Дата	Тексеріп-қарау деректері Данные осмотра	Ұсыныстар Рекомендации
1	2	3

_____

Зертханалық зерттеулер деректері

Данные лабораторных исследований

Күні Дата	Нәтиже Результат	Талдаулар Анализы	Күні Дата	Нәтиже Результат
		Қанды крови		
		Несепті мочи		
		Нәжісті кала		

Күні Дата					
Нәтиже Результат					
Күні Дата					
Нәтиже Результат					

Күні Дата					
Формула					

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 026-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
(балалар үйі үшін) (қыз бала)
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА

(для детского дома) (девочка)

Қан тобы

(группа крови) _____

Резус тиістілігі

(резус принадлежность) _____

1.Тегі Аты Әкесінің аты

(фамилия)_____(имя)_____(отчество)_____

2.Туған күні айы жылы

(дата рождения): число _____ месяц_____ год_____

3.Туылған жері

(место рождения) _____

4. Ұлты 5.Әлеуметтік жағдайы

(национальность)_____ (статус)

6. Түскен мерзімі: күні_____ айы_____ жылы_____сағат_____

(дата поступления): (число) (месяц) (год) (время)

7. Кеткен мерзімі күні_____ айы_____ жылы_____сағ_____

(дата выбытия): (число) (месяц) (год) (время)

8. Қайда ауысты

(адрес выбытия):_____

9. Қанша төсек-күн болды

(проведено койко-дней):_____

10. Жіберген мекеменің диагнозы (диагноз направившего учреждения):

_____

_____

_____

_____

11. Қандай диагнозбен түсті (диагноз при поступлении):

_____

_____

_____

_____

12. Қорытынды диагноз (диагноз заключительный):

_____

_____

_____

_____

Отбасы туралы мәліметтер
(Сведения о семье)

Ата-аналар және басқа балалар (родители и другие дети) Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)	Туған жылы (дата рождения)	Жұмыс орны, лауазымы, телефоны (бала ұйымы) (где и кем работает, телефон (детские организации)	Асқынған аурулардың бар-жоғы (наличие запущенных заболевании)
Ана (мать)			
Әке (отец)			
Басқа балалар (другие дети)			

Баланың төлқұжаты туралы анықтама
(справка о паспорте ребенка)

Түскен кезіндегі құжаттар (документы при поступлении)			
Туу туралы куәлік (свидетельство о рождении)			
Бас тарту өтініші (заявление об отказе)			
Баланы тастап кету актісі (акт о подкидыше)			
№ 4 нысан (форма № 4)			

Қаулы (постановление)			
Қолдау хат (ходатайство)			

Зертханалық зерттеулер:

(лабораторные исследования):

1. RW_____

2. ВИЧ_____

3. HBSAg и AntiHCV_____

Баланың ауырған аурулары туралы мәлімет (сведения о перенесенных заболеваниях ребенка):

Ушыққан инфекциялық аурулар (острые инфекционные заболевания)	Ауырған күні (дата заболевания)	Созылмалы аурулар (хронические заболевания)	Ауырған күні (дата заболевания)
Қызылша (корь)		Туберкулез	
Қызамық (краснуха)		Мерез (сифилис)	
Күл ауруы (дифтерия)		Вирустық гепатиттер (вирусные гепатиты)	
Жел шешек (ветряная оспа)			
Жәншау (скарлатина)			

Туған кездегі салмағы (вес при поступлении) _____

Туған кездегі бойы (рост при поступлении) _____

ДСИ (ИМТ) _____

Бастың шеңбері (окружность головы) _____

Денесінің дамуын бағалау (оценка физического развития):

_____

Жалпы мәлімет
Общие сведения

1. Гинекологиялық анамнез (гинекологический анамнез) _____

_____

_____

_____

2. Әлеуметтік анамнез (социальный анамнез)

Шешесі (мать) _____ Әкесі (отец)_____

Тұрмыстық жағдайы (бытовые условия)_____

Материалдық қамтамасыз ету (материальное обеспечение)_____

3. Акушериялық анамнез (акушерский анамнез)_____

_____

Нәресте мезгілінде туылды (шала туылды) (ребенок родился доношенным

(недоношенным))_____

Босану ағымы қалыпты (қалыпсыз) (течение родов правильное (неправильное))_____

Операция қолданылды (применение операционного вмешательства)_____

Жансыздандырылды иә, жоқ (обезволивание да, нет)_____

Туылған кезіндегі салмағы (вес при рождении) _____

Ұзындығы (длина)_____

Бастың көлемі (окружность головы)_____

Кеуде шеңбері (окружность грудной клетки)_____

Алмасу картасын жабыстыруға арналған орын
(место для приклеивания обменной карты)

Диспансерлік бақылау парағы
(лист диспансерного наблюдения)

Диагноздар Диагнозы	Тіркеуге алынған күні (дата взятия на учет)	Тіркеуден шыққан күні (дата выписки с учета	Қосымша тіркеулер (дополни-тельные учеты)

Баланың топтар бойынша қозғалысы
(движения ребенка по группам)

Күні (дата)	Топ (группа)

Емдеуде қолданылатын антибиотиктерді есепке алу
(учет антибиотиков, применяемых при лечении)

Тағайындау күні (дата назначения)	Антибиотиктердің атауы (наименование антибиотиков)	Курстың ұзақтылығы (продолжительность курса)	Антибиотиктерді қабылдаудың кері әсері (реакция на применение антибиотиков)

Емдеуге жатқызу туралы мәліметтер
(сведения о госпитализации)

№	Жасы (возраст)	Стационардың атауы (наименование стационара)	Емдеуге жатқызу күні (дата госпитализации	Емдеуге жатқызу күнінің саны (число дней госпитализации	Жіберу кезіндегі диагноз (диагноз при направлении	Қорытынды диагноз (заключительный диагноз)

Рентгент зерттеулерін есепке алу
(учет рентгенологических исследований)

Зерттеу күні (дата исследования)	Баланың жасы (возраст ребенка)	Зерттеу сипаты (характер обследования)	Зерттеу саласы (область обследования)

Мешелді спецификалық профилактикалауды есепке алу парағы
(лист учета специфической профилактики рахита)

Күні (дата)	"Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д")	Күні (дата)	"Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д")	Ультракүлгін сауле - болған жағдайда (бұдан әрі – УКС) (ультрафиолетовое облучение – при наличии (далее - УФО)		
				Күні (дата)	Арасы (расстояние)	Ұзақтығы (длительность)

Антропометриялық деректер
(антропометрические данные)

Күні (дата)	Жасы (воз-раст)	Массас (масса)	Бойы (рост)	Басының шеңбері (окруж-ность головы)	Кеудесінің шеңбері (окруж-ность грудной клетки)	Тіс саны (коли-чество зубов)	Физикалық дамуын бағалау (оценка физич. развития)	Психикалық -тірек дамуын бағалау (оценка психо-моторного развития)

Балалар үйіне түсу кезіндегі алғашқы тексеріп-қарау:
(первичный осмотр при поступлении в Дом ребенка)
Тексеріп-қарау міндеттері
(задачи осмотра)

1. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)

2. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие)

3. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков развития)

4. Қалыпты бейімделу бойынша ұсыныстар беру (дать рекомендации по нормальной

адаптации)

Тексеріп-қаралу күні (дата осмотра) 20__ ___/_____ Жасы (возраст): _____ Дене қызуы (температура)_____ Туғандағы дене салмағы (при рождении вес): _____ кг Бойы (рост): _____см ИМТ _____басының шеңбері (окружность головы)_____см Графиктерді пайдаланып физикалық дамуын бағалыңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Анасының шағымы (жалобы матери):	
Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2.Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7. Дене қызуының 38 ^{O}C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5 ^{O}C төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 ^{O}C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі (бала өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейінгі), білінетін бозару (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	Иә (да) _____ Жоқ (нет) ____
СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли	

ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое) …	Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) _____ Жоқ (нет)____

Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту
рефлекстің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения
глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлекстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет)
(проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный);
ұстау (хватательный); Моро; автоматтандырылған жүру (автоматической походки)
Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица):
_____
(симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың
көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)
Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в
норме розовая или интенсивно розовая)
Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____конъюнктивалар (конъюнктивы)
_____
Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус)_____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и
прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")
Көзге көрінетіе туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки)_____
___
_____
____
Сүйек жүйесі (костная система) _____
___
Бас пішіні (форма головы) _____жігі (швы) _____
___
Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок)_____
Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен
шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха
бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы дыхания):_____ Тыныс алу жиілігі - болған жағдайда (бұдан әрі – ТЖ) (частота дыхания – при наличии (далее - ЧД)
_____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)
Жүрек-тамыр жүйесі - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖТЖ) органдары (органы сердечно-сосудистой системы – при наличии (далее - ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (частота сердечных сокращений) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более
100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного
пульса)_____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) (в норме симметрично с двух сторон)
Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____бауыр (печень)_____ көкбауыр (селезенка) _____
Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности)_____
Кіндік (пуповина)_____ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді)
(пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и
отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)
Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен
кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);
Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар)
(в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)___ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ___ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) __ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____)	

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен

емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішссе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу	

	рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) __ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)		Даму проблемалары (проблемы развития)
Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца): Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня): 1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____БЦЖ_____		Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки)_____ Мерзімі (дата)_____
Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка) Жайдың гигиенасы (гигиена помещения_____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22 ^{o}C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 ^{o}C) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____		Күту проблемалары (проблемы ухода)

Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери): 1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):	Проблемалар (проблемы)
2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите): 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины) 6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность) 8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к сексу 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)	Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии): 1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней) 3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) 5. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться) 7. жақсы тамақтану (хорошо питаться) 8. өзіне күтім жасау (заботиться о себе) 9. күнделік жүргізу (вести дневник) егер осы

	іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания);

- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания);

- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости);

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери);

- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (т ребования к помещению и предметам ухода за новорожденным);

- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);

- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны);

- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки);

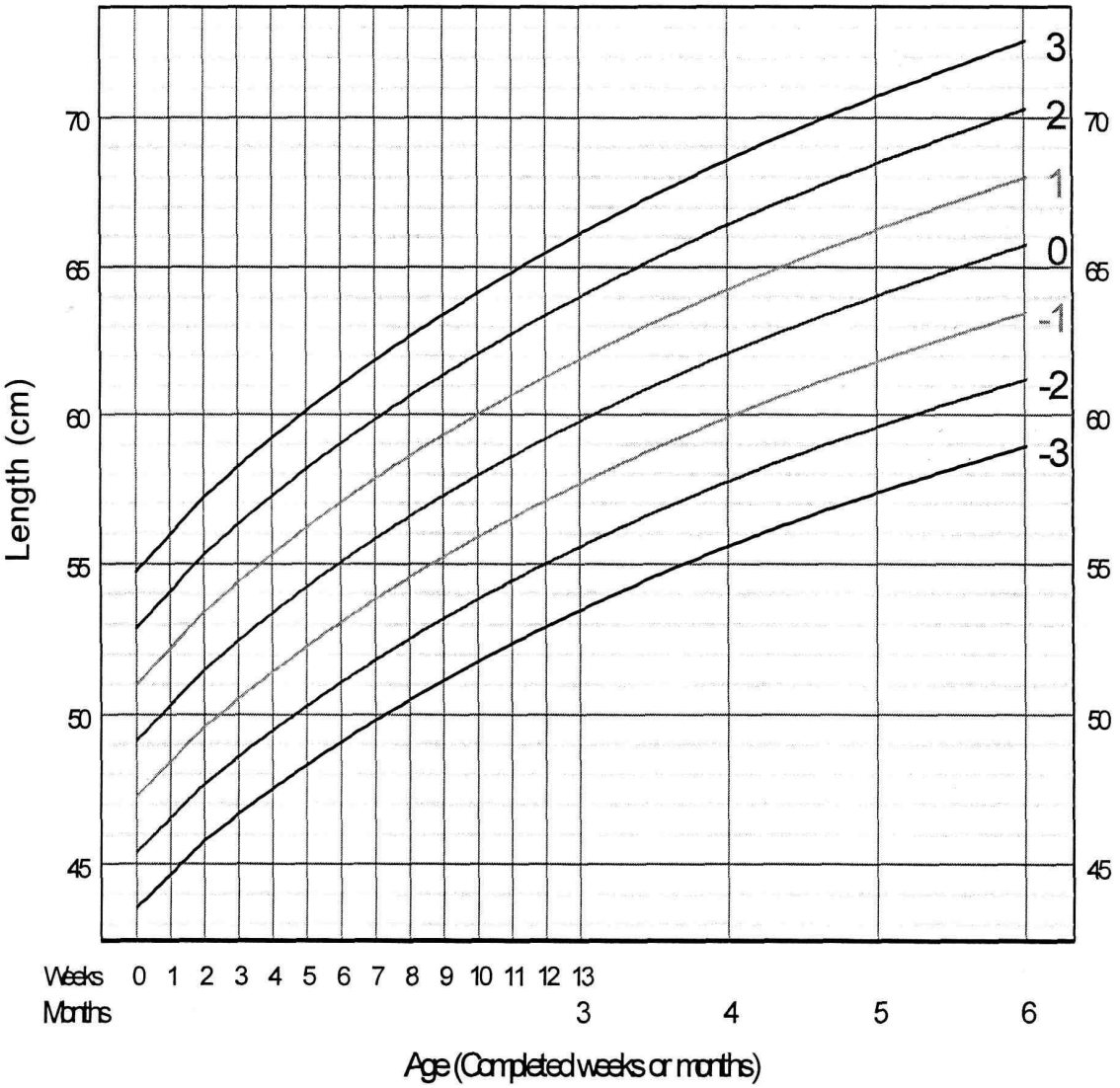
- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации);

Дәрігер (врач):

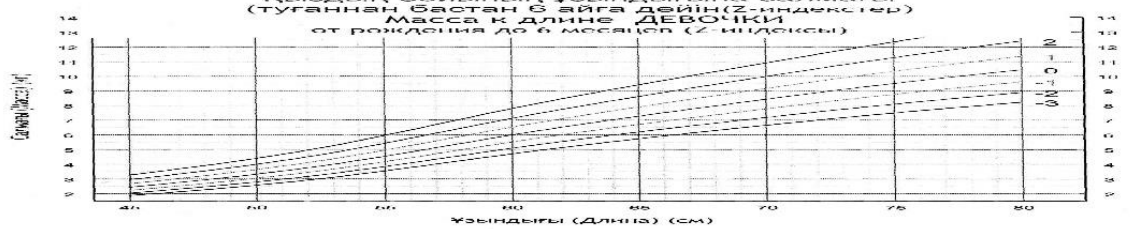
Қыздың жасына қарай бойының ұзындығы
(туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-индекстер)
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)

Length-for-age GIRLS

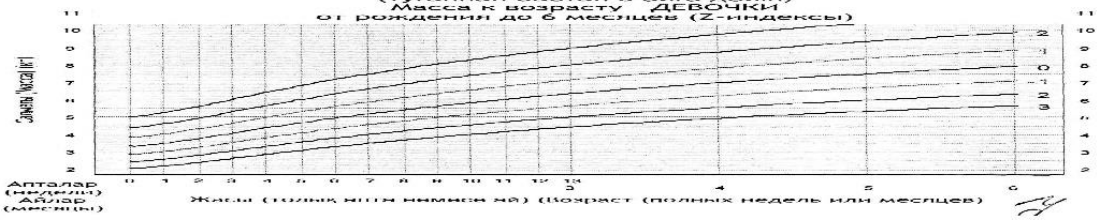
Birth to 6 months (z-scores)



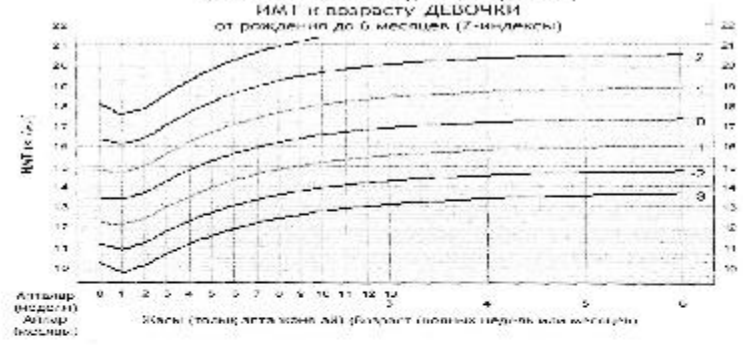
Қыздың бойының ұзындығына салмағы
(туғаннан бастап 6 айға дейін(Z-индекстер)
Масса к длине ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



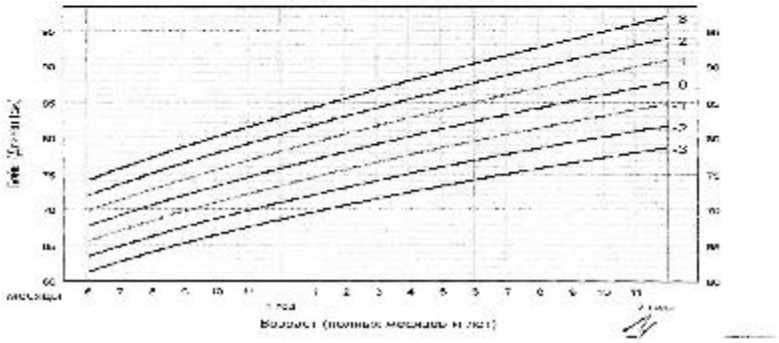
Қыздың жасына қарай дене салмағы
(туғаннан бастап 6 айға дейін)
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)

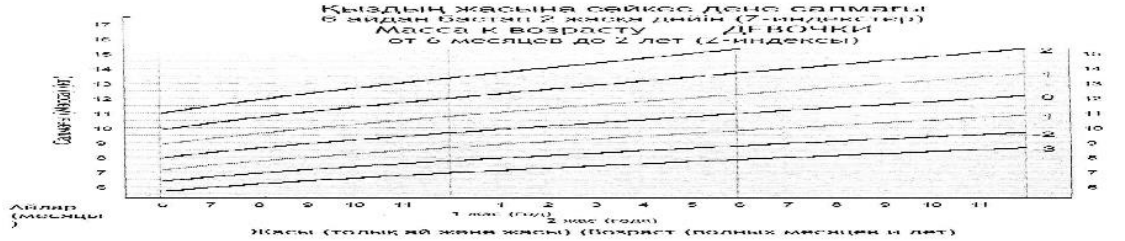


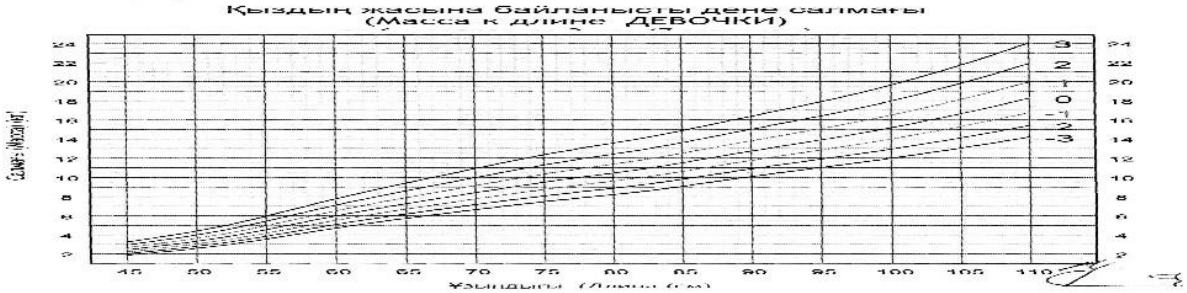
Қыздың жасына сәйкес ИМТ
(туғаннан бастап 6 айға дейін(Z-индекстер)
ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)

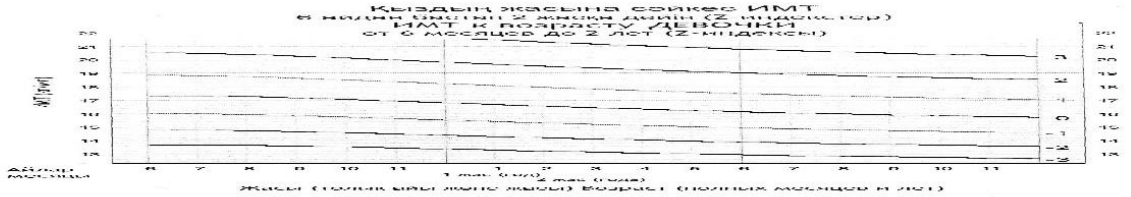


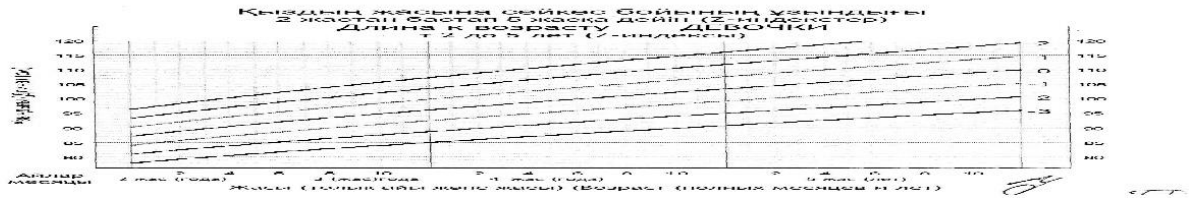
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
От 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)

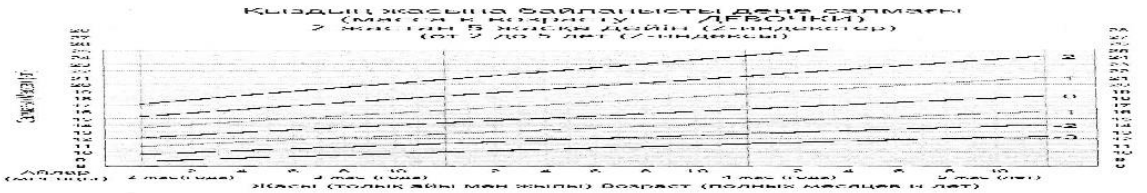


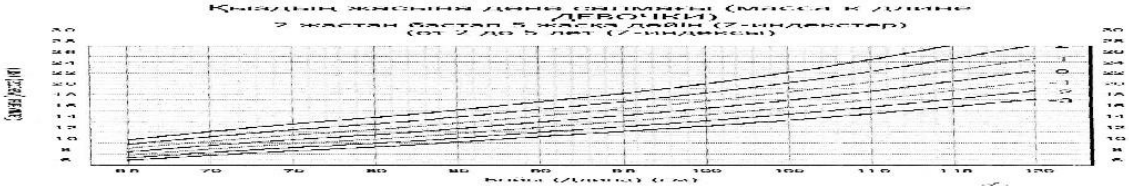

Қыздың жасына сәйкес дене салмағы
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-шкаласы)
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)
Айлар (месяцы)
Жасы (толық айы және жасы) Возраст (полных месяцев и лет)

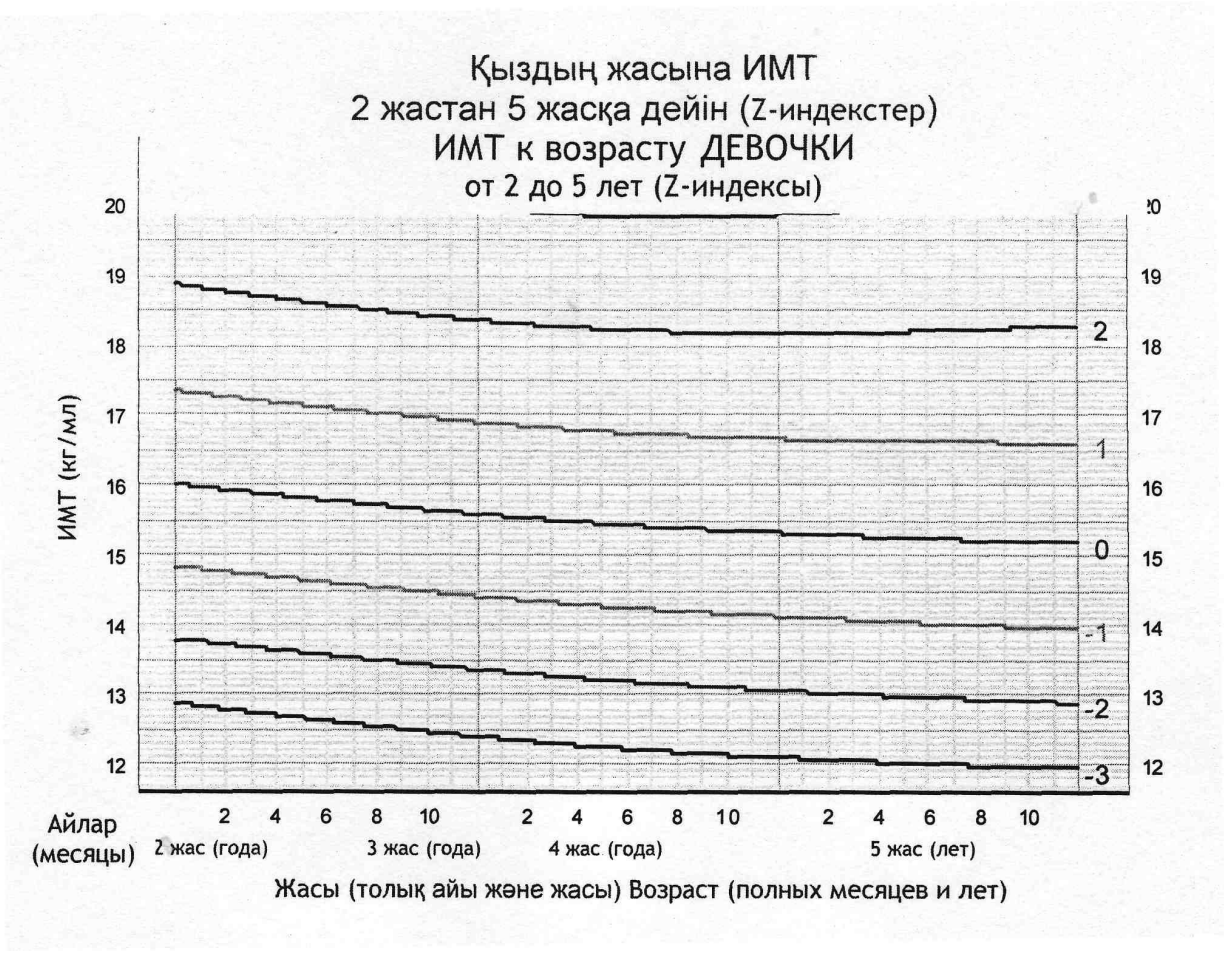

Қыздың жасына байланысты дене салмағы
(Масса к длине ДЕВОЧКИ)
Ұзындығы (Длина) (см)


Қыздың жасына сәйкес ИМТ
6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-шкаласы)
ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)
Жасы (толық айы және жасы) Возраст (полных месяцев и лет)


Қыздың жасына сәйкес бойының ұзындығы
2 жастан 5 жасқа дейін (Z-шкаласы)
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
от 2 до 5 лет (Z-индексы)
Жасы (толық айы және жасы) Возраст (полных месяцев и лет)


Қыздың жасына байланысты дене салмағы
(Масса к длине ДЕВОЧКИ)
2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-шкаласы)
(от 2 до 5 лет (Z-индексы)
Жасы (толық айы және жасы) Возраст (полных месяцев и лет)


Қыздың жасына байланысты дене салмағы
(Масса к длине ДЕВОЧКИ)
2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-шкаласы)
(от 2 до 5 лет (Z-индексы)
Ұзындығы (Длина) (см)



Профилактикалық екпелерді есепке алу картасы
(карта учета профилактических прививок)
Жоспарлы вакцинация
(плановая вакцинация)

Қарсы екпе (прививка против):	Вакцинация немесе ревакцинация және неше реет егілді (Вакцинация или ревакцинация и кратность введения)	Мерзімі (дата)	Жасы (возраст)	Мөлшері (доза)	Сериясы (Серия)	Енгізу тәсілі (способ введения)	Өндіруші мемлекет (страна производитель)	Реакция	
								Жергілікті (местная)	Жалпы (общая)
	Вакцинация								
	Қорытынды 1 ай (результат 1 месяц)								
	Қорытынды 3 ай								

Туберкулезге (туберку-леза)	(результат 3 месяц)								
	Қорытынды 6 ай (результат 6 месяц)								
	Қорытынды 1 жыл (результат 1 год)								
	1 ревакцинация								
В вирустық гепатитке (Вирусного гепатита В)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
Полиоми-елитке (Полиоми-елита)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Күлге, көкжөтелге, сіреспеге (дифтерии, коклюша, столбняка)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Гемофилиялық инфекцияға (гемофильной инфекции)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Қызылшаға, паротитке, қызамыққа (кори, паротита, краснухи	Вакцинация								
	Ревакцинация								
А вирустық гепатитке (Вирусного гепатита А)	Вакцинация								
Күлге, сіреспеге	1 ревакцинация								

(дифтерии, столбняка)	2 ревакцинация									
	3 ревакцинация									

Жоспардан тыс егу және қайтадан енгізілген екпелер (внеплановая вакцинация и вновь введенные вакцины)

Қарсы екпе (прививка против):	Вакцинация немесе (или) ревакцинация	мерзімі (дата)	Жасы (возраст)	Мөлшері (доза)	Сериясы (серия)	Енгізу тәсілі (способ введения)	Өндіруші мемлекет (страна производитель)	Реакция	
								Жергілікті (местная)	Жалпы (общая)

МАНТУ РЕАКЦИЯСЫ (РЕАКЦИЯ МАНТУ):

Манту реакциясы (реакция Манту):	Күні (дата)	Жасы (возраст)	Мөлшері (доза)	Туберкулин сериясы (Серия туберкулина)	Өндіруші мемлекет (страна-производитель)	Инфильтрат көлемі (размер инфильтрата)	Нәтиже (результат)	Фтизиатрдың қорытындысы (Заключение фтизиатра)

Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы (лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов)

Шағымдану мерзімі (күні, айы, жылы) (дата (число, месяц,	Жасы (возраст)	Бірінші рет қойылған қорытынды (нақтыланған) диагноздарды "+" белгісімен белгілеу (заключительные	+ –	Дәрігердің қолы (тегін түсінікті етіп жазу) (подпись врача	Емдеуге жатқызу туралы белгі (стационардың атауы, күні) "бастап - дейін" Отметка о госпитализации

год) обращения		(уточненные) диагнозы, впервые установленные, отметить знаком "+")		(фамилия разборчиво)	(название стационара, дата) "(с) (по)"

Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы
(Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов)

Шағымдану мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения	Жасы (возраст)	Бірінші рет қойылған қорытынды (нақтыланған) диагноздарды "+" белгісімен белгілеу Заключительные (уточненные) диагнозы, впервые установленные, отметить знаком "+"	+ –	Дәрігердің қолы (тегін толық етіп жазу) (подпись врача (фамилия разборчиво)	Емдеуге жатқызу туралы белгі (стационардың атауы, күні) "бастап - дейін" (отметка о госпитализации (название стационара, дата) "(с) (по)"

Нәрестені бірінші рет тексеріп-қарау (первичный осмотр новорожденного):

Нәрестені тексеріп-қарау міндеттері (задачи осмотра новорожденного):

1. Туғаннан кейін қалыпты бейімделуіне көз жеткізу (удостовериться в нормальной адаптации после рождения);

2. Қатерлі белгілердің болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)

3. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие);

4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков развития).

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ ___/_____ Жасы (возраст): _____. Дене қызуы (температура)_____ Туғандағы (при рождении): Салмағы (вес): _____ кг Бойы (рост) _____см ИМТ_____ Басының шеңбері (окружность головы)_____см Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Шағымдар (жалобы):	
Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3 Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7.. Дене қызуының 38 ^{O}C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5^{O}C төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5^{O}C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозаруы (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни	Иә (да) _____ Жоқ (нет) ____

ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11 Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	
СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое)	Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) _____ Жоқ (нет)____
Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлекстің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлекстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; автоматтандырылған жүру (автоматической походки) Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): _____ (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы) Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая) Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____конъюнктивалар (конъюнктивы) _____ Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус)_____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза") Көзге көрінетін туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки)	

_____
_____
__
Сүйек жүйесі (костная система)
_____
Бас пішіні (форма головы) _____жігі (швы)
_____
Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок)_____
Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен
шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха
бедра, деформация стопы)
Тыныс алу органдары (органы
дыхания):_____ Тыныс алу жиілігі
(ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)
ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек
ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса)_____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) (в норме симметрично с двух сторон)
Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____бауыр (печень)_____ көкбауыр (селезенка) _____
Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности)_____
Кіндік (пуповина)_____ (кіндік қалдығы
туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10
күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный
остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает
обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)
Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен
кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);
Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар)
(в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)___	

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ___ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) __ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____)		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішссе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) __	

КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	_ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) __ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)		Даму проблемалары (проблемы развития)
Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца): Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня): 1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ_____		Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки)_____ Мерзімі (дата)_____

Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка) Жайдың гигиенасы (гигиена помещения_____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22°C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22°C) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____	Күтім жасау

	проблемалары (проблемы ухода)
Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери): 1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):	Проблемалар (проблемы)
2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите): 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины) 6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность) 8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к сексу 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)	Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии): 10. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 11. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней) 12. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 13. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) 14. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 15. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться) 16. жақсы тамақтану (хорошо питаться) 17. өзіне күтім жасау (заботиться о себе) 18. күнделік жүргізу (вести дневник) егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти

	меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)

- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)

- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости)

- Ананың құнарлы тамақтануы (оптимальное питание матери)

- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)

- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (т ребования к помещению и предметам ухода за новорожденным)

- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны)

- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

Дәрігер (врач):

Дәрігердің тексеріп-қарауы (15-ші күн) (Осмотр врачом (15-й день)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ ___/_____ Жасы (возраст): _____. Дене қызуы (температура)_____	
Шағымдар (жалобы):	
Қауіп себептерін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 ^{O}C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5 оС төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 ^{O}C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	Иә (да) _____ Жоқ (нет) ____
Тері (кожа): Кіндік (Пуповина)_____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) коньюктивалар (коньюктивы)_____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания):_____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы	ДИАГНОЗЫ:

(сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____; Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____бауыр (печень)_____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____	
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)___ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ___ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) __ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____)	
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішссе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):	
Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___	

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) __ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)		Даму проблемалары (проблемы развития)
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):		КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)
Балаға қатыгез мінез көрсету белгілері (признаки жестокого обращения с ребенком): физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.		Иә (да) Жоқ (нет)
Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіп белілері (тревожные признаки, требующие специализированной помощи): Есту бойынша (по слуху) Көру бойынша (по зрению)		Проблемалар (проблемы)
АНАНЫҢ ҚАУІПТІ АУРУЛАРДЫҢ БЕЛГІСІН БІЛУІ (ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ)		Иә (да) Жоқ (нет)
АНА ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):		ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):		

Ұсыныстар (рекомендации):

1. Тек емшекпен емізуді қолдау (поощрение исключительно грудного вскармливания);

2. Емізетін ананың тиімді тамақтануы және ұйқы/демалу режімі (оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери);

3. Нәресте күтімі (уход за новорожденным);

4. Психоәлеуметтік дамуды ынталандыру (стимуляция психосоциального развития);

5. Қауіпсіз орта (нәресте киіміне, күтім жасау заттарына және ойыншықтарға қойылған талаптар) және жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);

6. Бала сырқаттанғанда күту және мінез-құлық қағидасы (правила поведения и уход в случае болезни ребенка);

7. Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету: емшек еме алмайды, әрбір емген немесе су ішкен жағдайда құсу, сіреспе, летаргиялық немесе ес-түссіз (обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания);

8. Басқа (другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 1 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 1 месяца жизни врачом)

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ ___/_____ Жасы (возраст): _____. Дене қызуы (температура)_____
Салмағы (вес)_____гр Бойы (рост) ____ см ИМТ_____ Басының шеңбері (окружность головы) ____см
Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар (жалобы):</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА)
Тері (кожа): Кіндік (Пуповина)_____
Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____
Аңқа (зев) _____
Конъюктивалар (коньюктивы)_____
Үлкен еңбегі (большой родничок) _____
Тыныс алу органдары (органы дыхания)_____
Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____
ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____
Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____
Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____
Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____
бауыр (печень)_____ көкбауыр (селезенка) _____
Несеп шығару (мочеиспускание) _____
Нәжіс (стул) _____</td><td>ДИАГНОЗЫ:</td></tr>
<tr><td>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚ АҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)</td><td>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)</td></tr>
<tr><td>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____
- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)___
- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ___
- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) __
- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____
- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____)</td><td></td></tr>
</table>

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішссе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди . Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) __ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня)		

В гепатиті 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В гепатиті 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 1 айында _____мм БЦЖ-дан беріштің даму динамикасын бағалау (оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц____ мм) Және перифериялық лимфотүйіндерді (и периферических лимфоузлов) _____	Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки)_____ _____ Күні (дата)_____ _
Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері (доза) Ұзақтығы (длительность)
ПСИХОМОТОРЛЫҚ ДАМУ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ): До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМУ МАҚСАТЫНДА КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)	Қалмаған (Не отстает) _____ эпикриздік мерзімге қалып қойған Отстает на _____ эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық	

қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 оС артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38ғС); 8. Дене қызуы <35,5^{O}С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5^{O}С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	КҮТІМ КӨРСЕТУ

	ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)
БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)	ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)
Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи) - Ықтимал кереңдік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит)	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшекаптар, жатыр ішіндегі спираль - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, внутриматочная спираль – при наличии (далее - ВМС)	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 2 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 2 месяца жизни врачом)

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ ___/_____ Жасы (возраст): _____.
Дене қызуы (температура)_____
САЛМАҒЫ (ВЕС)_____гр. БОЙЫ (РОСТ) ____ см. ИМТ_____Басының шеңбері (Окружность головы) ____см
Бағандарды пайдаланумен, физикалық дамуын бағалаңыз (Оцените физическое развитие, используя графики):</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар (жалобы):</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА)
Тері (кожа): Кіндік (пуповина)_____
Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости)
Аңқа (Зев)
Конъюктивалар (коньюктивы)_____
Үлкен еңбегі (большой родничок)_____
Тыныс алу органдары (органы дыхания):_____
Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____
ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____
Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____
Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____
Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____
бауыр (печень)_____ көкбауыр (селезенка) _____
Несеп шығару (мочеиспускание) _____
Нәжіс (стул) _____</td><td>ДИАГНОЗЫ:</td></tr>
<tr><td>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚ АҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)</td><td>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)</td></tr>
<tr><td>- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____
- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)___
- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ___
- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) __
- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____
- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____</td><td></td></tr>
</table>

(и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____)		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішссе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) __ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз	

	(ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня) В 1- 0 В гепатиті БЦЖ АКДС 1 + hib 1 2 В гепатиті ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2		Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки)_____ Күні (дата)_____
Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Мөлшері (доза) Ұзақтығы (длительность)
ПСИХОҚОЗҒАЛЫС ДАМУЫ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ): До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)		Қалмаған (Не отстает) _____эпикриздік мерзімге қалып қойған Отстает на _____эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 оС артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы <35,5 ^{o}С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 ^{o}С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан		ПРОБЛЕМЫ УХОДА

іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	
БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)	ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)
Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи) - Ықтимал кереңдік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)	АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер (врач):

Дәрігердің 3 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка 3 месяцев жизни врачом

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра__________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар: /Жалобы:</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА
Терісі: /Кожа:
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы Аңқа
Слизистые ротовой полости Зев
Коньюктивалары /коньюктивы
Үлкен еңбек / Большой родничок_____
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____
Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____
Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____
Несеп шығару/Мочеиспускание _____
Нәжіс /Стул _____</td><td>ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ:</td></tr>
<tr><td>ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚ АҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ</td><td>ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ</td></tr>
</table>

- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет?___рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____Жоқ/Нет_____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ /_____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо	

	Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца_____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов		Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки_____ Күні/Дата_____
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?		Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы_____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____эпикризный срок ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям		

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 4 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка 4 месяцев жизни врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек / Большой родничок_____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ:/ДИАГНОЗ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет?___рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ /_____ раз в	

сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сорама)/ Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады - Аузында ойық жара немесе	

	ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца_____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов		Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки_____ Күні/Дата_____
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәрумені мен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?		Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы_____ эпикриздік мерзімге тежелген/ Отстает на _____эпикризный срок ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)		КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:		

Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 5. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной

инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 5 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.

ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек / Большой родничок_____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ ; Жүрек соғының ырғағы /Сердечный ритм _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІНІҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыру кезінде қиыншылықтар туындай ма? Иә _____ Жоқ_____ Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ - Бала емшек емеді ме? Иә _____ Жоқ_____ Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ - Еметін болса, 24 сағат ішінде қанша рет? _____ рет Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Түнде емшекпен емізесіз бе? Иә ____ Жоқ _____ - Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ - Бала басқа тамақты жейді ме немесе сұйықтықты ішеді ме ? Иә ____ Жоқ _____ Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ - Ішсе және жесе, неше рет? Тәулігіне қанша рет және тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: ____ бөтелке ___ _ шыныаяқ және қасық ____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой	

Нәрестенің жасы 1 айлықтан кем болса немесе тамақтандыру кезінде қиыншылықтар туындаса (емшекпен емізу қиындықтары бар; нәресте тәулігіне емшекті 8 реттен кем емсе, басқа да тамақты жесе немесе сұйықтықты ішсе; өзінің жасына салмағы төмен болса) Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/Не приложен совсем Толық салынбаған/Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца_____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов	Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки_____ Күні/Дата_____
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәрумені мен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____эпикризный срок ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/ судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:	

Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе . - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья);

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 6 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____

Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек / Большой родничок_____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/ Отстает на _____эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

_____

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу /Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/	

рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.)/При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарыны іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

- Басқа/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 7 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар:/Жалобы:</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА
Терісі: /Кожа:
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы Аңқа
Слизистые ротовой полости Зев
Коньюктивалары /коньюктивы
Үлкен еңбек / Большой родничок_____
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ ;
Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____
Несеп шығару /Мочеиспускание _____
Нәжіс /Стул _____</td><td>ДИАГНОЗ:
ДИАГНОЗ:</td></tr>
<tr><td>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ
Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?</td><td>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ</td></tr>
</table>

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/ Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет___	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қоректсіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты	

Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына

- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 8 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние	

периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек/Большой родничок_____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ /Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет	

_____Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау_____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным	

рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 9 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек/Большой родничок_____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ /Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және	

көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау_____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін

ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 10 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы _____ см. /Рост _____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____

Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек/Большой родничок_____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ /Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

_____

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание

Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау_____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған	

халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 11 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек/Большой родничок_____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка	

_____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ /Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____	

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау_____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ

Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,

питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 12 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 12 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/ Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка	

? _____ ____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____Жоқ/Нет___ _ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қоректсіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ _ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет _ ___ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/ сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/ Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для

	выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: азық-түліктік терімді кеңейту, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары/Прикорм: расширение продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік және моторикалық дамыту/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында тоқсан сайынғы тексеріп қарау/Ежеквартальный осмотр на приеме у врача

- Қанның жалпы талдауы, зәрдің жалпы талдауы, гельминттердің жұмыртқаларына нәжіс талдауы/Обший анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов

- Мамандардың консультациясы - хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог/Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог

Дәрігер/Врач

1 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ЛЕТ
(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
1 жыл 3 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 3 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы	

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы / Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/ печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет__ __ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? __ ____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да __ __ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./ Если Да, _____мл _____ раз в день	

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ___ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила	

ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/ Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация

специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

1 жыл 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 6 месяцев врачом

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя
графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар:/Жалобы:</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА
Терісі: /Кожа:
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы Аңқа
Слизистые ротовой полости Зев
Коньюктивалары /коньюктивы
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____
_____
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____
_____
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота
сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы / Сердечный
ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы
_____;
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/ печень
_____ көкбауыр/селезенка _____
Несеп шығару /Мочеиспускание _____
Нәжіс /Стул _____</td><td>ДИАГНОЗ:
ДИАГНОЗ:</td></tr>
<tr><td>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ
Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?
Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим
ребенком?</td><td>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для
РАЗВИТИЯ</td></tr>
<tr><td>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:
До=
Др=
Ра=
Рп=</td><td>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает
Дамуы
_____
эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает</td></tr>
</table>

Н= Э=	на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./ Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при	

кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін

ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/ Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

1 жыл 9 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 9 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:
Шағымдар:/Жалобы:
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы / Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/ печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет__ __ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? __ ____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да __ __ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./ Если Да, _____мл _____ раз в день	

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ___ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила	

ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/ Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация

специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 2 жастағы баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 2 лет врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы / Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/ печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает

Н= Э=	на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./ Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при	

кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін

ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/ Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

Дәрігер/Врач

2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
2 жас 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы / Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/ печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма?
/Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?
_____
_____
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание
Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет____
Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____
рет/_____ раз
Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____
Жоқ/Нет____

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық	

ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/ Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығның іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания)
- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери
- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция
- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у

врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 3 жастағы баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра__________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя
графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар:/Жалобы:</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА
Терісі: /Кожа:
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы Аңқа
Слизистые ротовой полости Зев
Коньюктивалары /коньюктивы
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____
_____
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____
_____
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) / частота
сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы / Сердечный
ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы
_____;
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/ печень
_____ көкбауыр/селезенка _____
Несеп шығару /Мочеиспускание _____
Нәжіс /Стул _____</td><td>ДИАГНОЗ:
ДИАГНОЗ:</td></tr>
<tr><td>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ
Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?
Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим
ребенком?</td><td>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для
РАЗВИТИЯ</td></tr>
<tr><td>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:
До=</td><td>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает
Дамуы
_____</td></tr>
</table>

Др= Ра= Рп= Н= Э=	эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма?/Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание 1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет___	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	_____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ДА ЖОҚ НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Ойынға қызығушылығы жоқ/Нет интереса к игре - Жиі құлайды/Часто падает - Кішкентай заттарды ұстауда қиындық туындайды/Трудности с манипулированием мелкими предметами - Жәй сұрақтарды түсіну қиындығы туындайды/Проблемы с пониманием простых обращений. - Қарапайым сөйлемдерді қалыптастыра алмайды/Неспособность формулировать простые предложения.	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных

- Тамаққа қызығушылығын жоқтығы немесе қызығушылығының аздығы/Отсутствие или незначительный интерес к еде.	признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания)

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

АУДАРМАЛЫ ЭПИКРИЗ _____

БАЛАНЫҢ АУРУЫ БОЙЫНША ЖАЗБАЛАР/ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/Вес (кг) _____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? _____

Қайта қаралу?/Повторный визит?_____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ
(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)
ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ	
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/ Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/ Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащеное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилялрлық температурасын өлшеңіз/ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилялрную температуру/ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички

САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____	
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ: Қашаннан бері?___ күн/ Как долго?___ дней Нәжісінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию кожной складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундқы дейін)/ Медленно (до 2 секунд)?
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?	
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС	
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/ Да __ Жоқ/Нет __ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?___ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий _____ Төмен Не низкий емес____

жидкость? Иә/Да __ Жоқ/Нет _ __ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто?__ __ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди . Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/ Да ___ Жоқ/Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху , а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.
НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки__ _____ Күні/Дата_____

БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____Жасы/Возраст _____Салмағы (кг)/Вес (кг)_____ Температурасы/Температура_____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит?___Қайта қаралу?/Повторный визит?_____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ
(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)
ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ	
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/ Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ,СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ,ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащеное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилялрлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилялрную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички

САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____		
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ_____ ЖОҚ _____ ДА_____ НЕТ _____	
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/ Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері?___күн /Как долго?___дней - Нәжісінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/ Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/ Проверьте реакцию кожной складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жоқ/ Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?___ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жоқ/Нет__ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА,	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/ Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий_____ Төмен Не низкий емес____	

как часто?____ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)_____	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет __ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ_____ Гепатит В2_____ АКДС 1_____ НІВ 1_____ АПВ 1		Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки_____ _____ Күні/Дата_____
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:		

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит_____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ_____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____Жасы/Возраст _____Салмағы (кг)/Вес (кг)_____ Температурасы/Температура_____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит?___Қайта қаралу?/

Повторный визит?_____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ
(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)
ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ,ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащеное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилялрлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилялрную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при	

	стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/ Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички	
САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____		
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/ Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ_____ ЖОҚ _____ ДА_____ НЕТ _____	
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері?___ күн/Как долго?___ дней - Нәжісінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/ Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/ Проверьте реакцию кожной складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок		

кормится грудью? Иә /Да__ Жоқ/Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?___ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жоқ/Нет__ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто?____ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/ Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий____ Төмен Не низкий емес____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)_____	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә /Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно / Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
		Келесі егу үшін қаралу

НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ_____ Гепатит В2_____ АКДС 1 _____ НІВ 1_____ АПВ 1	/Визит для следующей прививки___ _____ Күні/Дата_____
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит_____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ_____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/
Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Тексеріп қарау күні _______20__ /Дата осмотра _______20__ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес_____ Температурасы/Температура_____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный __ Шағымдар/Жалобы:	Қауіптің жалпы белгілері / Общие признаки опасности : Иә___Жоқ_____ Да____Нет____
Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4.Летаргия немесе есінен танған халінде ме? Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да___Нет___ Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны____ Жиі демалу Как долго?_____Число дыханий в минуту____Учащенное дыхание Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидттық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз) Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Баланың іші өтеді ме? Иә___Жоқ____ Есть ли у ребенка диарея? Да___Нет____ Қашаннан бері____Нәжісінде қан бар ма _____ Как долго____Есть ли кровь встуле_____ Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржған ба Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да___Нет___ Қашаннан бері?_____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба?____ соңғы 3 ай	

ішінде қызылшамен ауырды ма ___ Как долго?_____Если более 5 дней. Каждый день?____ Болел ли корью последние 3месяца___ Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
Баланың құлағы ауыра ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___ Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Құлағының арты ісіп кеткен бе Есть болезненное припухание за ухом	
Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ___Жоқ ___ Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___ Нет___ Тамағында ақ өңез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы	
Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен___төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ____ Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп____	
Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените питание (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә___жоқ___емсе, тәулігіне қанша рет ____Түнде тамақтандырасыз ба. Иә____Жоқ ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә___ Жоқ___ Ішсе немес жесе, қандай тамақты және сұйықтықты _____ _____ _____ _____ Кормится ли грудью да___нет___Если да. то сколько раз за сутки____ Кормите ли ночью. Да____Нет___ Получает ли другую пищу или жидкость Да___ Нет___ Если Да, то какую пищу и жидкости_____ _____ _____ Күніне қанша рет_____Емізу кезінде нені пайдаланады _____ Бір тамақтану өлшемінің көлемі _____ Белсенді емізу Иә _____ Жоқ___ __ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә____Жоқ____ Өзгерсе, қалай ___	Тамақтану мәселелері /

_____ Сколько раз в день_____Чем пользуются при кормлении_____ Объем одной порции_____ Активное кормление Да _____ Нет____ Изменилось ли кормление во время болезни Да____Нет____ Если да, то как ___	Проблемы питания
Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа_____ _____ орналасу жері_____ _____ қышитын қышымайтын; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая__ _____ локализация_____ Зудящая Не зудящая; Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы_____ _____ Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое_____ _____ Қайда_____Көздің конъюнктивасы: гиперемирияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъецирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____ Где_____Конъюнктива глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные Носовое дыхание затруднено, выделения _____ Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: _____ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар_____ ЖСЖ _____ _____ Мойын тамырларының соғуы. Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум_____ ЧСС _____ Пульсация вен шеи. Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы_____ Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое_____ __ Бауыр көлемі: _____ Печень размеры: _____ Көкбауыр: көлемі _____ см. Селезенка: размеры _____см. Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі _____см. Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры__ _____см. Бассүйек-ми нервілері жағынан _____ Изменения со стороны черепно-мозговых нервов_____ Шала салдану, салдану _____ Парезы, параличи _____ Перифириялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры)__ _____ Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)_____ Дизуриялық көрініс:_____	

Дизурические явления:_____ Басқалары_____ Другое_____	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит_____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ_____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/
Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

<table>
<tr><td>Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра ________20__
Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес_____ Температурасы/Температура_____
Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный __
Шағымдар/Жалобы:</td><td rowspan="2">Қауіптің жалпы белгілері /
Общие признаки опасности :
Иә___Жоқ_ ___
Да____Нет ____</td></tr>
<tr><td>Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2.Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3.Сіңірі талтылады ма? 4.Летаргия немесе есінен танған халінде ме?
Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2.Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3.Были ли судороги? 4 .Летаргичен или без сознания?</td></tr>
<tr><td>Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә___Жоқ___
Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да___Нет___
Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны____ Жиі демалу
Как долго?_____Число дыханий в минуту____Учащенное дыхание
Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидттық па па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін
бағалаңыз)
Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное
дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла</td><td></td></tr>
<tr><td>Баланың іші өтеді ме? Иә___Жоқ____
Есть ли у ребенка диарея? Да___Нет____
Қашаннан бері____Нәжісінде қан бар ма _____
Как долго____Есть ли кровь встуле_____
Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба
Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим
Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді
Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо
Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.),
Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),</td><td></td></tr>
<tr><td>Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә___Жоқ___
Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да___Нет___
Қашаннан бері?_____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба?____ соңғы 3 ай ішінде қызылшамен
ауырды ма ___
Как долго?_____Если более 5 дней. Каждый день?____ Болел ли корью</td><td></td></tr>
</table>

последние 3месяца___ Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель , насморк, покраснение глаз Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
Баланың құлағы ауыра ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___ Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Құлағының арты ісіп кеткен бе Есть болезненное припухание за ухом	
Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ___Жоқ ___ Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___ Нет___ Тамағында ақ өңез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы	
Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен___төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ____ Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп____	
Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените питание (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә___жоқ___емсе, тәулігіне қанша рет ____Түнде тамақтандырасыз ба. Иә____Жоқ ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә___ Жоқ___ Ішсе немес жесе, қандай тамақты және сұйықтықты _____ _____ _____ Кормится ли грудью да___нет___Если да. то сколько раз за сутки____ Кормите ли ночью. Да____Нет___ Получает ли другую пищу или жидкость Да___ Нет___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____ _____ _____ Күніне қанша рет_____Емізу кезінде нені пайдаланады _____ Бір тамақтану өлшемінің көлемі _____ Белсенді емізу Иә _____ Жоқ___ __ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә____Жоқ____ Өзгерсе, қалай ___ _____ Сколько раз в день_____Чем пользуются при кормлении_____ Объем одной порции_____ Активное кормление Да _____ Нет_____	Тамақтану мәселелері /

Изменилось ли кормление во время болезни. Да____Нет____ Если да, то как _____	Проблемы питания
Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа _____ _____ орналасу жері _____ _____ қышитын қышымайтын; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____ _____ локализация _____ _____ _____ Зудящая Не зудящая; Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы _____ _____ Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ _____ Қайда _____Көздің конъюнктивасы: гиперемирияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъецирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____ Где _____Конъюнктива глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____ Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: _____ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар _____ ЖСЖ ___ _____ Мойын тамырларының соғуы. Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____ Пульсация вен шеи. Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы _____ _ Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____ ___ Бауыр көлемі: _____ Печень размеры: _____ Көкбауыр: көлемі _____ см. Селезенка: размеры _____см. Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі _____см. Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _ _____см. Бассүйек-ми нервілері жағынан өзгерістер _____ Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____ Шала салдану, салдану _____ Парезы, параличи _____ Перифириялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) _ _____ Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____ Дизуриялық көрініс: _____ Дизурические явления: _____ Басқалары _____ Другое _____	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит_____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ_____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелерін жапсыру үшін
Для подклеивания результатов клинико-лабораторных обследований

Стационарлар көшірмелерін жапсыру үшін
Для подклеивания выписок из стационара

Форма

А4 форматы КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат А4 Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 026-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
(балалар үйі үшін) (ұл бала)
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА
(для детского дома) (мальчик)

Қан тобы

Группа крови _____

Резус тиістілігі

Резус принадлежность _____

1. Тегі Аты Әкесінің аты

(фамилия)_____(имя)_____(отчество)_____

2. Туған күні айы жылы

(дата рождения): число _____ месяц _____ год _____

3. Туылған жері

(место рождения) _____

4. Ұлты 5. Әлеуметтік жағдайы

(национальность)_____ (статус)

6. Түскен мерзімі: күні _____ айы _____ жылы ____ сағ _____

(дата поступления): (число) (месяц) (год) (время)

7. Кеткен мерзімі күні _____ айы _____ жылы _____ сағ _____

(дата выбытия): число месяц год время

8. Қайда ауысты

(адрес выбытия): _____

9. Қанша төсек-күн болды

(проведено койко-дней): _____

10. Жіберген мекеменің диагнозы (диагноз направившего учреждения):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

11. Қандай диагнозбен түсті (диагноз при поступлении): _____

_____

_____

_____

_____

_____

12. Қорытынды диагноз (диагноз заключительный):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Отбасы туралы мәліметтер
(Сведения о семье)

Ата-аналар және басқа балалар (родители и другие дети) Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)	Туған жылы (дата рождения)	Жұмыс орны, лауазымы, телефоны (бала ұйымы) (где и кем работает, телефон (детские организации)	Асқынған аурулардың бар-жоғы (наличие запущенных заболевании)
Ана (мать)			
Әке (отец)			
Басқа балалар (другие дети)			

Баланың төлқұжаты туралы анықтама
(справка о паспорте ребенка)

Түскен кезіндегі құжаттар (документы при поступлении)
Туу туралы куәлік (свидетельство о рождении)
Бас тарту өтініші (заявление об отказе)
Баланы тастап кету актісі (акт о подкидыше)
№ 4 нысан (форма № 4)
Қаулы (постановление)
Қолдау хат (ходатайство)

Зертханалық зерттеулер:

(лабораторные исследования):

1. RW_____

2. ВИЧ_____

3. HBSAg и AntiHCV_____

Баланың ауырған аурулары туралы мәлімет
(сведения о перенесенных заболеваниях ребенка):

Ушыққан инфекциялық аурулар (острые инфекционные заболевания)	Ауырған күні (дата заболевания)	Созылмалы аурулар. (хронические заболевания)	Ауырған күні (дата заболевания)
Қызылша (корь)		Туберкулез	
Қызамық (краснуха)		Мерез (сифилис)	
Күл ауруы (дифтерия)		Вирустық гепатиттер (вирусные гепатиты)	
Жел шешек (ветряная оспа)			
Жәншау (скарлатина)			

Туған кездегі салмағы (вес при поступлении) _____

Туған кездегі бойы (рост при поступлении) _____

ДСИ (ИМТ) _____

Бастың шеңбері (окружность головы) _____

Денесінің дамуын бағалау (оценка физического развития):

Жалпы мәлімет
Общие сведения

1. Гинекологиялық анамнез (гинекологический анамнез) _____

_____

_____
_____
_____

2. Әлеуметтік анамнез (социальный анамнез)

Шешесі (мать) _____ Әкесі (отец) _____

Тұрмыстық жағдайы (бытовые условия) _____

Материалдық қамтамасыз ету (материальное обеспечение) _____

3. Акушериялық анамнез (акушерский анамнез) _____

_____
_____

Нәресте мезгілінде туылды (шала туылды) (ребенок родился доношенным (недоношенным))_____
_____

Босану ағымы қалыпты (қалыпсыз) (течение родов правильное (неправильное))_____
_____

Операция қолданылды (применение операционного вмешательства) _____

Жансыздандырылды иә, жоқ (обезволивание да, нет) _____

Туылған кезіндегі салмағы (вес при рождении) _____

Ұзындығы (длина) _____

Бастың көлемі (окружность головы) _____

Кеуде шеңбері (окружность грудной клетки) _____

Алмасу картасын жабыстыруға арналған орын
(место для приклеивания обменной карты)

Диспансерлік бақылау парағы
(лист диспансерного наблюдения)

Диагнозы	Тіркеуге алынған күні (дата взятия на учет)	Тіркеуден шыққан күні (дата выписки с учета)	Қосымша тіркеулер (дополнительные учеты)

Баланың топтар бойынша қозғалысы
(движения ребенка по группам)

Күні (дата)	Топ (группа)

Емдеуде қолданылатын антибиотиктерді есепке алу
(учет антибиотиков, применяемых при лечении)

Тағайындау күні (дата назначения)	Антибиотиктердің атауы (наименование антибиотиков)	Курстың ұзақтылығы (продолжительность курса)	Антибиотиктерді қабылдаудың кері әсері (реакция на применение антибиотиков)

Емдеуге жатқызу туралы мәліметтер
(сведения о госпитализации)

№	Жасы (возраст)	Стационардың атауы (наименование стационара)	Емдеуге жатқызу күні (дата госпитализации)	Емдеуге жатқызу күнінің саны (число дней госпитализации)	Жіберу кезіндегі диагноз (диагноз при направлении)	Қорытынды диагноз (заключи-тельный диагноз)

Рентгент зерттеулерін есепке алу
(учет рентгенологических исследований)

Зерттеу күні (дата исследования)	Баланың жасы (возраст ребенка)	Зерттеу сипаты (характер обследования)	Зерттеу саласы (область обследования)

Мешелді спецификалық профилактикалауды есепке алу парағы
(лист учета специфической профилактики рахита)

Күні (дата)	"Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д")	Күні (дата)	"Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д")	УКС УФО		
				Күні (дата)	Арасы (расстояние)	Ұзақтығы (длительность)

Антропометриялық деректер
(антропометрические данные)

Күні (дата)	Жасы (возраст)	Массасы (масса)	Бойы (рост)	Басының шеңбері (окруж-ность головы)	Кеудесінің шеңбері (окруж-ность грудной клетки)	Тіс саны (кол-во зубов)	Физикалық дамуын бағалау (оценка физич.развития)	Психикалық-тірек дамуын бағалау (оценка психо-мотор-ного развития)

Балалар үйіне түсу кезіндегі алғашқы тексеріп-қарау:
(первичный осмотр при поступлении в Дом ребенка)
Тексеріп-қарау міндеттері
(задачи осмотра)

1. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)

2. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие)

3. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков развития)

4. Қалыпты бейімделу бойынша ұсыныстар беру (дать рекомендации по нормальной адаптации)

Тексеріп-қаралу күні (дата осмотра) 20__ ___/_____ Жасы (возраст): _____ Дене қызуы (температура)_____ Туғандағы дене салмағы (при рождении Вес): _____ кг Бойы (рост): _____см ИМТ_____ басының шеңбері (окружность головы)_____см Графиктерді пайдаланып физикалық дамуын бағалыңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Анасының шағымы (жалобы матери):	
Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2.Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7. Дене қызуының 38^0С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38^0С); 8. Дене қызуы <35,5^0С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5^0С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі (бала өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейінгі), білінетін бозару (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или	

после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	Иә (да) _____ Жоқ (нет) ____
СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое) …	Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) _____ _ Жоқ (нет)____

Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлекстің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлекстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; Автоматтандырылған жүру (автоматической походки)

Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): _____ (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)

Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая)

Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____конъюнктивалар (конъюнктивы) _____

Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус)_____-_____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")

Көзге көрінетіе туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) _____ _____ _____

Сүйек жүйесі (костная система) _____

Бас пішіні (форма головы) _____ жігі (швы) _____

Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок) ____

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____

Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса)____ _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) (в норме симметрично с

двух сторон)
Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____бауыр (печень)_____ _____ көкбауыр (селезенка) _____
Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности)_____
Кіндік (пуповина)_____ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)
Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);
Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)___ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ___ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) __ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____)	

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішссе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если	

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая		

	часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) __ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?)		Даму проблемалары

- Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)	(проблемы развития)
Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца): Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня): 1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ_____	Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки)_____ _____ Мерзімі (дата)_ _____
Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка) Жайдың гигиенасы (гигиена помещения_____ __ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22°C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22°C) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____	Күту проблемалары (проблемы ухода)
Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери): 1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):	Проблемалар (проблемы)
2.Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите): 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины)	Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии): 1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней) 3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок

6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность) 8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к сексу 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)	будет в центре внимания) 4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) 5. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться) 7. жақсы тамақтану (хорошо питаться) 8. өзіне күтім жасау (заботиться о себе) 9. күнделік жүргізу (вести дневник) егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)

- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)

- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости)

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери)

- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)

- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (т ребования к помещению и предметам ухода за новорожденным)

- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

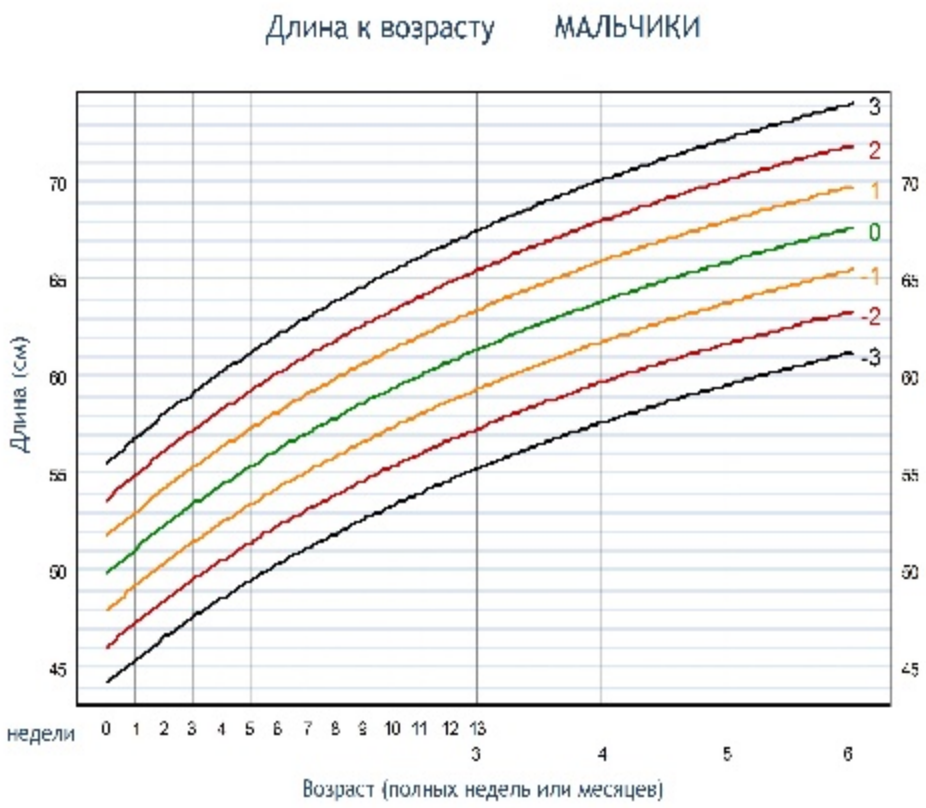
- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны)

- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).

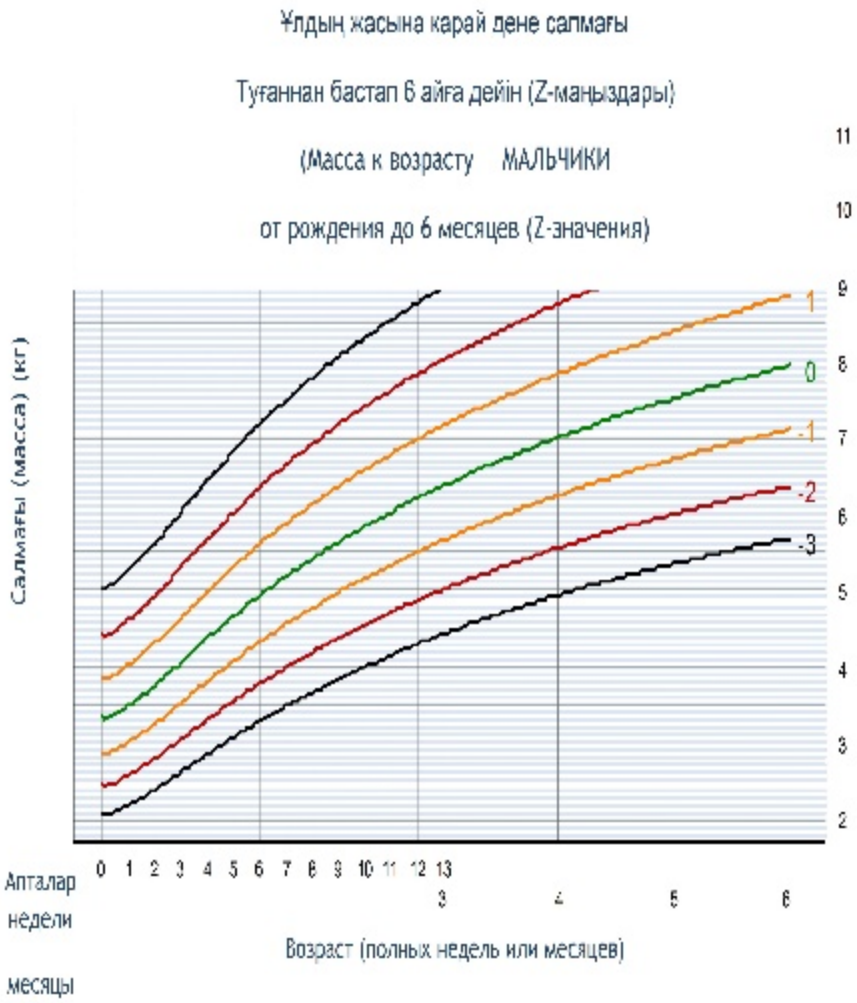
- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

Дәрігер (врач):

Ұлдың жасына қарай бойының ұзындығы
(туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңызы)



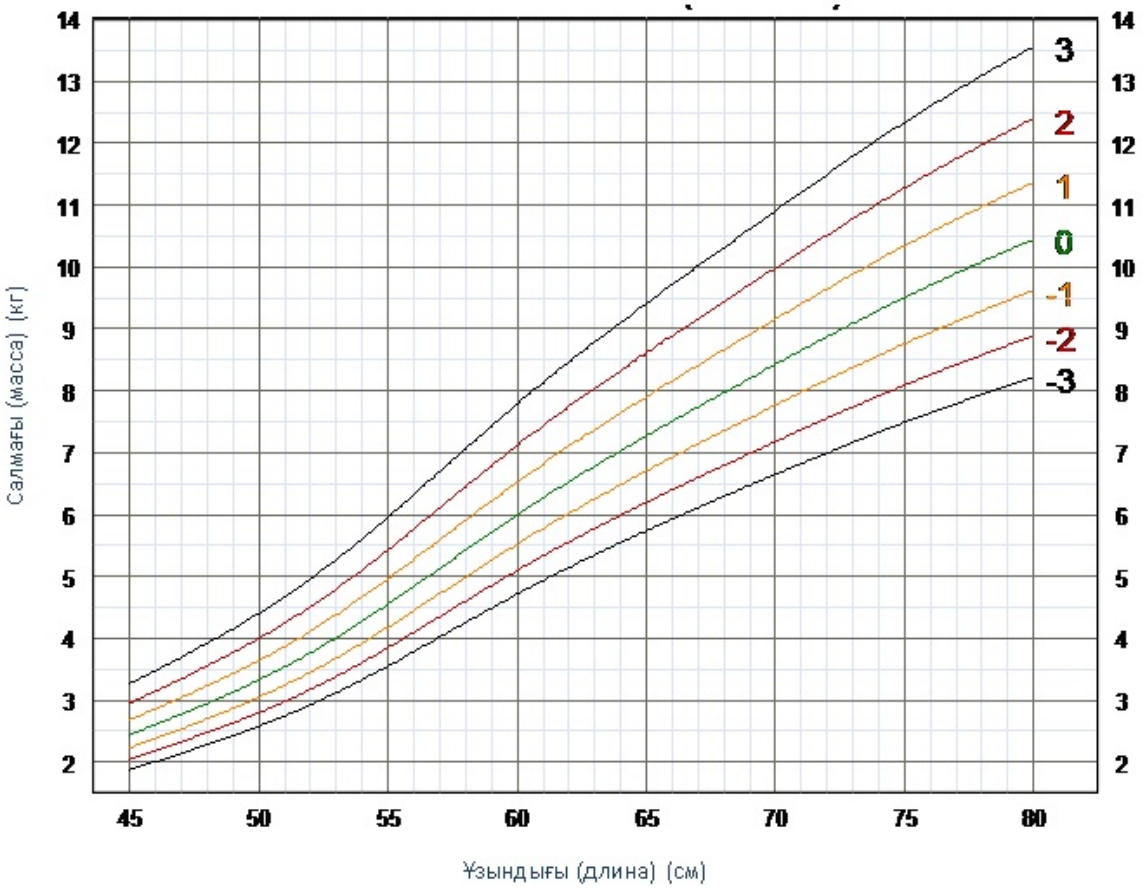
Ұлдың бойының ұзындығына салмағы
туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)

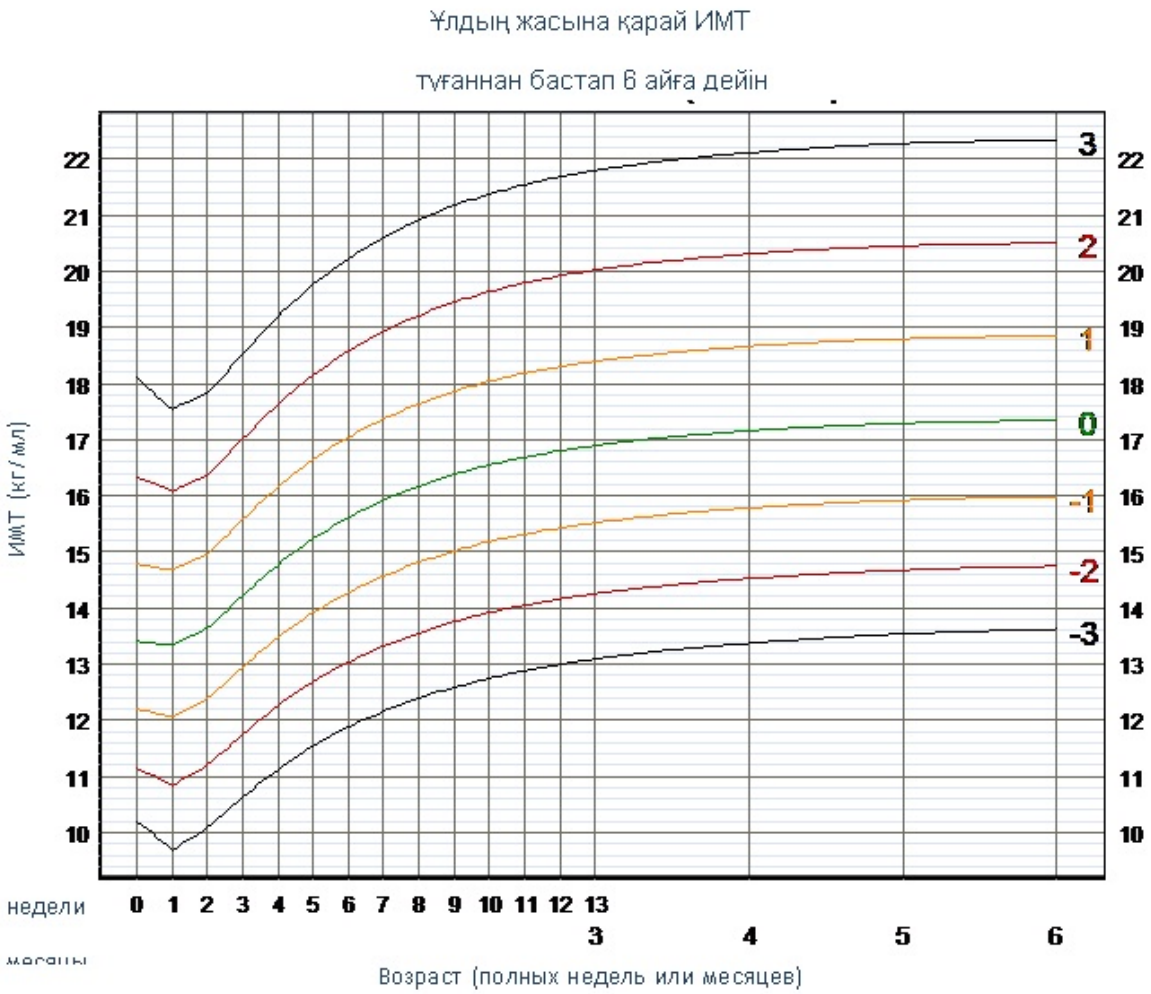


Ұлдың бойының ұзындығына салмағы
туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)

Масса к длине МАЛЬЧИКИ

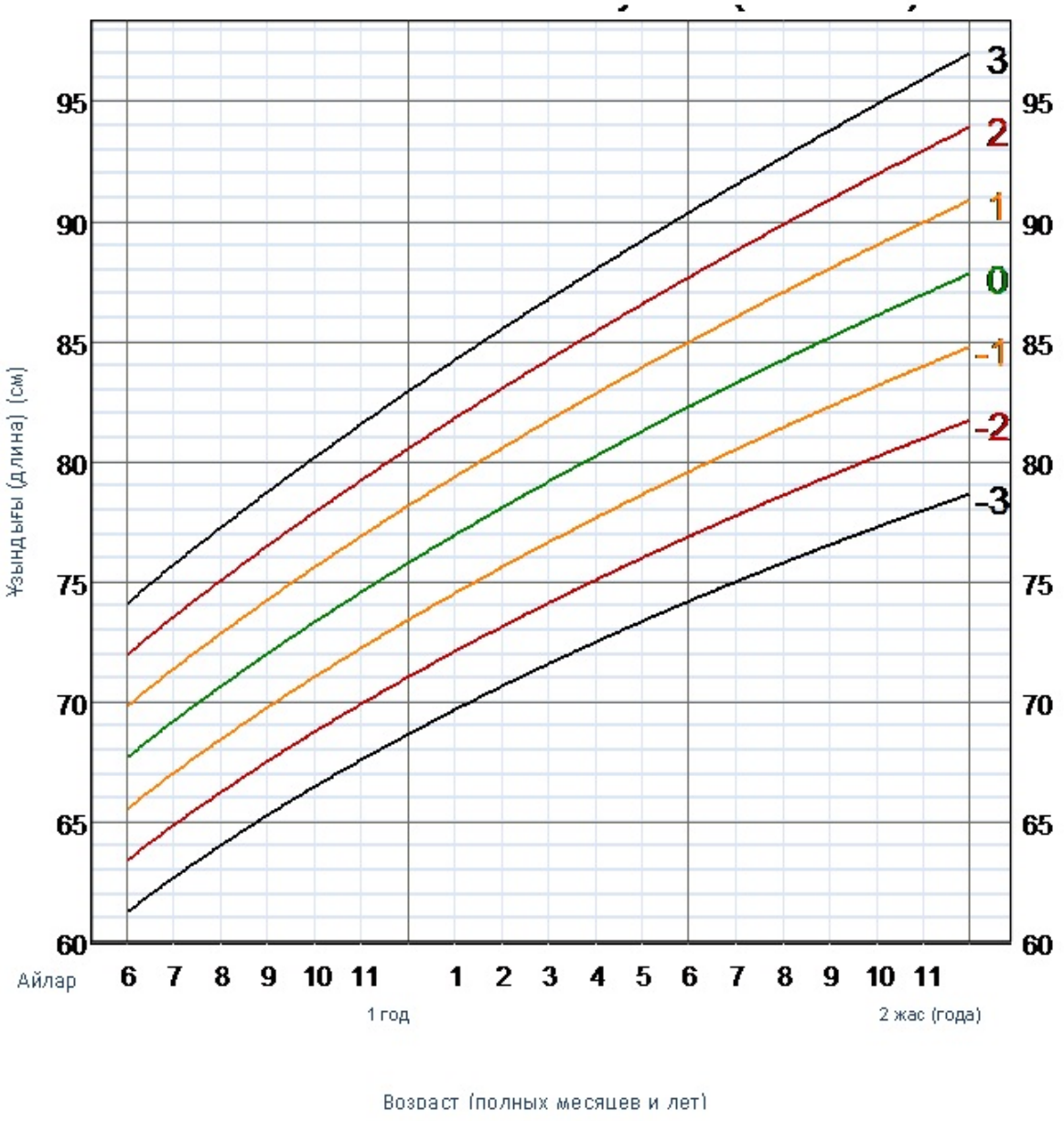
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)





Қыз баланың жасына сәйкес бойының ұзындығы

6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздары)

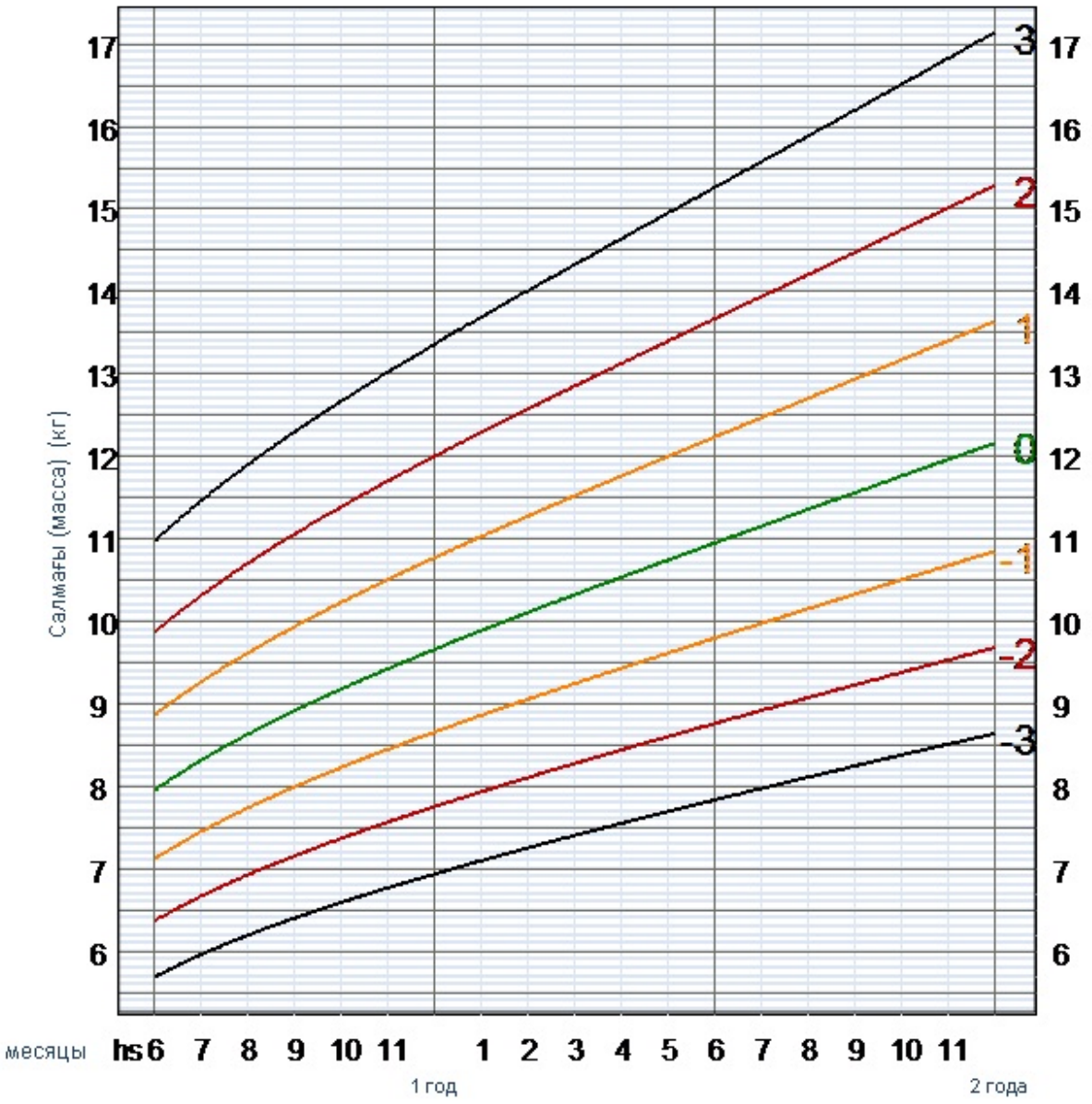


жас

Жасы (толық айы мен жасы)

Ұлдың жасына сәйкес дене салмағы

6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздар)



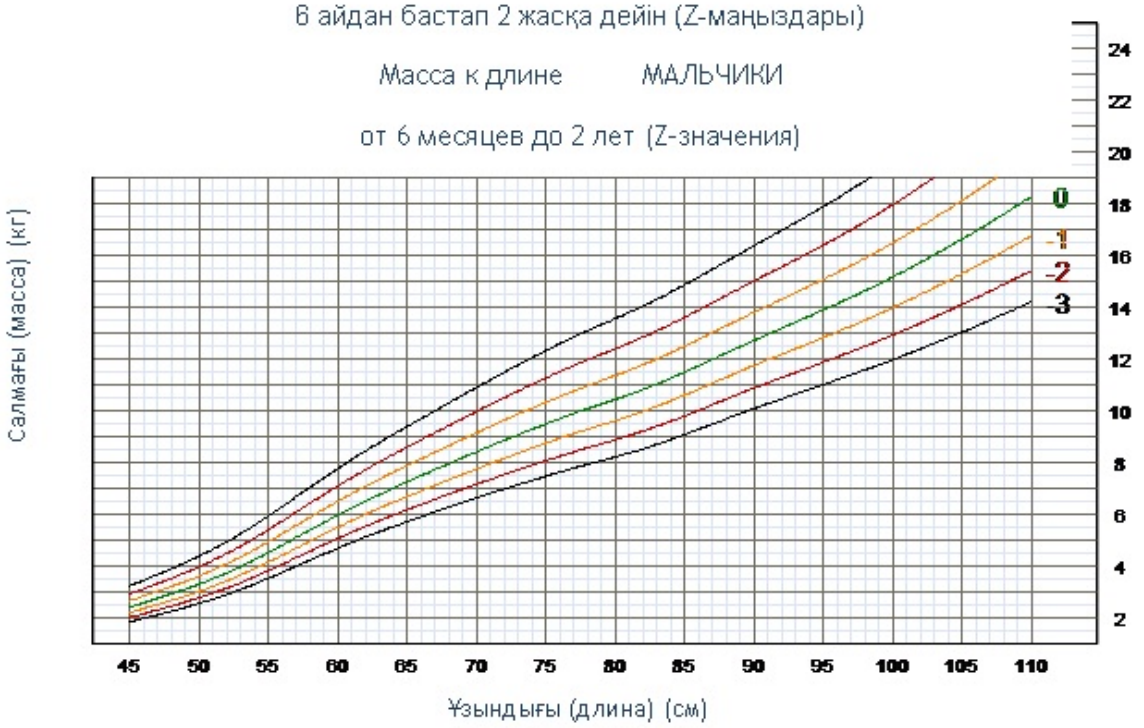
Возраст (полных месяцев и лет)

Ұл баланың бойының ұзындығына сәйкес дене салмағы

6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздары)

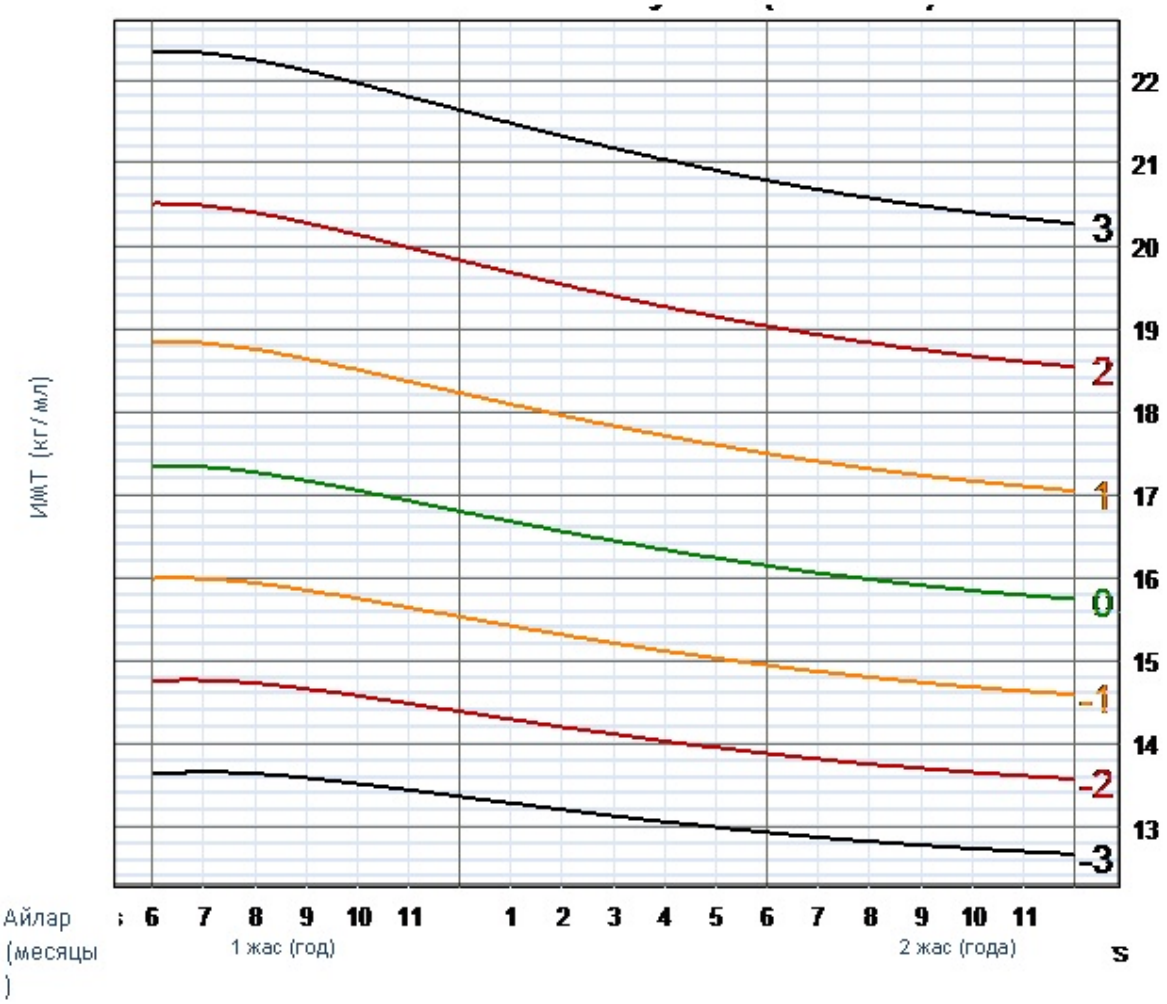
Масса к длине МАЛЬЧИКИ

от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)



Ұл баланың жасына сәйкес ИМТ

6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздар)

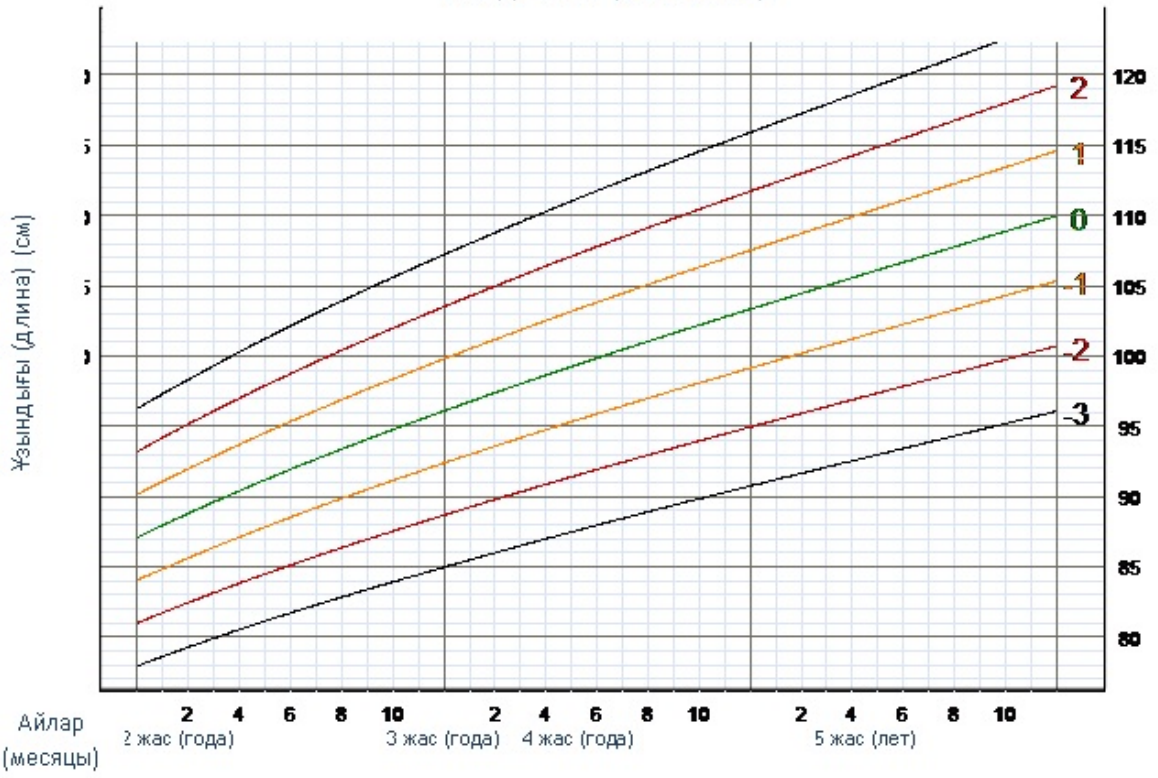


Ұл баланың жасына бойының ұзындығы

2 жастан бастап 7 жасқа дейін (Z-маңыздары)

Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ

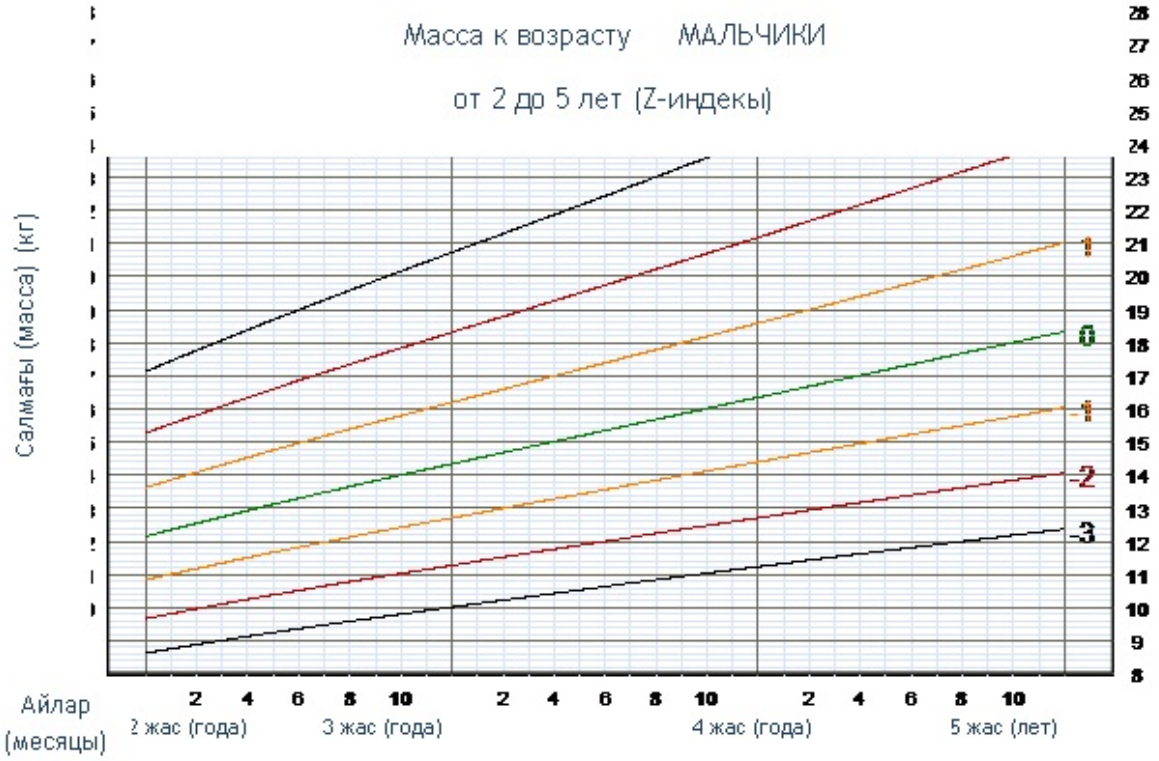
от 2 до 5 лет (Z-значения)



Жасы () толық айы мен жылы) (Возраст (полных месяцев и лет)

Ұл баланың жасына дене салмағы

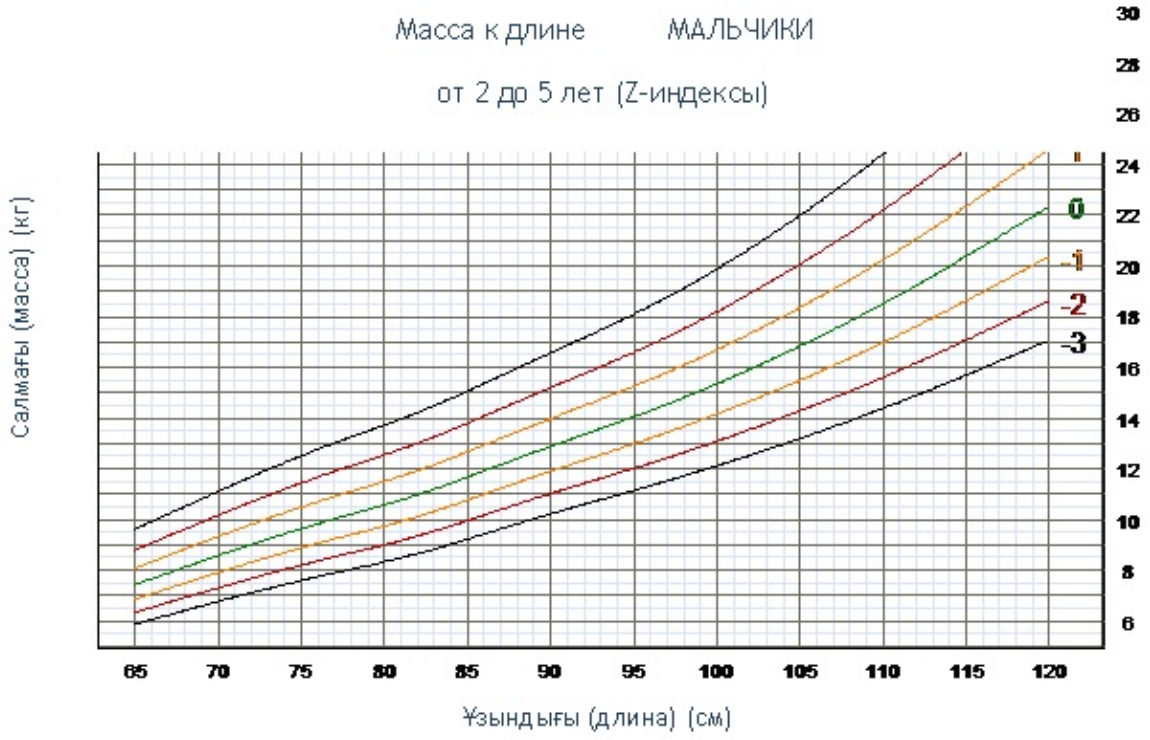
2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)

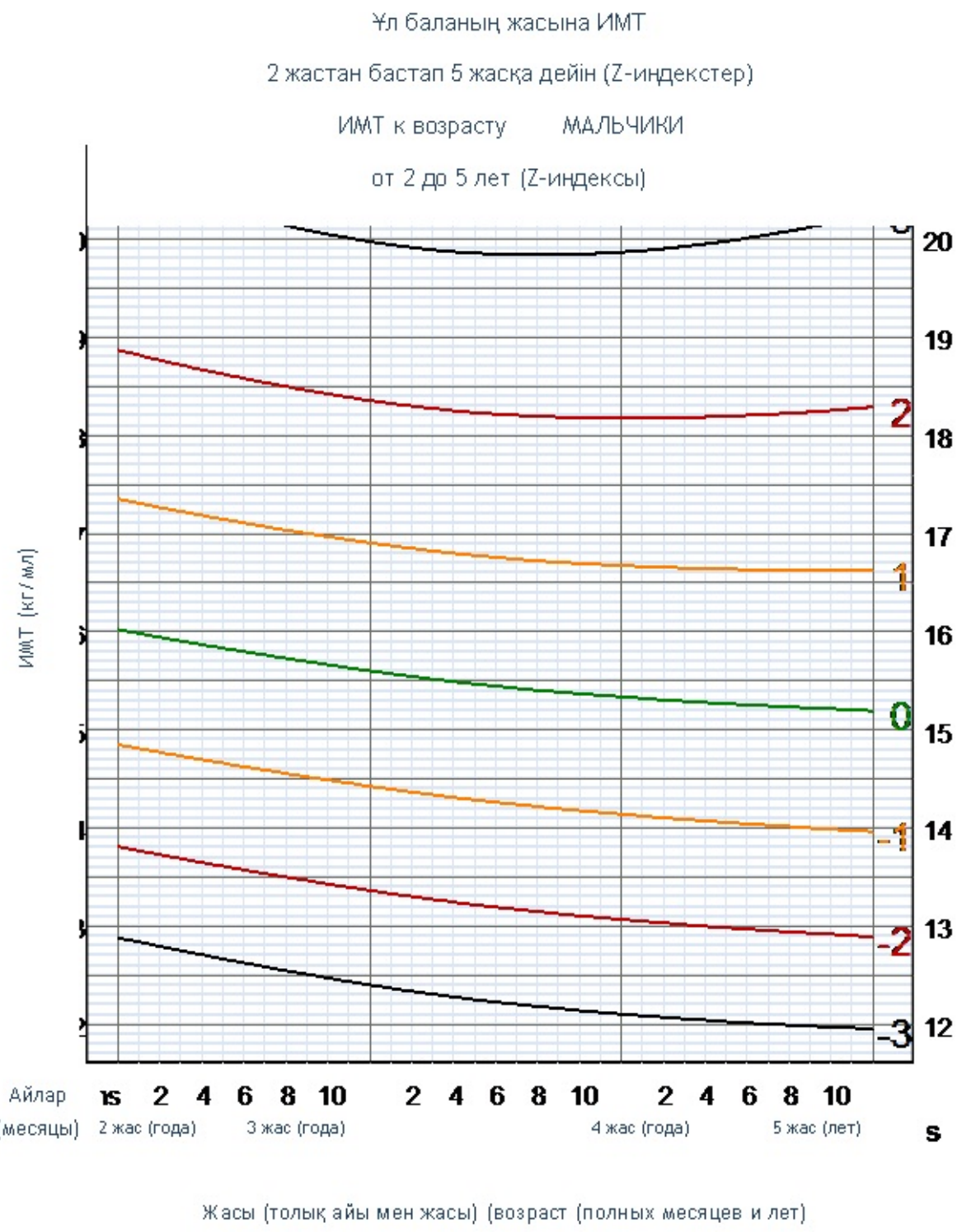


Жасы (толық айы мен жылы) (возраст (полных месяцев и лет)

Ұл баланың бойының ұзындығына сәйкес дене салмағы

2 жастан бастап 5 жасқа дейін (Z-индекстер)





Профилактикалық екпелерді есепке алу картасы
(карта учета профилактических прививок)
Жоспарлы вакцинация
(плановая вакцинация)

	Вакцинация немесе							Реакция

Қарсы екпе (прививка против):	ревакцинация және неше реет егілді (Вакцинация или ревакцинация и кратность введения)		Мерзімі (дата)	Жасы (возраст)	Мөлшері (доза)	Сериясы (Серия)	Енгізу тәсілі (спо-соб введе-ния)	Өніруші мемлекет (страна - произ-водитель)	Жер-гі-лікті (мест-ная)	Жал-пы (об-щая)
Туберкулезге (туберкулеза)	Вакцинация									
	Қорытынды 1 ай (результат 1 мес)									
	Қорытынды 3 ай (результат 3 мес)									
	Қорытынды 6 ай (результат 6 мес)									
	Қорытынды 1 жыл (результат 1 год)									
	1 ревакцинация									
В вирустық гепатитке (Вирусного гепатита В)	Вакцинация	1								
		2								
		3								
Полиомиелитке (Полиомиелита)	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Күлге, көкжөтелге, сіреспеге (дифтерии, коклюша, столбняка)	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Гемофилиялық инфекцияға (гемофильной инфекции)	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Қызылшаға, паротитке,	Вакцинация									

қызамыққа (кори, паротита, краснухи	Ревакцинация									
А вирустық гепатитке (Вирусного гепатита А)	Вакцинация	1								
		2								
Күлге, сіреспеге (дифтерии, столбняка)	1 ревакцинация									
	2 ревакцинация									
	3 ревакцинация									

Жоспардан тыс егу және қайтадан енгізілген екпелер (внеплановая вакцинация и вновь введенные вакцины)

Қарсы екпе (прививка против):	Вакцинация немесе (или) ревакцина-ция	мерзімі (дата)	Жас (возраст)	Мөл-шері (доза)	Сериясы (серия)	Енгізу тәсілі (способ введе-ния)	Өндіруші мемлекет (страна – произво - дитель)	Реакция	
								Жергілікті (местная)	Жалпы (общая)

МАНТУ РЕАКЦИЯСЫ (РЕАКЦИЯ МАНТУ):

Манту реакциясы (реакция Манту):	Күні (дата)	Жасы (возраст)	Мөлшері (доза)	Туберкулин сериясы (Серия туберкулина)	Өндіруші мемлекет (страна-произ - водитель)	Инфильтрат көлемі (размер инфиль-трата)	Нәтиже (результат)	Фтизиатрдың қорытындысы (Заключение фтизиатра)

Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы
(лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов)

Шағымдану мерзімі (күні, айы, жылы) (дата (число, месяц, год) обращения	Жасы (возраст)	Бірінші рет қойылған қорытынды (нақтыланған) диагноздарды "+" белгісімен белгілеу (заключительные (уточненные) диагнозы, впервые установленные, отметить знаком "+")	+ –	Дәрігердің қолы (тегін түсінікті етіп жазу) (подпись врача (фамилия разборчиво)	Емдеуге жатқызу туралы белгі (стационардың атауы, күні) "бастап - дейін " Отметка о госпитализации (название стационара, дата) "(с) (по)"

Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы
(Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов)

Шағымдану мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения	Жасы (возраст)	Бірінші рет қойылған қорытынды (нақтыланған) диагноздарды "+" белгісімен белгілеу Заключительные (уточненные) диагнозы, впервые установленные, отметить знаком "+"	+ –	Дәрігердің қолы (тегін толық жазу) (подпись врача (фамилия разборчиво)	Емдеуге жатқызу туралы белгі (стационардың атауы, күні) "бастап - дейін" (отметка о госпитализации (название стационара, дата) "(с) (по)"

Нәрестені бірінші рет тексеріп-қарау

(первичный осмотр новорожденного):

Нәрестені тексеріп-қарау міндеттері

(задачи осмотра новорожденного):

1. Туғаннан кейін қалыпты бейімделуіне көз жеткізу

(удостовериться в нормальной адаптации после рождения)

2. Қатерлі белгілердің болуын тексеру

(проверить на наличие опасных симптомов)

3. Бойы мен дамуын бағалау

(оценить рост и развитие)

4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру

(проверить, нет ли врожденных пороков развития)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ ___/_____ Жасы (возраст): _____. Дене қызуы (температура)_____

Туғандағы (при рождении): Салмағы (вес): _____ кг Бойы (рост) _____ см ИМТ_____ Басының шеңбері (окружность головы)_____ см Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Шағымдар (жалобы):	
Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3 Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7. Дене қызуының 38^0С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38^0С); 8. Дене қызуы <35,5^0С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5^0С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозаруы (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	Иә (да) _____ Жоқ (нет) ____
СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое) …	Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) _____ _ Жоқ (нет)____
Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлекстің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлекстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; Автоматтандырылған жүру (автоматической походки) Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): _____ (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы) Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая) Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____конъюнктивалар (конъюнктивы) _____ Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус)_____-_____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы	

бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза") Көзге көрінетін туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) _____ _____ Сүйек жүйесі (костная система) _____ Бас пішіні (форма головы) _____ жігі (швы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок)__ _____ Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы) Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин) ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса)____ _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) (в норме симметрично с двух сторон) Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____бауыр (печень)_____ _____ көкбауыр (селезенка) _____ Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности)_____ Кіндік (пуповина)_____ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте) Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании); Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)	
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)___ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ___ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) __ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____	

_, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____)		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішссе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания , посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ	

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	(нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес , үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху , а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) __ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем		

	ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)		Даму проблемалары (проблемы развития)
Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца): Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня): 1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ_____		Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки)_____ _____ Мерзімі (дата)_ _____
Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кроватки, предметов ухода, одежда ребенка) Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22 ^{O}C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 ^{O}C) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____		Күтім жасау проблемалары (проблемы ухода)
Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери): 1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):		Проблемалар (проблемы)
		Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии): 1. барлық жұмысты тастап балаға күтім

2.Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите): 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины) 6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность) 8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к секс 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)	жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней) 3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) 5. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться) 7. жақсы тамақтану (хорошо питаться) 8.өзіне күтім жасау (заботиться о себе) 9. күнделік жүргізу (вести дневник) егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры

	не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)

- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)

- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости)

- Ананың құнарлы тамақтануы (оптимальное питание матери)

- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)

- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (т ребования к помещению и предметам ухода за новорожденным)

- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны)

- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

Дәрігер (врач):

Дәрігердің тексеріп-қарауы (15-ші күн)
(Осмотр врачом (15-й день)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ ___/_____ Жасы (возраст): _____. Дене қызуы (температура)_____

Шағымдар (жалобы):	
Қауіп себептерін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 ^{o}С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы <35,5 ^{0}С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 ^{o}С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____
Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) _____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) коньюктивалар (коньюктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____; Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____бауыр (печень)_____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____ _____	ДИАГНОЗЫ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)___ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ___ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) __ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз	

в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____)		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішссе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) __ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)		Даму проблемалары (проблемы развития)
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):		КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)
Балаға қатыгез мінез көрсету белгілері (признаки жестокого обращения с ребенком): физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.		Иә (да) Жоқ (нет)

Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіп белілері (тревожные признаки, требующие специализированной помощи): Есту бойынша (по слуху) Көру бойынша (по зрению)	Проблемалар (проблемы)
АНАНЫҢ ҚАУІПТІ АУРУЛАРДЫҢ БЕЛГІСІН БІЛУІ (ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ)	Иә (да) Жоқ (нет)
АНА ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

1. Тек емшекпен емізуді қолдау (поощрение исключительно грудного вскармливания)

2. Емізетін ананың тиімді тамақтануы және ұйқы/демалу режімі (оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери)

3. Нәресте күтімі (уход за новорожденным)

4. Психоәлеуметтік дамуды ынталандыру (стимуляция психосоциального развития)

5. Қауіпсіз орта (нәресте киіміне, күтім жасау заттарына және ойыншықтарға қойылған талаптар) және жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

6. Бала сырқаттанғанда күту және мінез-құлық қағидасы (правила поведения и уход в случае болезни ребенка)

7. Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету: емшек еме алмайды, әрбір емген немесе су ішкен жағдайда құсу, сіреспе, летаргиялық немесе ес-түссіз (обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания)

8. Басқа (другое).

Дәрігер/(Врач)

Дәрігердің баланы 1 айында тексеріп-қарауы
(осмотр ребенка 1 месяца жизни врачом)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ ___/_____ Жасы (возраст): _____. Дене қызуы (температура)_____ САЛМАҒЫ (ВЕС)_____гр. БОЙЫ (РОСТ) ____ см. ИМТ_____ Басының шеңбері (окружность

головы) ____см Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Шағымдар (жалобы):	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА) Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) _____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ Аңқа (зев) _____ Конъюктивалар (коньюктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания) _____ Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____ Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____; Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень)_____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул)	ДИАГНОЗЫ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)___ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ___ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) __ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____)	
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішссе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):	
Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь	

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) __ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами) ? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня) В гепатиті 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 В гепатиті 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 1 айында _____мм БЦЖ-дан беріштің даму динамикасын бағалау (оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц____ мм) Және перифериялық лимфотүйіндерді (и периферических лимфоузлов) _____	Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки)_____ Күні (дата)_____
Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері (доза) Ұзақтығы (длительность)
ПСИХОМОТОРЛЫҚ ДАМУ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ): До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМУ МАҚСАТЫНДА КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)	Қалмаған (Не отстает) _____ эпикриздік мерзімге қалып қойған Отстает на ____ эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому	

работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 ^{0}С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы <35,5 ^{o}С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 ^{o}С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)
БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)	ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)
Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи) - Ықтимал кереңдік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и

	обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери)

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту)

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д)

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача)

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям)

- Басқасы (Другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 2 айында тексеріп-қарауы
(осмотр ребенка 2 месяца жизни врачом)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ ___/_____ Жасы (возраст): _____ Дене қызуы (температура)_____ САЛМАҒЫ (ВЕС)_____гр. БОЙЫ (РОСТ) ____ см. ИМТ_____Басының шеңбері (Окружность головы) ____см Бағандарды пайдаланумен, физикалық дамуын бағалаңыз (Оцените физическое развитие, используя графики):	
Шағымдар (жалобы):	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА) Тері (кожа): Кіндік (пуповина) _____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) Аңқа (Зев) Конъюктивалар (коньюктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ __ Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС)_____; Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы)_____; Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень)_____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____ _____	ДИАГНОЗЫ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет)_____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) ____ Жоқ (нет)___ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) ___ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жоқ (нет) __ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____)	
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішссе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса)	

(Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь ? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ___ Жоқ (нет) ___ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ___ Жоқ (нет) __ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами) ? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня) В 1- 0 В гепатиті БЦЖ АКДС 1 + hib 1 2 В гепатиті ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2		Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки)_____ Күні (дата)_____
Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Мөлшері (доза) Ұзақтығы (длительность)
ПСИХОҚОЗҒАЛЫС ДАМУЫ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ): До= Др= Ра= Рп= Н= Э=		Қалмаған (Не отстает) _____ эпикриздік мерзімге қалып қойған Отстает на _____ эпикризный срок

Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)	ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 ^{0}С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38^{0}С); 8. Дене қызуы <35,5^{0}С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5^{0}С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы покраснение, уплотнение	КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)
БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)	ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)
Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи) - Ықтимал кереңдік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт)	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог,

- Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).	логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери).

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту).

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д)

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача)

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям)

- Басқасы (Другое)

Дәрігер (врач)

Дәрігердің 3 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка 3 месяцев жизни врачом

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп қарау күні _______\ 20__ /Дата осмотра__________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар: /Жалобы:</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА
Терісі: /Кожа:
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы Аңқа
Слизистые ротовой полости Зев
Коньюктивалары /коньюктивы
Үлкен еңбек / Большой родничок _____
_____
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____
_____
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____
_____
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____
Несеп шығару /Мочеиспускание _____
Нәжіс /Стул _____</td><td>ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ:</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ		ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет?___рет / Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/ Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә /Да _____ Жоқ/Нет_____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/ Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ /_____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? / Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз / Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/ Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/ Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/ Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан	

младенец грудью в течение последнего часа?	көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/ Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца_____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау / Оценка состояния периферических лимфоузлов	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки_____ Күні/Дата_____
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) /неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок

вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/ Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.

- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья.

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев

- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Басқасы/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 4 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка 4 месяцев жизни врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____

Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктив Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ:/ДИАГНОЗ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет?___рет / Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/ Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә /Да _____ Жоқ/Нет_____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/ Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ /_____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой	
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в	

сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? / Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз / Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/ Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/ Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/ Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/ Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3		

ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца_____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау / Оценка состояния периферических лимфоузлов	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки_____ Күні/Дата_____
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) /неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ

Мамандандырылған көмекті қажет ететін УРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/ Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.

- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья.

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев

- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Басқасы/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 5 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра__________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар: /Жалобы:</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА
Терісі: /Кожа:
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы Аңқа
Слизистые ротовой полости Зев
Коньюктивалары /коньюктив
Үлкен еңбек / Большой родничок _____
_____
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____
_____
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____
_____
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____
Несеп шығару /Мочеиспускание _____
Нәжіс /Стул _____</td><td>ДИАГНОЗ:/ДИАГНОЗ:</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ		ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Бала емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет?___рет / Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Түнде емшек бересіз бе?Вы кормите грудью ночью ? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ - Бала басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/ Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә /Да _____ Жоқ/Нет_____ - Ішсе және жесе, неше рет? Тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ /_____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой		
Нәрестенің жасы 1 айлықтан кем болса немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? / Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз / Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/ Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/ Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/ Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының	

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/ Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца_____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау / Оценка состояния периферических лимфоузлов	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки_____ Күні/Дата_____	
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) /неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность	
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок	

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт. - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/ Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.

- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья.

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев

- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Басқасы/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 6 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/ Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз	

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ - Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/ Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.)/При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары,

азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи , кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

- Басқа/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 7 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние	

периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/ Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/ Да_____ Жоқ/Нет _____	

Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ - Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/ Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен	

кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін УРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/ немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі / Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи

, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 8 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____	

_____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на ____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/ Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/ Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ - Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/ Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям	

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/ немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі / Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи , кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 9 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:
Шағымдар: /Жалобы:
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек / Большой родничок_____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____

_____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/ Да _____ Жоқ/Нет_____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/ Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ _____	

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/ Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті	

қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/ немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі / Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи , кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 10 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек / Большой родничок_____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС	

)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/ Да _____ Жоқ/Нет_____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/ Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____	

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ - Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті	

қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/ немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі / Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи , кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 11 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек / Большой родничок_____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС	

)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/ Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/ Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____	

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/ Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/ немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі / Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи , кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 12 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 12 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы	

/Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/ Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/ Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не	

питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: азық-түліктік терімді кеңейту, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары/Прикорм: расширение продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік және моторикалық дамыту/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында тоқсан сайынғы тексеріп қарау/Ежеквартальный осмотр на приеме у врача

- Қанның жалпы талдауы, зәрдің жалпы талдауы, гельминттердің жұмыртқаларына нәжіс талдауы /Обший анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов

- Мамандардың консультациясы - хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог/Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог

Дәрігер/Врач

1 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ЛЕТ
(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
1 жыл 3 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 3 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының	

жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/ Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/ Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не	

питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

1 жыл 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 6 месяцев врачом

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар: /Жалобы:</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА
Терісі: /Кожа:
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы Аңқа
Слизистые ротовой полости Зев
Коньюктивалары /коньюктивы
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____
_____
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____
_____
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____
Несеп шығару /Мочеиспускание _____
Нәжіс /Стул _____</td><td>ДИАГНОЗ:
ДИАГНОЗ:</td></tr>
<tr><td>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ
Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?
Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</td><td>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</td></tr>
</table>

ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____	

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету

реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

1 жыл 9 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 9 месяцев врачом

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра__________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар: /Жалобы:</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА
Терісі: /Кожа:
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы Аңқа
Слизистые ротовой полости Зев
Коньюктивалары /коньюктивы
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____
_____
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____
_____
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____
Несеп шығару /Мочеиспускание _____
Нәжіс /Стул _____</td><td>ДИАГНОЗ:
ДИАГНОЗ:</td></tr>
<tr><td>ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ
Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?
Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?</td><td>ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ
ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ</td></tr>
<tr><td>ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:
До=
Др=
Ра=
Рп=
Н=
Э=</td><td>Дамуында тежелу жоқ/Не отстает
Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок</td></tr>
<tr><td>ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет_____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать	

сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация HIB ревакцинациясы/HIB ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	

ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 2 жастағы баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте в 2 лет врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:
Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек/Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание 1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет___	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные	

смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3.	

Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
2 жас 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__ Жасы: _____ /Возраст: _____ Температурасы_____/Температура_____ Салмағы_____гр. /Вес_____гр. Бойы ____ см. /Рост ____ см. ДСИ_____/ИМТ_____ Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: /Кожа: Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев	

Коньюктивалары /коньюктивы Үлкен еңбек/Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание 1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет___	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/ Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 3 жастағы баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом

<table>
<tr><td colspan="2">Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра________ 20__
Жасы: _____ /Возраст: _____
Температурасы_____/Температура_____
Салмағы_____гр. /Вес_____гр.
Бойы ____ см. /Рост ____ см.
ДСИ_____/ИМТ_____
Басының шеңбері_____см. /Окружность головы_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Шағымдар: /Жалобы:</td></tr>
<tr><td>БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА
Терісі: /Кожа:
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы Аңқа
Слизистые ротовой полости Зев
Коньюктивалары /коньюктивы
Үлкен еңбек/Большой родничок _____
_____
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:_____
_____
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____
_____
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/ живот _____бауыр/печень _____ көкбауыр/ селезенка _____
Несеп шығару /Мочеиспускание _____
Нәжіс /Стул _____</td><td>ДИАГНОЗ:
ДИАГНОЗ:</td></tr>
</table>

ДАМЫТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМЫТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание 1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет___	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жоқ/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____ мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день?_____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день?_____ _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қоректсіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді ?/Какое количество пищи съедает за один прием? _ _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____	

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер /Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ___ _ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ___/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/ Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/ паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	ИӘ ЖОҚ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер

- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ
(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ
(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ
(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)
4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ
(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

АУДАРМАЛЫ ЭПИКРИЗ _____

БАЛАНЫҢ АУРУЫ БОЙЫНША ЖАЗБАЛАР/ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/Вес (кг)_____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ___ Қайта қаралу?/Повторный визит? _____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ
(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)
ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ,СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ,ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/ Повторите подсчет, если у ребенка учащеное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки	

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/ Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	- Аксилялрлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилялрную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/ Осмотрите движения младенца. - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/ Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/ Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички	
САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____		
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ_____ ЖОҚ _____ ДА_____ НЕТ _____	
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/ Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері?___күн /Как долго?___дней - Нәжісінде қан бар ма ?/Есть ли кровь в стуле?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/ Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/ Проверьте реакцию кожной складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жоқ/ Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?___ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жоқ/Нет__ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто?____ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/ Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий_____ Төмен Не низкий емес____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта - Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген	

	мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ_____ Гепатит В2_____ АКДС 1_____ НІВ 1_____ АПВ 1		Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки_____ _____ Күні/Дата_____
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:		

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит_____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ_____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/
Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____Жасы/Возраст _____Салмағы (кг)/Вес (кг)_____ Температурасы/Температура_____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит?___Қайта қаралу?/Повторный визит?_____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ
(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)
ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/ Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ,СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ,ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/ Повторите подсчет, если у ребенка учащеное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилялрлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилялрную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/ Осмотрите движения младенца. - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/ Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/ Остается ли он без движения даже при стимуляции?	

	- Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички	
САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____		
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ_____ ЖОҚ _____ ДА_____ НЕТ _____	
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/ Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері?___күн /Как долго?___дней - Нәжісінде қан бар ма ?/Есть ли кровь в стуле?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/ Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/ Проверьте реакцию кожной складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жоқ/ Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если		

Да, сколько раз за 24 часа?___ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жоқ/Нет__ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто?____ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/ Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий_____ Төмен Не низкий емес____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта - Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня		Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки_____

Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ_____ Гепатит В2_____ АКДС 1_____ НІВ 1_____ АПВ 1	_____ Күні/Дата_____
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит_____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ_____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/
Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____Жасы/Возраст _____Салмағы (кг)/Вес (кг)_____ Температурасы/Температура_____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит?___Қайта қаралу?/Повторный визит?_____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ
(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)
ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/ Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ,СЕЗІНІҢІЗ/ ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ,ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз /Повторите подсчет, если у ребенка учащеное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилялрлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилялрную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/ Осмотрите движения младенца. - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/ Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/ Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения?	

	- Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички	
САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____		
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ_____ ЖОҚ _____ ДА_____ НЕТ _____	
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/ Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері?___күн /Как долго?___дней - Нәжісінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/ Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/ Проверьте реакцию кожной складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундқы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жоқ/ Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?___ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/ Определите соответствие веса к возрасту: Төмен/Низкий_____ Төмен Не низкий емес____	

младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жоқ/Нет__ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто?____ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта - Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ_____ Гепатит В2_____ АКДС 1_____ НІВ 1_____ АПВ 1	Келесі егу үшін қаралу/ Визит для следующей прививки_____ _____ Күні/Дата_____ ___
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит_____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ_____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/
Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра ________20__ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес_____ Температурасы/Температура_____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный __ Шағымдар/Жалобы:	Қауіптің жалпы белгілері / Общие признаки опасности : Иә___Жоқ_____ Да____Нет_____
Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4. Летаргия немесе есінен танған халінде ме? Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3.Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да___Нет___ Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны____ Жиі демалу Как долго?_____Число дыханий в минуту____Учащенное дыхание Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидттық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз) Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Баланың іші өтеді ме? Иә___Жоқ____ Есть ли у ребенка диарея? Да___Нет____ Қашаннан бері____Нәжісінде қан бар ма _____ Как долго____Есть ли кровь встуле_____ Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да___Нет___ Қашаннан бері?_____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба?____ соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырды ма ___ Как долго?_____Если более 5 дней. Каждый день?____ Болел ли корью последние 3месяца___ Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель , насморк, покраснение глаз Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр	

Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
Баланың құлағы ауыра ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___ Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Құлағының арты ісіп кеткен бе Есть болезненное припухание за ухом	
Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ___Жоқ ___ Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___ Нет___ Тамағында ақ өңез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы	
Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен___төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе _____ Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп____	
Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените питание (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә___жоқ___емсе, тәулігіне қанша рет ____Түнде тамақтандырасыз ба. Иә____Жоқ ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә___ Жоқ___ Ішсе немес жесе, қандай тамақты және сұйықтықты ____ _____ _____ Кормится ли грудью да___нет___Если да. то сколько раз за сутки____ Кормите ли ночью. Да____Нет___ Получает ли другую пищу или жидкость Да___ Нет___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____ _____ Күніне қанша рет_____Емізу кезінде нені пайдаланады _____ Бір тамақтану өлшемінің көлемі _____ Белсенді емізу Иә _____ Жоқ___ __ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә____Жоқ____ Өзгерсе, қалай ___ _____ Сколько раз в день_____Чем пользуются при кормлении_____ Объем одной порции_____ Активное кормление Да _____ Нет_____ Изменилось ли кормление во время болезни. Да____Нет____ Если да, то как ___	Тамақтану мәселелері / Проблемы питания
Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық , везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа_____ орналасу жері _____ _____ қышитын қышымайтын; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая_____ _____ локализация _____ _____	

_____ Зудящая Не зудящая;
Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы_____
_____
Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое_____
_____
Қайда_____Көздің конъюнктивасы: гиперемирияланған,
іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъецирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс
қиындатылған, шығындылар _____
Где_____Конъюнктива глаз: гиперемирована, гнойное
отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено,
выделения _____
Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ,
дымқыл, басқа:
_____ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар _____ ЖСЖ
_____
Мойын тамырларының соғуы.
Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие,
влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум_____
_____ ЧСС _____
Пульсация вен шеи.
Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық
сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы_____
Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная
сигма, симптом раздражения брюшины, другое_____
__
Бауыр көлемі: _____ Печень размеры: _____
Көкбауыр: көлемі _____ см. Селезенка: размеры _____см.
Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр,
көлемі _____см.
Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры__
_____см.
Бассүйек-ми нервілері жағынан _____
Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____
Шала салдану, салдану _____
Парезы, параличи _____
Перифириялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) _
_____
Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____
Дизуриялық көрініс: _____
Дизурические явления: _____
Басқалары _____
Другое _____

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит_____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ_____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/
Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Тексеріп қарау күні ________20__ /Дата осмотра ________20__ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес_____ Температурасы/Температура_____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный __ Шағымдар/Жалобы:	Қауіптің жалпы белгілері / Общие признаки опасности : Иә___Жоқ_
Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4. Летаргия немесе есінен танған халінде ме?	

Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	___ Да____Нет ____
Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да___Нет___ Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны____ Жиі демалу Как долго?_____Число дыханий в минуту____Учащенное дыхание Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидттық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз) Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Баланың іші өтеді ме? Иә___Жоқ____ Есть ли у ребенка диарея? Да___Нет____ Қашаннан бері____Нәжісінде қан бар ма _____ Как долго____Есть ли кровь встуле_____ Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да___Нет___ Қашаннан бері?_____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба?____ соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырды ма ___ Как долго?_____Если более 5 дней. Каждый день?____ Болел ли корью последние 3месяца___ Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель , насморк, покраснение глаз Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
Баланың құлағы ауыра ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___ Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Құлағының арты ісіп кеткен бе Есть болезненное припухание за ухом	
Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә ___Жоқ ___	

Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___ Нет___ Тамағында ақ өңез бар ма. Жақасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы	
Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен___төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ____ Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп____	
Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените питание (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә___жоқ___емсе, тәулігіне қанша рет ____Түнде тамақтандырасыз ба. Иә____Жоқ ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә___ Жоқ___ Ішсе немес жесе, қандай тамақты және сұйықтықты ____ _____ _____ Кормится ли грудью да___нет___Если да. то сколько раз за сутки____ Кормите ли ночью. Да____Нет___ Получает ли другую пищу или жидкость Да___ Нет___ Если Да, то какую пищу и жидкости _____ _____ Күніне қанша рет_____Емізу кезінде нені пайдаланады _____ Бір тамақтану өлшемінің көлемі _____ Белсенді емізу Иә _____ Жоқ___ __ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә____Жоқ____ Өзгерсе, қалай ___ _____ Сколько раз в день_____Чем пользуются при кормлении_____ Объем одной порции_____ Активное кормление Да _____ Нет_____ Изменилось ли кормление во время болезни. Да____Нет____ Если да, то как ___	Тамақтану мәселелері / Проблемы питания
Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық , везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа_____ орналасу жері _____ _____ қышитын қышымайтын; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая_____ _____ локализация _____ _____ _____ Зудящая Не зудящая; Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы_____ _____ Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое_____ _____ Қайда_____Көздің конъюнктивасы: гиперемирияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъецирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____ Где_____Конъюнктива глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____ Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ,	

дымқыл, басқа:
_____ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар _____ ЖСЖ _____
Мойын тамырларының соғуы.
Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум_____ _____ ЧСС _____
Пульсация вен шеи.
Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы_____
Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое_____ __
Бауыр көлемі: _____ Печень размеры: _____
Көкбауыр: көлемі _____ см. Селезенка: размеры _____см.
Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі _____см.
Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры__ _____см.
Бассүйек-ми нервілері жағынан _____
Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____
Шала салдану, салдану _____
Парезы, параличи _____
Перифириялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) _ _____
Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____
Дизуриялық көрініс: _____
Дизурические явления: _____
Басқалары _____
Другое _____

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит_____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ_____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелерін жапсыру үшін
Для подклеивания результатов клинико-лабораторных обследований
Стационарлар көшірмелерін жапсыру үшін
Для подклеивания выписок из стационара

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 030/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 030/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы
Контрольная карта диспансерного наблюдения

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. Врача (при его наличии)) _____ _____ Лауазымы (Должность) _____ _____ Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного)_____ _____ _____ Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____ Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /__ __/_____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /____/_____/____ _(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /____/_____/ _____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқаучаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды(перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка))_ _____ Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) __ _____ _____ _____ _____ __ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни)_____ _____ күні (дата) Сопутствующие заболевания _ _____ _____ _____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал) : төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) ___ _____ _____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10)

	_____ белгілеу күні (дата установления инвалидности)_ _____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) ____ Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар(керегініңастын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть)) Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _ _____

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.(при его наличии) больного)_____

2. ЖСН (ИИН)

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

6. Мекенжайы (Домашний адрес)_____

7. Үй телефоны (Домашний телефон)_____ қызметтік телефоны (служебный телефон)_____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность)_____

10. Бақылау жылы (Год наблюдения)_____

11. Келуін бақылау (Контроль посещений)

Келуі тағайындалды **(Назначено явиться)**	

Келді (Явился)	
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)	
Келді (Явился)	
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)	
Келді (Явился)	
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)	
Келді (Явился)	

12. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____ тобы (көрсету).

Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

13. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар

(Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

14. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

(Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

Күні Дата	**Іс-шаралар Мероприятия**	**Ұйымның атауы Наименование организации**	**Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационарозамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)**

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының қосымша парағы
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Кардиологиялық науқастың диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы
Контрольная карта диспансерного наблюдения кардиологического больного

<table>
<tr>
<td>Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача) _____
_____
_____
Лауазымы (Должность) _____
_____
_____
_____
Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного)_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____</td>
<td>Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты
амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____
_____
Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение*)_____
_____ 10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
_____
*) I21 - I22.9, I25.2 кодтары кезінде мыналарды белгілеу керек (при кодах I21-I22.9. I25.2- необходимо отметить):
<table>
<tr>
<td>ишемия симптомдары басталған уақыт (индекстік оқиғадан бастап) (время от начала симптомов ишемии (от индексного события)):</td>
<td>медициналық көмек алу үшін жүгіну уақыты (индекстік оқиғадан бастап) (время обращения за медицинской помощью сағат мин.) (час мин.)</td>
<td>оқиға орын алған жер (место, где случилось событие): 1-үйде (дома), 2- стационарда (в стационаре), 3-қоғамдық орында (в общественном месте), 4- басқа жерде (в другом месте).</td>
<td>тромболитикалық терапия өткізілді (проведена тромболитическая терапия):1-госпитальға дейінгі кезеңде (на догоспитальном этапе), 2-стационарлық кезеңде (на</td>
</tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

	сағат мин. (час мин.)			стационарном этапе), 3- откізілмеген (не проведена)

Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной)_____

Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (Хроническая сердечная недостаточность ХСН по NYHA) иә (да) _____ жоқ (нет) _____

Функционалдық класс ЖСЖ (астын сызыңыз) (Функциональный класс ХСН (подчеркнуть) - I , II , III, IV

Сопутствующие заболевания _____

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____

10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____

Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /_____/_____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

белгілеу күні (дата установления инвалидности)_____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____

Диагноз өмірінде 1 -рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____

күні (дата)

Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде , басқалар (керегінің астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть)

Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /____/_____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Скринингтен өту күні (Дата прохождения скрининга)_____

Анықталған диагноз (АХЖ-10 коды) (Выявленный диагноз (код МКБ-10))_____

Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _____

Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /____/_____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на

др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного)_____

2. ЖСН (ИИН)_____ 3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть) _____

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____қызметтік телефоны (служебный телефон) _____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11. Келуін бақылау (Контроль посещений)

Келуі тағайындалды (Назначено явиться)	
Келді (Явился)	

Үйінде қарау (Посещения на дому)	
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)	
Келді (Явился)	
Үйінде қарау (Посещения на дому)	

12. Өткізілген операциялар (Проведенные операции)	**иә, жылды көрсету (да, указать год)**	**жөқ (нет)**
Реваскуляризация (АКШ, стентирование)		
Ресинхронизациялық терапия - имплантация CRT, CRTD, ICD (керекті астын сызыңыз) (Ресинхронизирующая терапия - имплантация CRT, CRTD, ICD (нужное подчеркнуть))		
Жүректің қақпақшасына (На клапанах сердца): протездеу/ жүрек қақпақшаларының пластикасы (керекті астын сызыңыз) (протезирование/пластика клапанов (нужное подчеркнуть))		
Имплантация VAD		
13. Тексеру зерттеулер (Диагностические обследования)	Көрсеткіштер (Показатели)	
ЭХОКГ деректер (Данные ЭХОКГ): диастола соңындағы көлем, мл (конечный диастолический объем (КДО), мл)		
Диастола соңындағы өлшемі, мл (конечный диастолический размер (КДР), мм)		
Өкпе артериясындағы есеп айыратын систолалық қысымы, мм с. б. (РСДЛА (расчетное систолическое давление в легочной артерии), мм рт. ст.)		
Сол қарыншаның шығарынды фракциясы (≤ 35%) (фракция выброса левого желудочка (≤ 35%))		
6 мин. жүріс тесттің нәтижелері, м (Результаты теста 6 мин. ходьбы, м)		

14. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

☐

иә (да)

☐

жоқ (нет)

15. АББ қатысу (Ауруларды басқару бағдарламасы) (Участие в ПУЗ (программе управления заболеваниями)):

☐

иә (да)

□

жоқ (нет)

_____

16. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____

тобы (көрсету). Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен , перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть),

группа инвалидности _____ (указать).

_____

17. Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (ЖСЖ) декомпенсациясы себебі бойынша емдеуге жатқызу иә, жоқ (керекті астын сызыңыз), оның ішінде стационардан шыққан 30 күн ішінде: иә, жоқ (керекті астын сызыңыз) (Госпитализация по поводу декомпенсации ХСН - да, нет (нужное подчеркнуть), в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара - да, нет (нужное подчеркнуть))

18. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар (Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)

_____
_____

19. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

Күні (Дата)	**Емдеуге жатқызу (госпитализация), оның ішінде ЖСЖ декомпенсация себебі бойынша 30 күн бойы стационарға қайтадан емдеуге жатқызу саны (в том числе количество повторных госпитализаций в стационар в течение 30 дней по поводу декомпенсации ХСН)**	**Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) (Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационарозамещающая помощь, санаторно-курортное лечение))**

Санаториялық - курорттық емделу (санаторно-курортное лечение)		
Жұмысқа орналастыру (трудоустройство)		

20. Қайтыс болды (ЖСЖ декомпенсациясы себебі бойынша - иә, жоқ (керекті астын сызыңыз), оның ішінде стационардан шыққан 30 күн ішінде - иә, жоқ (керекті астын сызыңыз) (Умер (по причине декомпенсации ХСН - да, нет (нужное подчеркнуть)), в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара - да, нет (нужное подчеркнуть)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Кардиологиялық науқастың
диспансерлік қадағалаудың бақылау
картасының қосымша парағы
Вкладной лист к контрольной карте
диспансерного наблюдения
кардиологического больного

Денесіне электрокардиоширатқыш (ЭКШ) қойылған науқастың

картасы

(Карта больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС))

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного)

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Қан тобы (Группа крови)_____

Резус-факторы (Резус-фактор)_____

Науқастыңүйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон больного)

_____
_____

Тұрақты мекенжайы бойынша
По месту жительства

АҚҚ АД	**ЭКШмен ЭКГ-нің импульстер жиілігі** **Частота импульсов ЭКС и ЭКГ**	**Дәрігердің тегі** **Фамилия врача**

Денесіне ЭКШ қойылған күні (Дата имплантации ЭКС)_____

Мүмкіндік (Доступ) _____

_____

ЭКШ түрі (Тип ЭКС) _____

Паспорт бойынша ритмі (Ритм по паспорту) _____

_____

Электродтар (Электроды) _____

_____

ЭКШ-ты ауыстырудың жоспарланған күні (Дата плановой смены ЭКС) _____

_____

Науқасты бақылау (Наблюдение за больным)		
Қарау күні Дата осмотра	Науқастың жалпы жағдайы Общее состояние больного	Тамыр соғуы Пульс

Денесіне ЭКШ қай медициналық ұйымда қойылды, мекенжайы мен телефоны (Адрес и телефон медицинской организации, где производилась имплантация ЭКС) _____

_____

ДӘРІГЕРДІҢ НАЗАРЫНА!

ЭКШ қойылған бірінші жылы науқасты жүйелі түрде, тұрақты мекенжайындағы емханада әр 4 ай сайын бақылап тұру ұсынылады, екінші жылы әр 2 ай сайын, ары қарай – ай сайын. Тексеру бірліктері ЭКГ бойынша жазу 50 мм/сек жылдамдықта анықталады.

Ритмнің азаюы немесе көбеюі (минутына 8 импульстан жоғары), табиғи және жасанды ритмдер арасында бәсекелес туған жағдайда операция жүргізілген медициналық ұйымға хабарлау қажет.

ВНИМАНИЮ ВРАЧА!

Периодическое наблюдение за больным в поликлинике по месту жительства рекомендуется проводить каждые 4 месяца в течение первого года после имплантации ЭКС, каждые 2 месяца в течение второго года, далее - ежемесячно. Контролируемые величины определяются по ЭКГ при скорости записи 50 мм/сек.

При урежении или учащении ритма (свыше 8 импульсов в минуту), возникновении конкуренции естественного и искусственного ритмов необходимо сообщить в медицинскую организацию, где производилась операция.

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының
қосымша парақ
Вкладной лист
к контрольной карте диспансерного наблюдения

Жүрек-тамырлық жүйесінің аурулары бар пациентті диспансерлік қадағалау картасы
Карта диспансерного наблюдения
пациента с заболеванием сердечно-сосудистой системы

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача) Лауазымы (должность)_____	**Амбулаториялық науқастың (баланың даму тарихы) медициналық картасының коды немесе № (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____ _____ картаны толтыру күні (дата заполнения карты) _____ Диспансерлік қадағалануға алынған ауру түрі (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)* _____ _____ _____10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____**

_____ __ Науқасты қадағалаған медициналық ұйым (медицинская организация, наблюдающая больного)_____ _____ _____ _____ _____ Науқас бекітілген медициналық ұйым (медицинская организация, к которой прикреплен больной)_____ _____ _____ _____ _____ Диагноз қою күні (дата установления диагноза): /____/ _____/_____ (кк/аа/жжж) (чч/мм/гггг) Есепке алу күні (дата взятия на учет) /____/_____ /_____ (кк/аа/жжж) (чч/мм/гггг) Есептен шығару күні (дата снятия с учета) /____/__ ___/_____ (кк/аа/жжж) (чч/мм/гггг) Есептен шығару себебі: сауығу, диагноздың өзгеруі, басқа мед.ұйымға ауыстыру, басқа өңірге, елден тыс кету, қайтыс болу (керегінің астын сызыңыз)	_____ Диагноз өмірінде алғашқы рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) □ жоқ (нет) □ Иә (да) , Диагноз қою күні (Дата установления диагноза)_____(кк/аа/жж) (дд/мм/гг) Ауру анықталды (Заболевание выявлено): □ емдеуге жүгіну уақытында (при обращении за лечением), □ профилактикалық тексеріп-қаралу кезінде (при профосмотре), □ скрининг кезінде (при скрининге), □ басқа (другое) Скринингтен өту күні (Дата прохождения скрининга)_____ ____ (кк/аа/жж) (дд/мм/гг) _ Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі (ЖСЖ) Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) □ жоқ (нет) □ иә (да) ЖСЖ функционалдық класы (Функциональный класс ХСН) (NYHA бойынша) - □ I , □ II , □ III, □ IV Ілеспелі аурулар (Сопутствующие заболевания) _____ _____(АХЖ-10 бойынша код) (код по МКБ-10) _____ Қауіп факторлары (астын сызу) (Факторы риска (подчеркнуть): артериялық гипертензия (артериальная гипертензия), қант диабеті (сахарный диабет), шылым шегу (курение), алкоголь, артық дене салмағы (избыточная массса тела), төмен физикалық белсенділік (низкая физическая активность), дислипидемия, тұқым қуалау бейімділігі (наследственная предрасположенность), отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (случаи внезапной смерти в семье), басқалар (прочие) _____ _____ Оңалту әлеуеті (реабилитационный потенциал): төмен (низкий),

(Причина снятия: выздоровление, изменение диагноза, перевод в другую мед. орг., выезд в другой регион, за пределы страны, смерть (нужное подчеркнуть)	**орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)** **Мүгедектіктің болуы (наличие инвалидности)** ☐ **жоқ (нет)** ☐ **иә (да),** **Мүгедектік ресімделген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность): _____ _____(АХЖ-10 бойынша коды) (код по МКБ-10)__** **Мүгедектік беру күні (дата установления инвалидности)_____ _ күні (дата) _____(кк/аа/жж) (дд/мм/гг) мүгедектік тобы (группа инвалидности)_____** **Флюорографиялық тексеріп-қарау (Флюорографический осмотр) _____ _____**

1. Тегі (фамилия)_____

Аты (имя)_____ Әкесінің аты (болған жағдайда)(Отчество (при его наличии))_____

2. ЖСН (ИИН)____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

3. Пол: ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Туған күні (дата рождения) /_____/_____/_____/

5. Бойы (рост)_____Салмағы (вес)_____ДСИ (ИМТ) _____

6. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (адрес постоянного места жительства): облыс (область)_____, аудан (район)_____ , елді-мекен (населенный пункт)_____ _____, көше (улица)_____, үй № (№ дома) ____, пәтер № (№ кв.) _____, тел._____ _____ ұялы телефон (мобильный телефон)_____

7. Үй телефоны (домашний телефон)

8. Жұмыс (оқу) орны (место работы (учебы) _____

9. Кәсібі, лауазымы (профессия, должность) _____

10. Қадағалану жылы (год наблюдения) _____

11. Келуді бақылау (контроль посещений

Келу тағайындалды **Назначено явиться**														
Келді Явился														
Үйге келу Посещения на дому														
Келу тағайындалды Назначено явиться														
Келді Явился														
Үйге келу Посещения на дому														

Бағдарламада қолмен енгізу мүмкіндігі болуы керек (в программе необходимо дать возможность ручного ввода)

МИ/НС бар пациентке әрбір келуге, бақылау (ауру басталғаннан кейін) 30 күннен кейін, 6 айдан кейін, 12 айдан кейін

К каждому посещению пациентом с ИМ/НС, контроль через 30 дней, 6 месяцев, 12 месяцев (от начала заболевания):

12. Стенокардия ұстамалары (приступы стенокардии): □ Иә (да) □ жоқ (нет)	13. Ширыққан ФК стенокардиясы (стенокардия напряжения ФК) □ I □ II □ III □ тыныштық стенокардиясы (стенокардия покоя)	14. ЭКГ деректері (ЭКГ данные): □ синустық (синусовый) □ ЖК (ФП) □ ST көтеруімен жаңа МИ (новый ИМ с подъемом ST) □ өзгерістер жоқ (нет изменений)
15. Динамикадағы стресс-тест		17. ЭХоКГ: □ соңғы дистолалық мөлшер (СДМ) (конечный диастолический объем (КДО), _____мл □ соңғы дистолалық көлем (СДК) конечный диастолический размер (КДР), _____мм □

(Стресс-тест в динамике): □ сынамасы оң (проба положительная) □ сынамасы теріс (проба отрицательная) □ жасалған жоқ (не проводилась)	16. Физикалық жүктемеге толеранттылық (толерантность к физической нагрузке): □ жоғары (высокая) □ орташа (средняя) □ төмен (низкая)	ӨАЕСҚ (Өкпе артериясындағы есептік систолалық қысым) (РСДЛА (расчетное систолическое давление в легочной артерии)_____ мм. рт. ст ОҚ ШФ соңғы өлшеу (Последние измерения ФВ ЛЖ): □ N (>50%) □ болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%) □ қалыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%) □ айқын сипатталып (төмендеу выраженное снижение) (<30%) □ жасаған жоқ (не делали)

18. Орындау индикаторларын үнемі мониторингілеу (Постоянный мониторинг индикаторов выполнения):

Препараттарды қабылдау (Прием препаратов):

□

иә (да)

□

жоқ (нет)

□

жартылай (частично)

Ацетилсалицил қышқылы Ацетилсалициловая кислота	□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно)
Тикагрелор /	□ жоқ (нет) □ иә (да)

	□ белгісіз (неизвестно)
Клопидогрел	□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно)
b-блокаторлары b-блокаторы	□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно)
Статиндер Статины	□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно)
ААФИ (ИАПФ)	□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно)
БРА	□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно)
Са антагонистері Антагонисты Са	□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно)
Нитраттар Нитраты	□ жоқ (нет) □ иә (да)

	□ белгісіз (неизвестно)
Пероралды антикоагулянттар Пероральные антикоагулянты	□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно)
Басқа препараттар Др.препараты	□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно)
Екінші рет профилактикалау бағдарламалары Программы вторичной профилактики	

19. Сыртартқыда операциялық шара қолдану (Оперативные вмешательства в анамнезе)

□

жоқ (нет)

□

Иә (Да)

□

белгісіз (неизвестно) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг)

20 Операция атауы (Название операции)_____АХЖ-9 бойынша код (код по МКБ-9) _____

21. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

22. АББ (ауруларды басқару бағдарламасы) қатысу (участие в пуз (программе управления заболеваниями):

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

23. Диспансерлік қадағалану тиімділігі (жақсару, нашарлау, өзгеріссіз, мүгедектікке ауыстыру (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік тобы (көрсетіңіз) (эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

24. Қайтадан емдеуге жатқызу (Повторная госпитализация) -

□

жоқ (нет)

□

иә (да), оның ішінде стационардан шыққаннан кейін 30 күн ішінде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

25. ЖСЖ бар қайтадан емдеуге жатқызу (Повторная госпитализация с ХСН) -

□

жоқ (нет)

□

иә (да), оның ішінде стационардан шыққаннан кейін 30 күн ішінде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

26. Диагноздың өзгеруі, ілеспелі аурулар, асқынулар туралы жазбалар (Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)_____

_____

27. Емдеу-профилактикалық емшаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық-курорттық ем, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке ауыстыру)

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

Күні Дата	**Іс-шаралар Мероприятия**	**Ұйымның атауы Наименование организации**	**Емдеу-профилактикалық көмекті ұсыну нысаны (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаториялық-курорттық емдеу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационарозамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)**
Санаториялық-курорттық емдеу (санаторно-курортное лечение)			

28.

☐

қайтыс болды (умер), қайтыс болу күні (дата смерти) _____(кк/аа/жж) (дд/мм/гг)

29. ЖСЖ декомпенсациясы себебі бойынша қайтыс болды (Умер по причине декомпенсации ХСН),

☐

оның ішінде стационардан шыққан кейін 30 күн ішінде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

30. Қайтыс болған орны (Место смерти):

☐

үйде (дома),

☐

стационарда (в стационаре),

☐

басқа жерде (другом месте)

31. Стационардан шыққаннан кейін қайтыс болды (умер после выписки из стационара в течении):

☐

1 ай (мес.),

☐

3 ай (мес.),

☐

6 ай (мес.),

☐

1 жыл (года)

32. Аутопсия жасалды (проводилась):

☐

Жоқ (нет)

☐

Иә (да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг) _____сағат (час.)_____мин.

	Диагнозы	**АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)**
Патологоанатомиялық диагноз/қайтыс болу себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

33. Дәрігердің ТАӘ (болған жағдайда) (ФИО (при его наличии) врача)_____
Қолы (Подпись)_____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының
қосымша парақ
Вкладной лист
к контрольной карте диспансерного наблюдения

Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациентті
диспансерлік қадағалау картасы
Карта диспансерного наблюдения
пациента с острым нарушением мозгового кровообращения

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған	

жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача) Лауазымы (должность)_____ _____ __ Науқасты қадағалаған медициналық ұйым (медицинская организация, наблюдающая больного)_____ _____ _____ _____ _____ _____ Науқас бекітілген медициналық ұйым (медицинская организация, к которой прикреплен больной)_____ _____ _____ _____ _____ Диагноз қою күні (дата установления диагноза): /____/ _____/_____ (кк/аа/жжж) (чч/мм/гггг) Есепке алу күні (дата взятия на учет) /____/_____ /_____ (кк/аа/жжж) (чч/мм/гггг) Есептен шығару күні (дата снятия с учета) /____/__ ___/_____ (кк/аа/жжж) (чч/мм/гггг) Есептен шығару себебі: сауығу, диагноздың өзгеруі, басқа	Амбулаториялық науқастың (баланың даму тарихы) медициналық картасының коды немесе № (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____ _____ картаны толтыру күні (дата заполнения карты) ___ _____ Диспансерлік қадағалануға алынған ауру түрі (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)* _____ _____ _____10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ _____ Диагноз өмірінде алғашқы рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) ☐ жоқ (нет) ☐ иә (да) , Диагноз қою күні (Дата установления диагноза)_____(кк/аа/жж) (дд/мм/гг) Ауру анықталды (Заболевание выявлено): ☐ емдеуге жүгіну уақытында (при обращении за лечением), ☐ профилактикалық тексеріп-қаралу кезінде (при профосмотре), ☐ скрининг кезінде (при скрининге), ☐ басқа (другое) Скринингтен өту күні (Дата прохождения скрининга)_____ _____ Ілеспелі аурулар (Сопутствующие заболевания) _____ _____(АХЖ-10 бойынша код) (код по МКБ-10) _____ Қауіп факторлары (астын сызу) (Факторы риска (подчеркнуть): артериялық гипертензия (артериальная гипертензия), қант диабеті (сахарный диабет), шылым шегу (курение), алкоголь, артық дене салмағы (избыточная массса тела), төмен физикалық белсенділік (низкая физическая активность), дислипидемия, тұқым қуалау бейімділігі (наследственная предрасположенность), отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (случаи внезапной смерти в семье), басқалар (прочие) _____ _____ Оңалту әлеуеті (реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) Мүгедектік болған кезде, мүгедектік ресімделген диагноз (при

мед.ұйымға ауыстыру, басқа өңірге, елден тыс кету, қайтыс болу (керегінің астын сызыңыз) (Причина снятия: выздоровление, изменение диагноза, перевод в другую мед. орг., выезд в другой регион, за пределы страны, смерть (нужное подчеркнуть)	**наличии инвалидности, диагноз, по которому оформлена инвалидность): _____(АХЖ-10 бойынша коды) (код по МКБ-10)__ Мүгедектік беру күні (дата установления инвалидности)_____ мүгедектік тобы (группа инвалидности)_____ Флюорографиялық тексеріп-қарау (Флюорографический осмотр) _____ _____**

1. Тегі (фамилия)_____

Аты (имя)_____ Әкесінің аты(болған жағдайда) (отчество(при его наличии))
_____

2. ЖСН (ИИН)____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

3. Пол: ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Туған күні (дата рождения) /_____/_____/_____/

5. ӘАБК коды (код КАТО)

6. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (адрес постоянного места жительства): облыс (область)
_____, аудан (район)_____ , елді-мекен (населенный пункт) _____, көше (улица)_____, үй № (№ дома) ____, пәтер № (№ кв.) _____, тел._____ ұялы телефон (мобильный телефон)_____

7. Үй телефоны (домашний телефон)

8. Жұмыс (оқу) орны (место работы (учебы) _____

9. Кәсібі, лауазымы (профессия, должность) _____

10. Қадағалану жылы (год наблюдения) _____

11. Келуді бақылау (контроль посещений

Келу тағайындалды **Назначено явиться**														
Келді Явился														
Үйге келу Посещения на дому														
Келу тағайындалды Назначено явиться														
Келді Явился														
Үйге келу Посещения на дому														

Бағдарламада қолмен енгізу мүмкіндігі болуы керек (в программе необходимо дать возможность ручного ввода)

МИ/НС бар пациентке әрбір келуге, бақылау (ауру басталғаннан кейін) 30 күннен кейін, 6 айдан кейін, 12 айдан кейін

К каждому посещению пациентом с ИМ/НС, контроль через 30 дней, 6 месяцев, 12 месяцев (от начала заболевания):

12. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS), баллды көрсету (указать балл)_____:
13. Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 – выраженной зависимости)

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 – умеренной зависимости)

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 – легкой зависимости)

□

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности)

14. Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл)_____

□

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді) (от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);

□

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек) (от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);

□

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады) (11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления).

15. Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды көрсету (Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл) _____

□

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

□

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

□

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),

□

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень -наличие выраженных признаков инвалидности)

□

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

16. Орындау индикаторларын үнемі мониторингілеу (постоянный мониторинг индикаторов выполнения):

	Атауы, дозалар (название, дозы)	**Код**	
Өмір сүру салтын өзгерту бойынша ұсыныстарды орындау (шылым шегу, алкоголь, қозғалу белсенділігі, диета) (выполнение рекомендаций по изменению образа жизни (курение, алкоголь, двигательная активность, диета)			□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно) □ тұрықты емес (нерегулярно)
Гипотензиялық препараттар Гипотензивные препараты			□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно) □ тұрықты емес (нерегулярно)
Антикоагулянттар Антикоагулянты			□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно) □

			тұрықты емес (нерегулярно)
Антиагреганттар Антиагреганты			□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно) □ тұрықты емес (нерегулярно)
Статиндер Статины			□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно) □ тұрықты емес (нерегулярно)
Басқа препараттар Др.препараты			□ жоқ (нет) □ иә (да) □ белгісіз (неизвестно) □ тұрықты емес (нерегулярно)

17. Сыртартқыда операциялық араласулардың болуы (оперативные вмешательства в анамнезе)

□

жоқ (нет)

□

жоқ (нет)

□

белгісіз (неизвестно)

□

иә (да)

□

күні (дата) _____ дд/мм/гг (кк/аа/жж)

□

Каротидтік эндартерэктомия (каротидная эндартерэктомия)

□

Экстракраниальды немесе бассүйекішілік артерияларды стенттеу (стентирование экстракраниальных или интракраниальных артерий)

□

Аневризмаға клипс салу (клипирование аневризмы)

□

Аневризманы эмболизациялау (эмболизация аневризмы)

□

Экстра-бассүйекішілік тамырлы анастомоз (экстра-интракраниальный сосудистый анастомоз)

□

Артериялық-веналық мальформацияны кесіп алып тастау (иссечение артериовенозной мальформации)

□

Артериялық-веналық мальформацияны эмболизациялау (эмболизация артериовенозной мальформации)

□

Үңгірлі ангиоманы алып тастау (удаление кавернозной ангиомы)

□

басқалар, түрін көрсету (другие, указать какие)

Басқа операциялардың атауы (название других операций_____АХЖ-9 коды (код по МКБ-9)_____

18. Диагностикалық зерттеулер (Диагностические обследования)	**Көрсеткіштер (Показатели)**
ЖҚТ ОАК	
Коагулограмма	
Глюкоза	
Липидті спектр Липидный спектр	
Брахиоцефальді артериялардың УДДГ УЗДГ брахиоцефальных артерий	
ТИА кезінде бастың экстра- және (немесе) бассүйекішілік артерияларының стенозын немесе окклюзияларын диагностикалау үшін МСКТА немесе МРА МСКТА или МРА для диагностики окклюзии или стеноза экстра- и(или) интракраниальных артерий головы при ТИА	
Ми тамырларының ангиографиясы Ангиография сосудов головного мозга	

_____

19.Созылған оңалту (Продолженная реабилитация)

_____

МДК мамандарының тексеріп-қарауы (Осмотр специалистов МДК)

□

реабилитолог

□

логопед

□

эрготерапевт

□

психиатр

□

кинезиотерапевт

Сөйлеу қабідеті бұзылған кезде (При нарушении речи)

логопед-афазиолог

□

сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению речи, чтения, письма)

Қимыл-қозғалыс бұзылуларында (При двигательных нарушениях)

эрготерапевт

□

өз-өзіне қызмет көрсетуде тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания)

кинезиотерапевт

□

жеке пассивті және активті ЕФК (индивидуальная пассивная и активная ЛФК)

Физиотерапевт

□

физиотерапия

Оңалту әлеуетін белгілеу (Определение реабилитационного потенциала)

□

қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру) благоприятный (частичная реабилитация , реабилитация - полное восстановление)

□

қолайсыз (неблагоприятный)

20. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

21. АББ (ауруларды басқару бағдарламасы) қатысу (участие в пуз (программе управления заболеваниями):

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

22. Диспансерлік қадағалану тиімділігі (жақсару, нашарлау, өзгеріссіз, мүгедектікке ауыстыру (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік тобы (көрсетіңіз) (эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

_____

23. Қайталанған инсульт бойынша емдеуге жатқызу (госпитализация по поводу повторного инсульта)

□

жоқ (нет)

□

иә (да), оның ішінде стационардан шыққаннан кейін 30 күн інішде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

□

жоқ (нет)

□

иә (да)

24. Диагноздың өзгеруі, ілеспелі аурулар, асқынулар туралы жазбалар (Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)_____

_____

25. Емдеу-профилактикалық емшаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық-курорттық ем, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке ауыстыру)

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

Күні Дата	**Оның ішінде қайталанған инсульт бойынша 30 күннің ішінде стационарға қайтадан емдеуге жатқызу саны в том числе количество повторных госпитализаций в стационар в течение 30 дней по поводу повторного инсульта**	**Емдеу-профилактикалық көмекті ұсыну нысаны (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаториялық-курорттық емдеу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационарозамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)**
Санаториялық - курорттық емделу (санаторно-курортное лечение)		
Жұмысқа орналастыру (трудоустройство)		

26.

□

қайтыс болды (умер), қайтыс болу күні (дата смерти) _____ (кк/аа/жж) (дд/мм/гг)

27 Қайтыс болған орны (Место смерти):

□

үйде (дома),

□

стационарда (в стационаре),

□

басқа жерде (другом месте)

28. Стационардан шыққаннан кейін қайтыс болды (умер после выписки из стационара в течении):

□

1 ай (мес.),

□

3 ай (мес.),

□

6 ай (мес.),

□

1 жыл (года)

29 . Аутопсия жасалды (проводилась): Иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

	Диагнозы	**АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)**
Патологоанатомиялық диагноз/қайтыс болу себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

30. Дәрігердің ТАӘ(болған жағдайда) (ФИО(при его наличии) врача)_____
Қолы (Подпись)_____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының қосымша парағы
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы (офтальмология)
Контрольная карта диспансерного наблюдения (офтальмология)

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) **(Ф. И. О. (при его наличии) врача)** **_____**	**Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды** **(баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____** **Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)** **_____** **_____** **10- АХЖ коды (код по МКБ-10) ____** **_____** **Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в**

Лауазымы (Должность) _____ _	**жизни) _____**
Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного)_____ _____ _____	**күні (дата)**
Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____	**Сопутствующие заболевания _____ _____**
Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /____/_____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг	**10- АХЖ коды (код по МКБ-10) ____ _____**
Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /____/____ _/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	**Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)**
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /____/ _____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	**Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік**
Шығарылу себебі (Причина снятия) сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқаучаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	**берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____ _____**
	10- АХЖ коды (код по МКБ-10) ____ _____
	белгілеу күні (дата установления инвалидности)_____
	мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____
	Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз) (астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть))
	Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _____ _____

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии больного)_____

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____қызметтік телефоны (служебный телефон) _____
_____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11 Келуін бақылау (Контроль посещений)

Келуі тағайындалды (Назначено явиться)								
Келді (Явился)								
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)								
Келді (Явился)								

12. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____ тобы (көрсету). Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

АХЖ-10 бойынша диагнозы (Диагноз по МКБ-10)

Қойылған және (қайта қаралған) күні Дата установления (пересмотра)	**Негізгі және қосалқы сырқаттарының тұжырымдалуы Формулировка основного и сопутствующего диагноза**	**Негізгі диагнозының коды Код основного диагноза**	**Қосалқы диагнозы-ның коды Код сопутствующего диагноза**	**Қабылдаған емнің түрі Вид проведен ного лечения**

Операциялар (Операции)

Күні Дата	**Диагноз**	**Операция**

Мүгедектік(Инвалидность)

По общему заболеванию					**По заболеванию глаз**				
Код	Группа	Первично, повторно	Дата установления	Дата снятия	Код	Группа	Первично, повторно	Дата установления	Дата снятия

Бақылау динамикасы (Динамика наблюдения)

Қаралу күні Дата осмотра	**Коррекциясыз және коррекциямен Visus Visusc коррекцией и без**		**Қылықөзділік бұрышы (балаларда) Угол косоглазия (у детей)**		**КІҚ ВГД**			**Роговица, хрусталик**		**Шыны дене мен көзтүбі Стекловидное тело и глазное дно**		**Дәрігердің Т.А.Ә. және қолы Ф.И.О. и подпись врача**
	OS	OD	OS	OD	OS	OD	Әдіс/ Зерттеу аппараты Метод/ Аппарат исследования	OS	OD	OS	OD	

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының қосымша парағы
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Қант диабеті ауруын тіркеу және бақылау картасы
Карта регистрации и наблюдения больного сахарным диабетом

1.Тегі(Фамилия)_____Аты(Имя)_____Әкесінің аты(болған жағдайда)

(Отчество(при его наличии))_____

2. Туған күні(Дата рождения) /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ г. 3. ЖСК(ИНН)

□□□□□□□□□□□□

4. Жынысы (Пол): 1- ер(муж); 2 – әйел(жен); 3. Соңғы келген күні (Дата последнего визита) /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ж. г.

5. Ұлты (Национальность) _____

6. Тұрғын (Житель): 1- қаланың (города); 2- ауылдың(села)

7. Ұялы телефоны(Сотовый телефон) _____, E-mail _____

8. Тұратын жері (Место жительства): облысы(область)_____ қаласы(город)_____ _____ аудан (район)_____

Елді мекені(населенный пункт) кент(поселок), ауыл(село) _____

9. Мүгедектік(инвалидность): 9.1. Мүгедектік анықталған жыл(год установления инвалидности) _____

10. Мүгедектік тобы(Группа инвалидности): 1-ші топ(1 группа); 2-ші топ(2 группа); 3-ші топ(3 группа); бала кезден(инвалид детства)

11. Мүгедектіктің себебі(Причина инвалидности): 1-қант диабеті(сахарный диабет); 2-миокард инфаргі(инфаркт миокарда);3-ми қан айналымының бұзылуы(нарушение мозгового кровообращения);4-көру қабілетінің жоқтығы(отсутствие зрения);5-нефропатия(нефропатия);6-аяқтардың ампутациясы(ампутация конечностей);7-қан тамырларының асқынуы(сосудистые осложнения); 8-басқа ауру түрлері(другие заболевания)

12. Есепке алынған күні(Дата взятия на учет) /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ ж.г.

13. Бақылауға алған дәрігер(Врач, ведущий наблюдение) _____

14. Басқа мекемеден келді(поступил из другой организации):

□

иә(да)жоқ(нет)

15. Бақылауға алған медициналық мекеме(медицинская организация наблюдения) _____ _____

16. Толтырылған күні(дата заполнения) /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ж. г.

17. Қайтыс болған күні(дата смерти)/__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ж. г.

18. Қайтыс болу себебі(причина смерти:)1-қантты диабет(сахарный диабет) диабеттік кома(диабетическая кома); гипогликемиялық кома(гипогликемическая кома); басқа себептер(другие

причины); 2-қант диабетінің асқынуы(осложнения сахарного диабета); 3-басқа себептер(другие причины); 4-өзіне өзі қол жұмсау(суицид); 5-қайтыс болу себебі анықталмаған(причины смерти не установлены)

19. Қайтыс болу себебі (причина смерти)АХЖ шифры (шифр МКБ-10) _____

20. Патологоанатомдық диагноз(патологоанатомический диагноз) _____

21. Есептен шығарған күн (дата снятия с учета) /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/ж. г.

22. Есептен шығару себебі(причина снятия): 1-сауығуы(выздоровление); 2-басқа жаққа кетуі(выезд); 3-қайтыс болуы(смерть), 4-диспансерлік байқаудан қол үзуі (отрыв от диспансеризации); 5 -басқа мекемеге ауысуы(перевод в другую организацию)

23. Негізгі диагноз(основной диагноз)АХЖ шифры(шифр МКБ-10) _____

24. Диабеттің түрі(тип диабета): 1- 1-ші түрі(I тип); 2-ші түрі(2-II тип); 3-басқа түрлері(другие виды диабета); 4-глюкоза толерантінің өзгеруі(нарушение толерантности к глюкозе) ; 5-жүкті әйелдердің қант диабеті(сахарный диабет беременных)

25. Ауырлық дәрежесі(степень тяжести): 1-жеңіл(легкая); 2-орташа(средняя); 3-ауыр(тяжелая)

26. Компенсация дәрежесі(степень компенсации): 1-компенсация(компенсация); 2-субкомпенсация(субкомпенсация); 3-декомпенсация(декомпенсация)

27. Диета(диета): иә(да)жоқ(нет) 21.1. Тек қана диета(только диета)(дәрі-дәрмексіз(без лекарственных препаратов):

□

28. Мектепте оқыған соңғы уақыты(дата последнего обучения в школе) /__/__/ /__/__/ /__/__ /__/__/ ж.г.

29. Дәрілік терапияның түрі(Тип лекарственной терапии): 1-бір дәрілік (монотерапия);

2-құрамдастырылған(комбинированная)

30. Инсулин терапиясының басталған жылы(год начала инсулинотерапии) _____

31. Гликемияны өзінің бақылауы(самоконтроль гликемии):иә(да)жоқ(нет)

32. Глюкометрдің басым моделі(приоритетная модель глюкометра) _____

33. Глюкометрдің 2-ші дәрежелі моделі(второстепенная модель глюкометра) _____

34. Тіркелген кездегі мәліметтер(сведения на момент регистрации): бойы(рост)_____(см); салмағы(вес)_____(кг); ИМТ(ИМТ) _____

35. гликировандық гемоглобин(гликированный гемоглобин) HbA1c _____

36. Систоликалық қан қысымы(АД систолическое) _____, диастоликалық қан қысымы

(АД диастолическое)_____

37. креатинин(креатинин)ммоль/л _____;

38. жалпы холетерин(общий холестерин)ммоль/л_____; 39. ЛПНП/ЛПНПммоль/л_____

40. Жеткізу құралы(средства доставки):

Құралдар(средства)

41. Қосалқы терапия(сопутствующая терапия): 1-антигипертензиалық(антигипертензивная) АПФ ингибиторлар(/ингибиторы АПФ), ангиотензия рецепторларының блоктары(блокаторы рецепторов к ангиотензиму БРА), диуретиктер(диуретики), ББ бета-блокаторлары (бета-блокаторы ББ), АБ кальций каналдарының блокаторлары(блокаторы кальциевых каналов АБ), АБ альфа блокаторлар(альфа-блокаторы АБ), орталық әрекеттегі препараттар(препараты центрального действия), рениметтік ингибиторлар (прямые ингибиторы ренима); 2-гиполипидемиялық препараттар (гиполипидемические препараты) статиндер(статины), фибраттар(фибраты), никотин қышқылы (никотиновая кислота), ЖК Омега-3(омега-3 ЖК), эзитимиб(эзитимиб); 3-анемияға қарсы препараттар(антианемические препараты); 4-антиагреганттар(антиагреганты); 5-глюкозаминоглигандар (гликозаминоглиганы)

42. Қабылдаған және көрсетілген дәрі-дәрмектер (полученные и показанные ЛС)

Атауы(название)	**Тәуліктік саны (количество в сутки)**	**Басталған күні (дата начала)**	**Біткен күні (дата завершения)**	**Түрі(вид)**	**Типі (Тип)**

43. Асқынулар(осложнения)

Асқыну (осложнение)	**Белгіленген жыл (год установления)**

1-жіті асқынулар(острые осложнения): кома(кома)гиперосмолярлы(гиперосмолярная), лактаацидотиялық (лактаацидотическая), кетоацидотиялық (кетоацидотическая), гепогликемиялық (гепогликемическая); диабеттік кетоацидоз (комасыз) ауруханаға жатқызуды керек ететін(/ диабетический кетоацидоз (без комы), потребовавший госпитализации); 2-диабеттік микроангиопатиялар(диабетические микроангиопатии): ретинопатия (ретинопатия пролиферативтік емес саты (непролиферативная стадия), препролиферативтік саты (препролиферативная стадия), пролиферативтік саты (пролиферативная стадия), терминалды саты (терминальная стадия); нефропатия(нефропатия) С1 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ): С1, С2 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С2), С3а СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С3а), С3б СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С3б), С4 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С4), С5 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С5) гемодиализ, перитонеалды диализ, бүйрек трансплантациясы,микроальбуминурия,протеинурия,ХПН(гемодиализ,перитонеальный диализ, трансплантация почки, микроальбуминурия, протеинурия, ХПН); 3-катаракта(катаракта) артифакия(артифакия), көз жанарының жоқтығы (отсутствие зрения); 4-диабеттік макроангиопатия (диабетические макроангиопатии): атеросклероз(атеросклероз) ұйқы артериясының атеросклерозы (атеросклероз сонных артерий), аяқ-қол атеросклерозы (атеросклероз нижних конечностей), ми қан тамырларының атеросклерозы (атеросклероз сосудов головного мозга), бүйрек артериясының атеросклерозы (атеросклероз почечных артерий), коронарлық артериясының атеросклерозы (атеросклероз коронарных артерий); стенокардия(стенокардия): тыныш кездегі (покоя), кернеу(напряжения) бірінші рет пайда болған(впервые возникшая), тұрақты (стабильная), ары қарай жалғасатын (прогрессирующая); миокард инфарктісі (инфаркт миокарда) кернеу(напряжения), бірінші рет (первичный), қайталану (повторный); созылмалы жүрек кемістігі (хроническая сердечная недостаточность) NYHA: I бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: I, NYHA: II бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: II), NYHA: III бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: III), NYHA: IV бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: IV); цереброваскулярлық аурулар(ОНМК, Инсульт) (цереброваскулярные заболевания) (ОНМК, Инсульт) ишемиялық (ишемический), геморрагиялық (геморрагический), мидың транзиторлық бұзылуы (транзиторное нарушение мозга), атеросклерорлық кардиосклероз (атеросклеротический кардиосклероз); аяқ макроангиопатиясы (макроангиопатия нижних конечностей) сезіну қабілетінің төмендеуі (снижение чувствительности), ауру (боль), ауыспалы ақсаңдау (перемежающаяся хромота), терінің дистроыиялық өзгеруі (дистрофические изменения кожных покровов), трофикалық ойық жара (трофические язвы), диабетикалық табан синдромы (синдром диабетической стопы) нейропатикалық түрі (нейропатическая форма), нейроишемилық түрі (нейроишемическая форма), остеоартропатиялық түрі (остеоартропатическая форма); 5- диабетикалық нейропатия (5-диабетическая нейропатия): (полинейропатия) полинейропатия, автономды (автономная) көз жанары қызметінің аномалиясы (аномалия зрачковой функции), тердің шығу дисфункциясы (потовыделительная дисфункция), ішек-қарын автономды нейропатиясы (желудочно-кишечная автономная нейропатия), диабетикалық энтеропатия (диабетическая энтеропатия), жүрек-қан тамырының автономды нейропатиясы (сердечно-сосудистая автономная нейропатия), гипогликемияны анықтай алмау синдромы (синдром нераспознания гипогликемии); сенсорлы (сезімтал) нейропатия (сенсорная (чувствительная) нейропатия) ауырсыну,сезімталдықтың жоғалуы, басқа да сезімталдықтың жоғалуы, диабетикалық нейропатиялық кахексия (болезненная, отсутствие чувствительности, другие нарушения чувствительности, диабетическая нейропатическая кахексия); 6-басқа да асқынулар (другие осложнения): гипертония (1 сатылық АГ, 2 сатылық АГ, 3 сатылық АГ), гипертония (1 степень АГ, 2 степень АГ, 3 стерень АГ), дислипидемия (дислипидемия) I-түрі, Iіа-түрі, Iіb-түрі, III-түрі, IV-түрі, V-түрі, (тип I, тип IIа, тип IIb, тип III, тип IV, тип V), ампутация (ампутация) бір, бірнеше бармақтар,тізе және одан жоғары ампутациялар (ампутация одного пальца, ампутация более одного пальца, ампутация кисти, ампутация голени, высокая ампутация), физикалық дамудың тоқталуы (задержка физического развития), остеопороз (остеопороз) остеопения, остеопороз (остеопения, остеопороз), сынықтар (переломы), анемия (анемия) қандағы темір тапшылығы, нефрогенді, басқа да (железодефицитная, нефрогенная, другая), гиперпаратиреоз (гиперпаратиреоз) бірінші,екінші,үшінші (первичный, вторичный, третичный), диабетикалық қол синдромы (синдром диабетической руки) хайропатия 0-сатысы, I-сатысы, II-сатысы, III-сатысы, IV-сатысы, V-сатысы (хайропатия) стадия 0,стадия I, стадия II, стадия III, стадия IV, стадия V; пародонтоз (

пародонтоз); Мориака синдромы (синдром Мориака); Сомоджи синдромы (синдром Сомоджи); гепатит (гепатит); тері патологиясы (патология кожи); липодистрофия

(липодистрофия)

44. Диспансеризация (диспансеризация) 45. Емдік-профилактикалық іс-шаралар

(лечебно-профилактические мероприятия)

Басталған күні(дата начала)	**Біткен күні(дата окончания)**	**Іс-шаралар(мероприятие) ***

*ауруханаға жатқызу(госпитализация), санаторлы-курорттық емдеу(санаторно-курортное лечение), мүгедектікке өткізу(перевод на инвалидность)

Шағымдар(жалобы) _____

Объективті статус(объективный статус) _____

Нұсқаулар(рекомендации)_____

46. Дәрігерге келу(посещения)

Келетін күні(дата явки)	**Жоспарлы қаралу күні(дата планового осмотра)**	**Қаралудың қортындысы(результат осмотра)**	**Дәрігер (врач)**	**Пациент жағдайының мониторингі(мониторинг состояния пациента)***

* Эндокринологтың, нерологтың, көз дәрігерінің қарауы, диабетикалық табан кабинетінде қаралуы, бойы, салмағы, систолдық АД, диастолдық АД, HbAlc,%, ашқарындағы глюкоза деңгейі (ммоль/л),тамақтанғаннан 2 сағаттан кейін глюкоза деңгейі (ммоль/л),бір айдағы гипогликемияның орташа саны, гипокликемияның ауыр түрі (басқаның көмегіне кажеттілік),жалпы холестерин (ммоль/л), ЛПВП-Альфа холестерин (ммоль/л), ЛПНП (ммоль/л), триглициридтер (ммоль/л), несеп қышқылы (мкмоль/л), креатинин (мкмоль/л), СКФ (мл/мин/1,73 м2), альбумин/креатинин (мг/моль), альбуминурия (мг/л), протеинурия (г/л).

* Прием эндокринолога, осмотр невролога, осмотр офтальмолога, осмотр в кабинете диабетической стопы, рост, вес, АД систолитическое, АД диастолитическое, HbAlc,%, уровень глюкозы натощак (ммоль/л), уровень глюкозы через 2 часа после еды (ммоль/л), среднее количество гипогликемий в месяц, тяжелые гипогликемии (потребовалась посторонняя помощь), общий холестерин (ммоль/л), ЛПВП-Альфа холестерин (ммоль/л), ЛПНП (ммоль/л), триглицириды (ммоль/л), мочевая кислота (мкмоль/л), креатинин (мкмоль/л), СКФ (мл/мин/1,73 м2), альбумин/креатинин (мг/моль), альбуминурия (мг/л), протеинурия (г/л).

47. .Жүктіліктер (беременности): жүктіліктің жалпы саны(общее число беременностей) _____ _____,жүктілік саны (число беременностей), қалыпты жүктіліктің саны (закончившихся нормальными родами)_____, Тіркелген жылдағы жүктіліктің өтуі және аяқталуы (жүктілік жоқ, қазіргі уақытта жүктілік бар, жүктіліктің үзіліуі,қалыпты босану, өздігінен болған түсік, түсік), (беременность в год регистрации или наблюдения и ее исход (беременности нет, беременна в настоящее время, беременность прервана, нормальные роды, самопроизвольный аборт, аборт)), жайсыз аяқталған жүктілік саны (число беременностей с неблагоприятным исходом)

Есепке алынған күн (дата взятия)	**Жүктілік мерзімі (срок беременности)**	**Ауруды бақылайтын медициналық мекеме(мед.организация, наблюдающая больного)**	**Есептен шығарылған күн (дата снятия)**	**Босанған (аборт жасаған) күні (дата родов (аборта))**

48. Жанама құбылыстар (побочные явления):

Препарат (препарат)	**Алғашқы (впервые)**	**Алған дозасы(полученная доза)**	**Жанама құбылыстар(побочные явления)***

*Агранулоцитоз,анорексия, эпигастриядағы ауырсыну, бозару(гипогликемиялық жағдай),терлеу, жүрек соғуы, гипогликемиялық кома, диарея, асқазан жұмысының бұзылуы, қалқанша безінің жұмысының бұзылуы, гиперемия (аллергиялық реакция), лейкопения, липодистрофия (ұзақ қолданғанда),безгектік жағдай, ауыздың темір татуы, метиоризм, рефракцияның бұзылуы, ұйқының бұзылуы, гемопоэзаның бұзылуы, бауыр жұмысының бұзылуы, ентігу, қышыма (аллергиялық реакция), қан қысымының төмендеуі, тәбеттің төмендеуі, тахикардия,жүрек айну, тремор, тромбоцитопения, фотосенсибилизация, дәріге аллергия,сарысулық ауру, асқазан жолында стеройдты ойық жараның пайда болуы, есекжем (аллергиялық реакция), өттің қабынуы, аш ішектің тесілуі, тоқ ішектің тесілуі, асқазаннан қан кету, панкреатит, остепарозбен дамыған қайталмалы гиперпаратиреоз, гиперлипидемия,белоктағы катоболизмнің жоғарлауы, гипергликемия, стеройдты диабет, тері қышымасы (аллегиялық реакция), артқы субкапсулярлы катаракта, ретинит, глаукома, психикалық ауытқу, белсенділіктің төмендеуі, бейжайлық, ұйқысыздық, сарғайған цитостатикалық гепатит, екінші гиперурикемия, некротикалық энтеропатия, геморрагиялық цистит, ангионевротикалық ісік (аллергиялық реакция), гемолитикалық анемия, реактивті менингит, стоматит, терінің бөртуі, шаштың түсуі, өңеш ісігі. (аллергиялық реакция), анафилатикалық шок (аллергиялық реакция), анемия.

*Агранулоцитоз, анорексия, боль в эпигастрии, бледность (гипогликемическое состояние), потливость (гипогликемическое состояние), сердцебиение (гипогликемическое состояние), гликемическая кома, диарея, диспептические расстройства, дисфункция щитовидной железы, инсулинорезистентность, гиперемия (аллергическая реакция), лейкопения, липодистрофия (при длительном применении), лихорадочное состояние, металлический привкус во рту, метиоризм, нарушение рефракций, нарушение сна, нарушение гемопоэза, нарушение функций печени, одышка, зуд (аллергическая реакция), понижение артериального давления, снижение аппетита, тахикардия, тошнота, тремор, тромбоцитопения, фотосенсибилизация, лекарственная аллергия, сывороточная болезнь, образование стероидных язв желудочно-кишечного тракта, крапивница (аллергическая реакция), воспаление желчного пузыря, перфорация тонкого кишечника, перфорация толстого кишечника, желудочно-кишечные кровотечения, панкреатит, вторичный гиперпаратиреоз с развитием остеопороза, гиперлипидемия, повышение катаболизма белка, гипергликемия, стероидный диабет,

кожная сыпь (аллергическая реакция), задняя субкапсулярная катаракта, ретинит, глаукома, психическая неуравновешенность, снижение активности, интереса к окружающему, бессоница, цитостатический гепатит с желтухой, вторичная гиперурикемия, некротическая энтеропатия, геморрагический цистит, ангионевротический отек (аллергическая реакция), гемолитическая анемия, реактивный менингит, стоматит, кожные высыпания, облысение, отек гортани (аллергическая реакция), анафилатический шок (аллергическая реакция), анемия

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасына қосымша парақ
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Бүйрегі ауыратын науқасты диспансерлік қадағалауды бақылау картасы

Контрольная карта диспансерного наблюдения больного

с заболеваниями почек № _____

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) **(Ф. И. О. (при его наличии) врача)** **_____** **Лауазымы (Должность) _____** **_____** **Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____** **_____** **_____**	**Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы)** **(Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____** **_____** **Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)** **_____** **_____** **_____** **_____** **10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____** **Диагноз өмірінде 1 рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____** **_____** **күні (дата)** **БСА негізгі себебі (Основная причина ХБП) ___** **_____** **_____** **_____** **_____** **____10-АХЖ коды (шифр МКБ -10)** **Сопутствующие заболевания**

Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной)_____ _____ _____	**_____ _____ _____**
Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /____/ _____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	**10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____**
Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /____/_____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	**Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)**
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /____/_____/___ __(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	**Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _ _____ _____**
Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	**10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ _ белгілеу күні (дата установления инвалидности)_____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) ___ Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением , при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть)) Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _____**

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного)_____ _____

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____қызметтік телефоны (служебный телефон) _____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11. Келуін бақылау (Контроль посещений)

Келуі тағайындалды (Назначено явиться)														
Келді (Явился)														
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)														
Келді (Явился)														
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)														
Келді (Явился)														
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)														
Келді (Явился)														

12. Шумақшалық сүзгілеу жылдамдығы (ШСЖ) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))

Күні (дата)	**Бойы (Рост) (см)**	**Салмағы (Вес) (кг)**	**Креатинин**	**Шумақшалық сүзгілеу жылдамдығы (ШСЖ) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))**	**Бүйректің созылмалы ауруының ағымы (БСА) KDOQI жіктемесі бойынша (стадия хронической болезни почек (ХБП) по классификации KDOQI**

13. Бүйрек алмастырушы терапия қолданылады (получает заместительную терапию): Иә / Жоқ

Қолданылатын болса (если да): Перитонеальдық диализ (перитонеальный диализ)/ Гемодиализ (Гемодиализ)/

Бүйрек трансплантациясы (трансплантация почки)

14. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз),мүгедектік _____ тобы (көрсету) (Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать)).

15. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар

(Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)

_____
_____
_____

16. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

(Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность))

Күні Дата	**Іс-шаралар Мероприятия**	**Ұйымның атауы Наименование организации**	**Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационарозамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)**

17. Қайтыс болу себебі (Причина смерти)

_____
_____
_____ АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)
_____

18. Қайтыс болған орны (Место смерти) үйде, стационарда, басқа жерде (керегінің астын сызыңыз)
(дома, в стационаре, другом месте (нужное подчеркнуть))

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасына қосымша парақ
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Бүйрегі трансплантталған науқасты диспансерлік қадағалауды бақылау картасы
Контрольная карта диспансерного наблюдения больного с трансплантированной почкой № _____

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) **(Ф. И. О. (при его наличии) врача)**	**Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____** **_____** **Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)** **_____** **_____** **_____** **_____** **10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____** **Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____** **_____** **күні (дата)** **БСА негізгі себебі (Основная причина ХБП)____** **_____**

_____ **Лауазымы (Должность) _____** **_____** **Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____** **_____** **_____** **Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной)** **_____** **Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /____/_____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)** **Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /____/_____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)** **Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /____/_____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)** **Шығарылу себебі (Причина снятия):** **сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)**	**_____** **_____** **_____** **10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____** **Сопутствующие заболевания** **_____** **_____** **_____** **10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____** **Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)** **Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз** **(диагноз, по которому оформлена инвалидность) _** **_____** **_____** **10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____** **_** **белгілеу күні (дата установления инвалидности)_____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) ___** **Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз)** **(Заболевание выявлено: при обращении за лечением , при профосмотре, при скрининге,** **другое (нужное подчеркнуть))** **Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр)** **_____**

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О(при его наличии).больного)_____

2. ЖСН (ИИН)

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____қызметтік телефоны (служебный телефон) _____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11. Келуін бақылау (Контроль посещений)

Келуі тағайындалды (Назначено явиться)														
Келді (Явился)														
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)														
Келді (Явился)														
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)														
Келді (Явился)														
Келуі тағайындалды (Назначено явиться)														
Келді (Явился)														

12. Шумақшалық сүзгілеу жылдамдығы (ШСЖ) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))

Күні (дата)	**Бойы (Рост) (см)**	**Салмағы (Вес) (кг)**	**Креатинин**	**Шумақшалық сүзгілеу жылдамдығы (ШСЖ) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))**	**Бүйректің созылмалы ауруының ағымы (БСА) KDOQI жіктемесі бойынша (стадия хронической болезни почек (ХБП) по классификации KDOQI**

13. Бүйректі алмастыру операциясын жасау күні (Дата проведения операции по пересадке почки): кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг) _____/_____/ _____

14. Алмастырылған бүйректің сипаттамасы (Характеристика пересаженной почки): 1 – донор тірі (живой); 2 – донор мәйіті (трупный); 3 - өзге (прочие)

15. Операция жасаған медициналық ұйым, мемлекет (страна/(мед. организация), где произведена операция) _____

16. Иммуносупрессивтік терапияны бастау күні (Дата начала иммуносупрессивной терапии): __ ___/_____/ _____

17. Иммуносупрессивтік терапияны аяқтау күні (Дата окончания иммуносупрессивной терапии): _____/_____/ _____

18. Иммуносупрессивтік терапияны тоқтату себебі (Причина прекращения иммуносупрессивной терапии): 1 – Тұратын жерін ауыстыру (смена места жительства); 2 - өлім (смерть);

3- өзге (прочие)

19. Науқасқа тағайындалатын иммунодепрессанттар (Иммунодепрессанты, назначаемые больному)

Препараттың халықаралық патенттелмеген атауы (Международное непатентованное наименование препарата)	**Өндіруші ел және фирма (Страна и фирма производитель)**	**Препараттарды қабылдай бастау күні (Дата начала приема препарата)**	**Препараттарды қабылдауды аяқтау күні (Дата начала приема препарата)**	**Шығарунысаны (Форма выпуска)**	**Тәуліктік доза (Суточная доза) (мг)**	**Жиынтық доза (Суммарная доза) (мг)**

20. Иммунодепрессанттарды қабылдау салдарынан пайда болатын жанама әсерлер (Побочные явления, вызванные применением иммунодепрессантов)

Препараттың халықаралық патенттелмеген атауы (Международное непатентованное наименование препарата)	**Өндіруші ел және фирма (Страна и фирма производитель)**	**Жанама әсер (Побочное явление)**

21. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз),мүгедектік _____ тобы (көрсету). Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

22. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар

(Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях)

_____
_____

_____

23. Бүйрек трансплантациясынан кейінгі асқынулар (Осложнения после трансплантации почки)

Асқыну түрі Вид осложнения	**Күні Дата**

24. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

(Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность))

			Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек,

Күні Дата	Іс-шаралар Мероприятия	Ұйымның атауы Наименование организации	стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационарозамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-1/е нысанды медициналық ұжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 030-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым _____

(Медицинская организация, наблюдающая больного)

"В" және "С" вирусты гепатиттерге тексерілгендер және ауыратын науқастарды жеке есепке алу картасы

Карта индивидуального учета обследованных и больных вирусными гепатитами "В" и "С"
№_____

Шұғыл түрде хабарлама (Экстренное извещение) №_____ 20___жылғы (20___ года)

"___"_____

1. Тегі (Фамилия) _____ Аты (Имя) _____

Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (күні/айы/жылы) (Дата рождения (день/месяц/год) ___/__/_____

3. Жынысы: 1- ер, 2- әйел (Пол: 1- муж, 2- жен).

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Документы, удостоверяющие личность: 1 – паспорт, 2 - жеке куәлігі (удостоверение личности), 3 - туу туралы куәлігі (свидетельство о рождении), 4 - басқалар (прочие)

_____

Сериясы (Серия) _____ Нөмірі (Номер) _____. Берілген күні (Дата

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

выдачи) ___/____/_____жылғы (года) ЖСН (ИНН)|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

6. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер)

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

7. Тұрғылықты орны (Место жительства): облыс (область) _____, аудан

(район) _____, кент, аул (поселок, село)_____ғғғ_____,

көшесі (улица)_____ үй (дом) №_____ пәтер (квартира)

№_____

8. Берілген тұрғылықты орнында қай жылдан бері тұрады_____.

(С какого года проживает в данной местности)

9. Отбасылық жағдайы (Семейное положение): 1- үйленбеген, тұрмыс құрмаған (никогда не состоял (-а) в браке); 2-үйленген, тұрмыс құрған (состоит в браке); 3- ажырасқан (разведен (-а); 4- жесір (вдовец (вдова).

10. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): қызметші (служащий); жұмысшы (рабочий); ауыл шаруашылық қызметкері (работник сельского хозяйства); зейнеткер (пенсионер); учащийся (оқушы); үй шаруасында (домохозяйка); жеке еңбекпен айналысатын адам (лицо, занятое индивидуальным трудом); дін қызметшісі (служитель культа); жұмыссыз (безработный); басқалар (иное).

11. Білімі (Образование): 1- білімі жоқ (без образования); 2- бастапқы (начальное); 3- орта білім (среднее); 4- орта арнаулы (среднее спец); 5- аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее); 6- жоғары (высшее).

12. Тұрғындар санаты (Категория населения): 1-жұмыс істеушілер (работающие); 2-жұмыссыздықпен тіркелгендер (зарегистрированные безработные); 3-жұмыссыздықпен тіркелмегендер (незарегистрированные безработные); 4-ұйымдастырылған балалар (организованные дети); 5-ұйымдастырылмаған балалар (неорганизованные дети); 6-18 жастан үлкен күндізгі оқу формасында оқиды (учащиеся очной формы обучения старше 18 лет); 7-бала кезінен мүгедек (инвалиды детства); 8-ауруы бойынша мүгедектер (инвалиды по

заболеванию); 9-ҰОС қатысқандар (участники ВОВ); 10-ҰОС мүгедектері (инвалиды ВОВ);

11-оралман.

Медицина қызметкерлеріне арналған (Для медицинских работников)

13. Жұмыс орны (Место работы): облыс (область) _____ аудан (район)

_____ кент, аул (поселок, село) _____ ұйым

(организация)_____

14. Әкімшілік басқару аппаратының қызметкерлері (Работники

административно-управленческого аппарата); Дәрігерлер (Врачи); Орта медицина

қызметкерлері (Средние медработники); Басқалары (Прочие).

15. Жоғары оқу орны (орта арнаулы оқу

орны)_____

Высшее учебное заведение (среднее учебное заведение),

аяқтаған жылы (год окончания)_____.

16. Қазіргі жұмысы бойынша мамандығы (Специальность, по которой

работает)_____ осы жұмысы бойынша еңбек өтілі (стаж работы по

ней)_____ жылынаң бастап, оның ішінде осы ұйымда (из них в данной организации)

____ жылдаң бастап (с _____года).

17. Ғылыми дәрежесі (Ученая степень): 1 – медицина ғылымының кандидаты - болған

жағдайда (бұдан әрі –МҒК) (кандидат медицинских наук – при наличии (далее - КМН); 2 -

медицина ғылымдарының докторы - болған жағдайда (бұдан әрі –МҒД) (доктор медицинских

наук – при наличии (далее - ДМН).

18. Атқарып жүрген лауазымы (Занимаемая должность)_____, осы бойынша еңбек өтілі ___ жылдан бастап (стаж работы по ней с _____года).

19. Жалпы медициналық еңбек өтілі _____ жылынан бастап (Общий медицинский стаж с _____года).

20. Медициналық еңбек өтілінің үзілісі _____жылды құрады.

(Перерыв медицинского стажа составил _____лет).

---

21. Клиникалық деректері *(бір немесе бірнешеуін таңдау)*

Клинические данные *(выбрать одно или несколько)*.

1. Қаралған кездегі негізгі шағымдар (Основные жалобы при обращении): ауыруды сезіну (боль), оң жақ бүйірде ауырсыну (тяжесть в правом боку), эпигастрияда ауыруды сезіну (боль в эпигастрии), әлсіздік (слабость), бас ауыру (головная боль), жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуі (снижение работоспособности), ұйқының бұзылуы (нарушение сна), жүрек айну (тошнота), құсу (рвота), іш қату (запоры), диарея, салмақ жоғалту (потеря в весе), іш кебу (вздутие живота), сары ауру (желтуха), қызба (лихорадка), басқа (другое).

2. Бауырдан тыс көріністер (Внепеченочные проявления): телеангиоэктазии, пальмарлы эритема (пальмарная эритема), ксантелазма, капиллярит, тері бөртпесі (кожная сыпь), артрит, тиреоидит, анемия, тромбоцитопения, лейкопения,

криоглобулинемия, түйінді периартериит (узелковый периартериит), гломерулонефрит, тестикулярлы жеткіліксіздік (тестикулярная недостаточность), қант диабеті (сахарный диабет), басқа (другое).

22. Тәуекел тобы (қажеттінің астын сызу) (Группа риска (подчеркнуть нужное):

1. Жүкті әйелдер (Беременные): 1-имеющие в анамнезе оперативные вмешательства, 2-имеющие в анамнезе переливание крови и ее компонентов;

2. Науқастар (Больные): 1-гемофилиямен ауыратын науқастар (больные гемофилией), 2-онкогематологиялық аурулармен ауыратын науқастар (больные онкогематологическими заболеваниями), 3-гемодиализдегі науқастар (больные на гемодиализе), 4-с заболеваниями крови, 5-больные злокачественными новообразованиями;

3. Медицина бөлімшесінің персоналы (Персонал медицинских отделений): 1-стоматологиялық кабинеттердің (стоматологических кабинетов), 2-хирургия бөлімшелердің (хирургических отделений), 3-акушерлік-гинекологиялық бөлімшелердің (акушерско-гинекологических отделений), 4-гематологиялық бөлімшелердің (гематологических отделений), 5-қан орталықтарының (центров крови), 6-гемодиализ бөлімшелерінің немесе орталықтарының (отделений или центров гемодиализа), 7-зертхананың (лабораторий), 8-басқа бөлімшелердің (других отделений).

4. Тәуекел мінез-құлқындағы адамдар (Лица рискованного поведения): 1-инъекциялық есірткілерді тұтынушылар - болған жағдайда (бұдан әрі – ИЕТ) (потребители инъекционных наркотиков – при наличии (далее - ПИН), 2-гомосексуалистер (гомосексуалы), 3-комерциялық секс қызметкерлері - болған жағдайда (бұдан әрі – СҚ) (работники

коммерческого секса – при наличии (далее - РС).

5. Қызмет көрсету саласы (Сфера обслуживания).

6. Басқа да (Другое).

23. Берілу жолы: (қажеттінің астын сызу)

Пути передачи: (подчеркнуть нужное).

1. Жасанды берілу жолы - Медициналық ем-шаралар және манипуляциялар (Искусственные пути передачи - Медицинские процедуры и манипуляции):

1- қан құю және қан ауыстырғыштар (переливание крови и кровезаменителей), 2-гемодиализ, 3-операциялар (операции), 4-катетеризация, 5-протездеу (протезирование), 6-ағзалар мен тіндерді трансплантациялау (трансплантация органов и тканей), 7-тістерді протездеу және емдеу (лечение и протезирование зубов), 8- медициналық ұйымдарда иглорефлексотерапия (иглорефлексотерапия в медицинских организациях), 9-медициналық ұйымдарда сүндетке отырғызу (иссечение крайней плоти (обрезание) в медицинских организациях), 10-басқа да инвазивті медициналық ем-шаралар (другие инвазивные медицинские процедуры).

2. Жасанды берілу жолы - Косметологиялық инвазивті ем-шаралар (Искусственные пути передачи - Косметологические инвазивные процедуры): 1-косметологиялық операциялар (косметологические операции); 2- косметикалық манипуляциялар (татуаж, пирсинг, маникюр, педикюр, шаштаразда қырыну) (косметические манипуляции (татуаж, пирсинг, маникюр, педикюр, бритье в парикмахерских), 3-косметологиялық инъекциялар (косметологические инъекции), 4-басқа да косметологиялық инвазивті ем-шаралар және манипуляциялар (другие

косметологические инвазивные процедуры и манипуляции)

3. Табиғи (Естественные): 1-вертикалды (вертикальный), 2-жыныстық (половой), 3-гемобайланыс (күтім жасайтын құралдарды ортақ қолдану және басқалар) (гемоконтактный (использование общих предметов ухода и другие), 4- инемен шаншу немесе басқалар, ауруханадан тыс жағдайда араласу (иглоукалывание или другие вмешательства во внебольничных условиях), 5-медициналық ұйымдарға жүгінбеген тері қабатының бұзылуы болған жарақаттар (травмы с нарушением целостности кожи без обращения в медицинские организации).

_____224.

Зертханалық зерттеулер нәтижелері

Результаты лабораторных исследований

24.1. ИФТ диагностикасының нәтижелері (Результаты ИФА диагностики):

Күні (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год)									
В гепатиті (Гепатит В)									
HBsAg									
anti HBs									
Total anti HBc									
IgM anti HBc									
IgG anti HBc									
HBeAg									
anti HBe									
С гепатиті (Гепатит С)									
anti HCV									
D гепатиті (Гепатит D)									

Total anti HDV								
IgM anti HDV								

+ (*плюс*) - оң нәтиже (положительный результат),

- (*минус*) - теріс нәтиже (отрицательный результат)

24.2. ПЦР нәтижесі (Результаты ПЦР)

Күні (күні, айы, жылы Дата (число, месяц, год)								
HBV DHK								
HDV PHK								
HCV PHK								

+ (*плюс*) - оң нәтиже (положительный результат),

- (*минус*) - теріс нәтиже (отрицательный результат).

24.3. Белсенділік дәрежесі (Степень активности): 1- ең аз

(аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза - болған жағдайда (бұдан әрі –АЛТ/АСТ)

норма шегінде) (минимальная (аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза – при

наличии (далее -АЛТ/АСТ) в пределах нормы), 2- әлсіз (нормадан 1,5 – 3) (слабая (1,5 –

3 нормы), 3 – орташа (нормадан 3,5-9) (умеренная (3,5-9 норм), 4 – айқын (10 және

нормадан артық) (выраженная (10 и более норм).

24.4. Морфологиялық өзгерістер (Морфологические изменения): 0- гистологиялық зерттеулер

жүргізілмеген (гистологические исследования не проводились), 1- F0 фиброзсыз (F0 без

фиброза); 2 – F1 айқын емес перипорталды фиброз (F1 слабовыраженный перипортальный

фиброз); 3 – F2 портопорталды септасы бар орташа фиброз (F2 умеренный фиброз с портопортальными септами); 4 – F3 портоцентралды септасы бар айқын фиброз (F3 выраженный фиброз с портоцентральными септами); 5 – F4 бауыр циррозы (F4 цирроз печени).

24.5. АИТВ-инфекциясына зерттеу (Исследования на ВИЧ-инфекцию): Күні (Дата) ____ ____ _____ жылғы (года) Результат: теріс (отрицательный) оң (положительный).

25. АИТВ-инфекциясы оң болған кезде қосымша АИТВ орталығында зерттеу (При положительном ВИЧ дополнительное исследование в Центре СПИД):

Талдау нәтижесінің берілген күні (Дата выдачи результата анализа) _____ _____ _____ жылғы (года). Иммуноблотингтың нәтижесі (Результат иммуноблотинга) - 1- теріс (отрицательный) 2- оң (положительный).

_____

26. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)_____

_____10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)_____

27. Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /____/_____/_____(күні/айы/жылы (дд/мм/гггг).

28. Есепке алынған күн (Дата взятия на учет): /____/_____/____/ (күні/айы/жылы (дд/мм/гггг).

29. Есепке алу (Взят на учет): 1- бірінші қойылған диагнозымен (с диагнозом, установленным впервые); 2-бұрынғы қойылған диагнозымен (с ранее установленным

диагнозом); 3- ведомстволық емдеу ұйымында есепте тұр (состоит на учете в ведомственной лечебной организации); 4. қайтыс болғаннан кейін (учтен посмертно).

30. Аурудың анықталу жағдайлары (Обстоятельства выявления заболевания): 1- өздігінен қаралған (обратился самостоятельно); 2- донорлық қан тапсырған кезде (при сдаче донорской крови); 3- алды налу қарау жүргізу кезінде (при проведении профосмотра); 4- басқа жағдайларда (при других обстоятельствах); 5 - қайтыс болғаннан кейін (учтен посмертно).

31. Анамнезінде болуы (Наличие в анамнезе): вирустық гепатит (вирусного гепатита) 1-иә(да) 2-жоқ (нет); В гепатитіне қарсы вакцинация (вакцинации против гепатита В) 1иә (да) 2- жоқ (нет); вакцинаны алған күндері (дата вакцинации) 1-сі (1-ая) ___ ___ _____жыл (год); 2-сі (2-ая) ___ ___ _____жыл (год); 3-сі (3-я) ___ ___ ____жыл (год)

32. Қоса жүретін аурулар (Сопутствующие заболевания):

Аурудың атауы (Название заболевания)	10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)

33. Пайдаланылатын дәрілік заттар *(мемлекеттік тапсырыс бойынша препараттарды ғана елгілеу)*

Используемые лекарственные препараты *(отмечать только препараты по гос закупу):*

Халықаралық Патентелмеген	Сауда маркасы	Шығарған фирма	Қабылдауды бастаған	Қабылдауды аяқтаған	Өлшем бір-	Тәулікті доза мг	Дозаға саны	Тәуліктік дозаның жалпы

атауы (Между-народное непатен-тованное наимено-вание)	(Торго-вая марка)	(Фирма произво-дитель)	күні (Дата начала приема)	күні (Дата завершения приема)	лігі (Еди-ница изме-рения)	немесе мл (Суточ-ная доза в мг или мл)	(Ко-ли-чес-тво на дозу)	саны (Всего коли-чество суточных доз)

34. Науқастың жағдайы туралы деректер (Данные о состоянии больного):

Келу уақыты белгіленді (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келуі күні (күні, айы, жылы) Дата явки (число, месяц, год)	Пациен-ттің жалпы жағдайы *) Общее состояние пациента *)	Қаралу жағдайына қорытынды **) Исход обращения **)	Келу уақыты белгіленді (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келуі күні (күні, айы, жылы) Дата явки (число, месяц, год)	Пациенттің жалпы жағдайы *) Общее состояние пациента *)	Қаралу жағдайына қорытынды **) Исход обращения **)

*) 1- толық жұмысқа қабілетті (полностью трудоспособен); 2– жеңіл жұмысқа қабілетті (способен к легкой работе); 3- уақытының 50 %-нан астамын төсекте өткізу, өзіне қарауға шамасы бар (более 50 % времени проводит в постели, способен обслуживать себя); 4- үнемі басқа адамның көмегін қажет ететін, төсек тартып жатқан науқас (лежачий больной, постоянно нуждается в посторонней помощи).

**) 1- ауруынан айыққан (вылечен). 2- жақсарған (улучшение), 3- жақсармаған (без улучшения), 4- нашарлаған (ухудшение).

35. Вирусқа қарсы терапияның мониторингі (Мониторинг противовирусной терапии):

2.1 вирусологиялық жауабы тез (1 ай) (вирусологический ответ быстрый (1 месяц);

2.2 вирусологиялық жауабы бұрынғы (3 ай) (вирусологический ответ ранний (3 месяц);

2.3 емді аяқтағаннан кейінгі вирусологиялық жауап (вирусологический ответ по окончании лечения);

2.4 емді аяқтағаннан кейін 6 айдан кейінгі вирусологиялық жауап (вирусологический ответ через 6 месяцев после окончания лечения).

36. Негізгі ауруы бойынша мүгедіктігі (Инвалидность по основному заболеванию):1 – 1-топтағы мүгедек (инвалид 1-й группы); 2- 2-топтағы мүгедек (инвалид 2-й группы); 3 – 3-топтағы мүгедек (инвалид 3-й группы); 4– мүгедектіктен бас тарту (отказ от инвалидности); 5 – мүгедек емес (нет инвалидности).

37. Асқынуы (Осложнения): бауыр циррозы (цирроз печени), гепатоцеллюлярная карцинома, басқа (другое).

38. Диспансерлік есептен шығару күні (Дата снятия с диспансерного учета)

_____/_____/_____/ жылы (года).

39. Диспансерлік есептен шығару себебі (Причина снятия с диспансерного учета): 1- ауруынан айықты (выздоровление), 2- диагнозы расталмаған (диагноз не подтвержден), 3- сапарға шығып кеткен (выезд), 4- қайтыс болған (умер).

39.1. Қайтыс болу себебі (Причина смерти) (диагноз) _____

_____10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)

_____

40. Эпидемияға қарсы іс-шаралар (Противоэпидемические мероприятия):

Байланыста болған адамдардың зертханалық тексерілген саны (Количество лабораторно обследованных контактных) _____ адам (человек) ВВГ, СВГ, СВВГ - терге оң нәтиже анықталды (*қажеттінің астын сызу*). (Выявлено с положительными результатами на ВГВ, ВГС, ВГВС (*подчеркнуть нужное*) _____ адам (человек).

ВВГ-ге қарсы егілуге тиіс байланыста болған адамдардың саны (жанұя, жыныстық серіктер және с.с.) (Количество контактных (семья, половые партнеры и т.п.), подлежащих прививкам против ВГВ) _____ Егілді (Привито) _____

41. Дәрігер: (ТӘА) (Врач: (ФИО)_____Қолы (Подпись)_____

Ескертпе: Карта барлық тексерілген дені сау және В мен С гепатитімен сырқат адамдарға толтырылады. Дені сау болып шыққан адамдарға тек 1-24.1 және 26-тармақтар толтырылады. "Қорытынды диагноз" 26-тармақта дені сау контингентке АХЖ-10 Z11.5 шифрын көрсету керек (басқа вирустық ауруларды анықтау мақсатында арнайы скринингілік тексерілу).

(Примечание: Карта заполняется на всех обследованных лиц, оказавшимися здоровыми и больными гепатитом В и С. На обследованных лиц, оказавшимися здоровыми заполняются только пункты 1-24.1 и 26. В пункте 26 "Заключительный диагноз" на здоровый контингент указывать шифр МКБ-10 Z11.5 (специальное скрининговое обследование с целью выявления других вирусных болезней).

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау	

министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 030-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 030-2/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы
Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством

Картаны толтырған күні

Дата заполнения карты_____

айы, жылы (месяц, год)

1.Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН)_____ ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Туған күні (Дата рождения)_____

2.Мекен-жайы (Адрес)_____ ____ _____ Мекен-жайының коды Код места жительства ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ республика, өлке, облыс қала, аудан (республика, край, область) (город, район) 3. Тұрғыны (житель): қаланың (города), ауылдың (села) 4. Жынысы (пол): ер (мужской), әйел (женский) 5. Жұмыс істеуі (работает): иә (да), жоқ (нет) 6. Оқуы (Учится в): орта мектепте (средней школе) --1 КТК (ПТК) --2	Жұмыс орны, лауазымы (Место работы, должность)_____

орта арнаулы оқу орны (среднем специальном учебном заведении) --3
жоғары оқу орнында (высшем учебном заведении) --4
басқалар (прочее) --5
оқымайды (не учится) --6
7. Білімі (образование):
жоғары (высшее) --1
аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее) --2
арнаулы орта (среднее специальное))
орта мектепте бітірген сыныбының саны
ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп саналмайды
(число оконченных классов средней школы, --3
исключая школу для умственно отсталых)
9. Ауруды анықтаған негіздер (Источник выявления заболевания):
10. Медициналық ұйым (көрсету)(Медицинская организация (указать))

_____
_____

11. Білім беру органдары: облыстық балалар үйі, жасөспірімдер үйі, мектеп (профтексеру), мектеп әкімшілігі, ЖОО, балалар үйі (Органы образования (подчеркнуть): областной детский дом, дом юношества, школа (профосмотр), администрация школы, ВУЗ, детский приют);
12. Құқық қорғау органдары: УИП, ГДН, ЦВИАРН, ОПМ, ЖПБ, ТӘАЖ, УИС, Әкімшілдік сотталған тұлғаларға арналған арнайы қабылдағыш, СИЗО (Правоохранительные органы: УИП, ГДН, ЦВИАРН, ОПМ, УДП, СОБР, УИС, Спецприемник для административно задержанных лиц, СИЗО);
13. Сараптама: СНЭК, медициналық негіздеу (Экспертиза: СНЭК, медицинское освидетельствование);
14. Шығарым сараптамалары: облыстық наркологиялық диспансері, облыстық психиатриялық ауруханасы (Выписные эпикризы: областного наркологического диспансера, областной психиатрической больницы);
15. Военкомат: қалалық, облыстық (Военкомат: городской, областной);
16. Өз бетімен хабарласу (Самостоятельное обращение);
17. Уақытша қалпына келтіру және уытсыздану орталығы (Центр временной адаптации и детоксикации).
18. Сырқаты басталған күні (Дата начала заболевания)):

☐☐ ☐☐☐☐

айы (месяц) жылы (год)

_____ _____
_____

Жұмыс істемейтіндер үшін (для не работающих):
Жасы бойынша зейнетақы (пенсия по возрасту) - 2
Мүгедектігі бойынша зейнетақы (пенсия по инвалидности) -3
Стипендия - 4
Жеке адамдар қолында (на иждивении отдельных лиц) - 5
Басқалар (прочее) - 6
ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп --4
(школа для умственно отсталых)
басқа (прочее) --5
оқымаған (не учился) --6
8. Кім жіберді (астын сызу керек) (кем направлен (подчеркнуть)):
психиатриялық (психоневрологиялық) ұйым --1
(психиатрическая (психоневрологическая) организация)
наркологиялық ұйым (наркологическая организация); --2
басқа медициналық ұйым (другая медицинская организация); --3
медициналық емес ұйым (немедицинская организация); --4
өзідігінен (самостоятельно); --5
басқа (прочее); --6

_____
_____

19. Бақылауға алынды (Взят под наблюдение): өмірінде бірінші рет (впервые в жизни) қайталануы (повторно);

20. АХЖ-10 бойынша диагнозы қойылып қайта қаралған күнімен.

Диагноз по МКБ-10 с датой установления и пересмотра

ойылған және (қайта қаралған) күні айы жылы Дата установления (пересмотра) месяц год	**Негізгі және қосалқы сырқаттарының тұжырымдалуы Формулировка основного и сопутствующего диагноза**	**Негізгі диагнозының коды Код основного диагноза**	**Қосалқы диагнозының коды Код сопутствующего диагноза**

21. Қоғамға қауіпті іс-әрекеттері - болған жағдайда (бұдан әрі – ҚҚІӘ)

Общественно-опасные действия – при наличии (далее – ООД)

ҚҚІӘ түрі Вид ООД*)	**Бабы Статья**	**Кодекс**	**Жасалған күні Дата совершения**		**ҚҚІӘ түрі Вид ООД*)**	**Бабы Статья**	**Кодекс**	**Жасалған күні Дата совершения**	
			айы месяц	жылы год				айы месяц	жылы год

*Қылмыстық құқық бұзу (Уголовное правонарушение) – 1; әкімшілік (административное) – 2; өзіне-өзі қол жұмсау (суицидальная попытка) - 3; басқа (прочее) - 8

22. Аутоозбырлық мінез-құлық - болған жағдайда (бұдан әрі –АОМ)

Аутоагрессивное поведение – при наличии (далее – АП)

№	**АОМ түрі Вид АП***	**Уәжі Мотив****	**Аяқталуы Исход****	**Жасалған күні Дата совершения**	
				айы месяц	жылы год

*Өзін-өзі асу (самоповешение) -1, Өзін-өзі кесу (самопорез) -2, өзін -өзі улау (самоотравление) -3, биіктіктен құлау (падение с высоты) -4, өзін-өзі ату (самострел) -5, құрамды (комбинированное)- 6, басқа (прочие) -7

** сандырақтық (бредовой)-1, ауырғыш анестезия (болезненная анестезия)-2, дауыстардың бұйыруы ("приказ голосов")- 3, наразылықтың реакциясы (реакция протеста) -4, еліктеу реакциясы (реакция имитации)-5, тұлғааралық кикілжің (махаббат) (межличностный конфликт (любовь))-6, өмірден шаршауы ("усталость от жизни")-7, аурудан шаршауы ("усталость от болезни")-8, құрамды (комбинированный)-9, басқалар (прочие)-10

***Тірі (жеңіл жарақат) (Жив (легкие травмы))-1, Тірі (ауыр жарақат) (Жив (тяжелые травмы))-2, өлді (умер)-3, тірі (жарақаты жоқ)(жив (травм нет))-4

23. Бақылау динамикасы

Динамика наблюдения

Бақылау түрі Вид наблюдения *)	**Тобы **) Группа **)**	**Басталған мерзімі Дата начала**		**Аяқталған мерзімі Дата окончания**		**Бақылау түрі *) Вид наблюдения *)**	**Тобы **) Группа **)**	**Басталған мерзімі Дата начала**		**Аяқталған мерзімі Дата окончания**	
		айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год			айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год

*) Бақылау түрі (вид наблюдения): диспансерлік (диспансерное) – 1; кеңестік (консультативное) – 2; профилактикалық (профилактическое) – 3;

**) Арнайы есеп (спецучет) – 8; 1-ден 6 топтарын аймақтың бас психиатрінің (наркологінің) нұсқауымен тағайындайды (с 1 по 6 группы устанавливаются инструкциями главных психиатров (наркологов) территории; белгісіз (неизвестно) – 9;

24. Алмастырғыш қолдаушы терапияны алу (Получает заместительную поддерживающую терапию)__ _____жылғы _____ _____ бастап _____жылғы _____ _____ дейін.

25. Алмастырғыш қолдаушы терапияны алу аяқтау себебі (Причина окончания заместительной поддерживающей терапии): 1-ерікті тоқтату (доброволное прекращение); 2- келісім-шартын бұзуға байланысты (в связи с нарушением условий контракта); 3- қылмыстық жауапкершілікке тарту (привлечение к уголовной ответственности (арест); 4-жүріп кету (выезд); 5- стационарлық емдеу (стационарное лечение); 6- өлім (смерть); 7- басқасы (прочие)

26. Дәрімен емдеу, оған алмастырғыш қолдаушы терапия препараттарын қоса (Фармакотерапия, включая препараты заместительной поддерживающей терапии)*

Дәрімен емдеу (Фармакотерапия)*

Препараттың атауы Наименование препарата**	**Басталған мерзімі Дата начала**		**Аяқталған мерзімі Дата окончания**		**Енгізудің тәсілі*** Способ введения***	**Тәуліктегі ең үлкен мөлшер Максимальная суточная дозировка (мг)**	**Аяқталған себебі**** Причина окончания****
	айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год			

*) науқасқа тағайындалған барлық препараттар енгізіледі (вносятся все препараты, назначенные больному)

**)саудалық атау (торговое название)

***)бұлшық ет ішіне (внутримышечно)-1, көктамыр ішіне(внутривенно)-2, ауыз арқылы (перорально)-3

***) нәтиженің жоқ болуы (отсутствие эффекта)-1, аурудың бас тартуы (отказ больного)-2, дәрінің жоқ болуы (отсутствие препарата)-3, емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)-4, емдеу курсының аяқталуы (окончания курса лечения)-5, аллергия-6

27. Емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)

ЕҚҚ түрі* Вид НЯ*	Дәрінің атауы** Наименование препарата**	Енгізудің тәсілі Способ введения	ЕҚҚ жасаған мөлшерлеме Дозировка, вызвавшая НЯ (мг)

*) жедел экстрапирамидтік синдром (острый экстрапирамидный синдром)-1, гормондық бұзылыстар (гормональные нарушения)-2, ұйқышылдық(сонливость)-3, психоздық симптомдардың күшеюі (усиление психотических симптомов)-4, ішкі мүшелер тарапынан бұзылыстар (нарушения со стороны внутренних органов)-5, аллергия-6, басқа (прочее)-7.

**)саудалық атау (торговое название)

Бақылауды тоқтатқанда толтырылады
Заполняется при прекращении наблюдения

28. Бақылауды тоқтату себебі (причина прекращения наблюдения):

жазылуы және жақсаруының тұрақталуы (выздоровление или стойкое улучшение) --1

қайтыс болуы (смерть) -- 2

басқа ауданға көшуі (выезд в другой район) --3

бір жыл бойы мәлімет болмауы (отсутствие сведений в течение года) --4

психикалық (наркологиялық) сырқат диагнозының алынуына байланысты (в связи

со снятием диагноза психического (наркологического) заболевания --
5

осужден -- 6

басқа (прочее) -- 7

29. Қайтыс болу себебі (причина смерти):

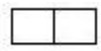
Өзіне өзі қол жұмсауы (самоубийство) --1

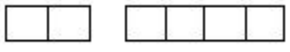
Қайғылы жағдай (несчастный случай) --2

Басқа белгілі себептер (другие известные причины) --8

Белгісіз (неизвестно) --9

30. Бақылау алынған күн (дата снятия наблюдения):





күні (день) айы (месяц) жылы (год)

Дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. врача)_____

31. Уақытша жұмысқа жарамсыздығы туралы белгілер (жұмыстағы адамдар үшін)
Отметки о случаях временной нетрудоспособности (для работающих)

Р/с № п/п	**Код *)**	**Басталуы Начало**			**Аяқталуы Окончание**			**Күндер саны Число дней**	**Р/с № п/п**	**Код *)**	**Басталуы Начало**			**Аяқталуы Окончание**			**Күндер саны Число дней**
		күні день	айы месяц	жылы год	күні день	айы месяц	жылы год				күні день	айы месяц	жылы год	күні день	айы месяц	жылы год	

*) амбулаторлы (амбулаторно) – 1; стационарлы (стационарно) – 2; күндізгі стационар (дневной стационар) – 3;

32. Жыл бойғы жұмысқа жарамсыздығы жайлы жиынтық мәлімет
Суммарные сведения о временной нетрудоспособности за год

Жыл Год	**Амбулаторлы Амбулаторно**		**Стационарлы Стационарно**		**Күндізгі стационар Дневной стационар**		**Жыл Год**	**Амбулаторлы Амбулаторно**		**Стационарлы Стационарно**		**Күндізгі стационар Дневной стационар**	
	қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней		қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней	қанша рет число случаев	күндер саны число дней

33. Науқастың бақылау кезінде арнаулы стационар (күндізгі стационар) бөлімдерінде болғаны жайлы белгілер
Отметки о пребывании больного в специализированном стационаре (дневном стационаре) подразделении за время наблюдения

Стационар түрі Вид стационара *)	**Түскен күні Дата поступления**			**Шыққан күні Дата выбытия**			**Стационар түрі Вид стационара *)**	**Түскен күні Дата поступления**			**Шыққан күні Дата выбытия**		
	күні день	айы месяц	жылы год	күні день	айы месяц	жылы год		күні день	айы месяц	жылы год	күні день	айы месяц	жылы год

*) психиатрлік (психиатрическое) – 01; психоневрологиялық (психоневрологоческое) – 02; психосоматикалық (психосоматическое) – 03; соматопсихиатр (соматопсихиатр) – 04; күндізгі психиатрлік стационар (дневной стационар психиатр) – 05; түнгі психиатрлік стационар (ночной стационар психиатр) – 06; ықтиярынсыз психиатрлік емдеу (принудительное лечение психиатрическое) – 07; наркологиялық стационар (наркологический стационар) – 11; өндіркәсіпорындағы (при промышленном предприятии) – 12; күндізгі наркостационар (дневной наркостационар) – 13; түнгі наркостационар (ночной наркостационар) – 14; ықтиярынсыз емдеу нарко (принудительное лечение нарко) – 15; ЛТП – 16.

34. Келіп тұруы туралы белгілер (үйде қаралуын қоса)
Отметки о посещениях (включая посещения на дому)

	жылы год	**айы месяц**	**күні день**	**айы месяц**	**күні день**	**айы месяц**	**күні день**	**айы месяц**	**күні день**	**айы месяц**	**күні день**	**айы месяц**	**күні день**
Тағайындалды Назначено													
Келді Явился													
Зерттеу нәтижесі Результат осмотра *													
Тағайындалды Назначено													
Келді Явился													
Зерттеу нәтижесі Результат осмотра *													
Тағайындалды Назначено													
Келді Явился													
Зерттеу нәтижесі Результат осмотра *													
Тағайындалды Назначено													
Келді Явился													
Зерттеу нәтижесі Результат осмотра *													
Тағайындалды Назначено													
Келді Явился													
Зерттеу нәтижесі													

Результат осмотра *													
Тағайындалды Назначено													
Келді Явился													
Результат осмотра *													
Тағайындалды Назначено													
Келді Явился													
Зерттеу нәтижесі Результат осмотра *													

*) 1-клиникалық көрсеткіштерді жақсарту, 2- клиникалық көрсеткіштердің төмендеуі, 3-созылмалы аурулардың ұзақтығы мен жиілігін төмендету, 4- денсаулық жағдайы өзгеріссіз. 1-улучшение клинических показателей, 2-ухудшение клинических показателей, 3-снижение частоты и длительности хронического заболевания, 4- состояние здоровья не изменилось.

35. Бір жылдық барлық келуі/Всего посещений за год

Жылы Год	**Бір жылғы келулерінің саны Число посещений за год**	**Жылы Год**	**Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год**	**Жылы Год**	**Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год**	**Жылы Год**	**Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год**

36. Мүгедектік, патронаж, қамқорлық/Инвалидность, патронаж, опека

Код *)	**Қойылған күні Дата установления**		**Алынған (қайта қаралған) күні Дата снятия (пересмотра)**		**Код *)**	**Қойылған күні Дата установления**		**Алынған (қайта қаралған) күні Дата снятия (пересмотра)**	
	айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год		айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год

*) Мүгедектігі1 топ (Инвалидность 1группы) – 1; мүгедектігі 2 топ (инвалидность 2 группы) – 2; мүгедектігі 3 топ (инвалидность 3 группы) – 3; баланың мүгедектігі (инвалидность ребенка) – 4; патронаж – 5; қамқорлық (опека) – 6; жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (1 және 2 топ) (

инвалидность по общему заболеванию (1 и 2 группы)) – 7; жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (3 топ) (инвалидность по общему заболеванию (3 группы)) – 8.

37. Жұмыс ішкі істер органдары/Работа с органами внутренних дел

Хабарламаны жіберу күні **Дата отправки извещения**	**Жауаптың алынған күні** **Дата получения ответа**	**Дата явки** **Келу күні**

38. Үйдегі патронат /Патронирование на дому

Берілген күні патронаж **Дата выдачи патронажа**	**Орындалу күні патронаж** **Дата выполнения патронажа**

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды_____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 030-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУДЫҢ ТЕКСЕРУ КАРТАСЫ (онко)
КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (онко)
№ _____

ЖСН(ИИН)_____

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

МТН (РМН)|_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_||_|

(ЖЖХХХХХ, ЖЖ-толтырылу жылы, ХХХХХ - реттік нөмірі (ГГХХХХХ, где ГГ- год заполнения, ХХХХХ - порядковый номер))

Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного)_____

_____

Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной)_____

_____

01. Жеке куәлігі (тууы туралы куәлігі) (Удостоверение личности (свидетельство о рождении), серия _____, № _____,

02. Тегі (Фамилия) _____Аты (Имя)_____Әкесінің аты (Отчество) _____

03. Туған күні (Дата рождения): /_____/_____/_____кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг)

04. Жынысы (Пол): 1 – ер (мужской); 2 – әйел (женский)

05. Ұлты (Национальность) _____

06. Тұрғын (Житель): 1 – қалалық (города); 2 – ауылдық (села)

07. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): обл. _____, аудан (район)_____

елді мекен (нас. пункт) _____, көше

(улица)_____, үй (дом) № _____, пәтер (кв.) №_____,

тел._____

08. Кәсібі (Профессия): _____

09. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)_____

09.1 (С81-96) –нұсқалықтық көрсету (указать вариантность):-L1; -L2; -L3; -L4;

L5; -M0; -M1; -M2; -M3; -M4; -M5; -M6; -M7

09.2 (С81-96) Қауіп тобы (Группа риска): 1 – стандартты (стандартная); 2 – жоғары

(высокая);

09.3 Тиістілігі (Резистентность): 1-алғашқы (первичная), 2-екінші (вторичная);

09.4 Қосалқы аурулары (Сопутствующие заболевания_____

_____АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)_____

_____АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)_____

_____АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)_____

_____АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)_____

10. Ісік топографиясы (Топография опухоли):_____

АХЖ-О шифры (шифр МКБ-О)_____

11. Ісіктің морфологиялық түрі (Морфологический тип опухоли): _____

АХЖ-О шифры (шифр МКБ-О)_____

12. Ісік процесінің кезеңі (Стадия опухолевого процесса):

_____

13. TNM жүйесі бойынша ісіктің таралуы (Распространенность опухоли по системе TNM):_____

14. Алыс метастаздардың орналасуы (Локализация отдаленных метастазов):

_____

15. Диагнозды растау әдісі (тек бір негізгі әдісті көрсетіңіз) (Метод подтверждения диагноза) (указать только один основной метод): 1- морфологиялық (морфологический); 2-цитологиялық (цитологический); 3-рентгенологиялық (рентгенологический); 4- изотоптық (изотопный); 5-эндоскопиялық (эндоскопический); 6-УДЗ (УЗИ); 7-КТ (ЯМР); 8- тек клиникалық (только клинический); 9-мәйітті ашу (вскрытие); 10 – ИГХ (ИГХ); 11-миелограмма; 12-иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование); 13-иммуналогиялық (иммунологический); 14- цитогенетика (цитогенетика); 15 –цитохимия (цитохимия);16 - қандағы/несептегі М-градиент (М-градиент в крови/моче); 17 -көпше миеломедегі Lg (Lg пр множественной миеломе); 18 – Зертханалық диагностика (Онкомаркерлер) (Лабораторная диагностика (Онкомаркеры); 19 – ПЭТ-КТ;

16. Ісіктің анықталу жағдайы (Обстоятельства выявления опухоли): 1- өздігінен қаралды (обратился самостоятельно); 2- әйелдерді (ерлерді) қарау бөлмесінде (в женском (мужском) смотровом кабинете); 3-профилактикалық қараудың басқа түрлерінде (при других видах профосмотров); 4- басқа жағдайларда (при других обстоятельствах).

17. Кеш диагностикалау себептері (Причины поздней диагностики): 1- ауру ағымының астыртын жүруі (скрытое течение болезни); 2- дер кезінде қаралмауы (несвоевременное

обращение); 3- тексеруден бас тартуы (отказ от обследования);

4- толық тексерілмеуі (неполное обследование); 5- дер кезінде диспансерленбеуі (несвоевременная диспансеризация);

6- клиникалық қате (ошибка клиническая); 7- рентгенологиялық қате (ошибка рентгенологическая); 8-морфологиялық қате (ошибка морфологическая); 9- басқа мамандардың қатесі (ошибка других специалистов) _____

қандай маманның қатесі екенін көрсетіңіз (указать какого).

18. Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /____/_____/_____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

19. Есепке алынған күні (Дата взятия на учет): /____/_____/____/ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

20. Есепке алынды (Взят на учет): 1-бірінші рет анықталған диагнозымен (с диагнозом, установленным впервые); 2-бұрын анықталған диагнозымен (с ранее установленным диагнозом); 3-ведомстволық емдеу ұйымының есебінде (состоит на учете в ведомственной лечебной организации); 4- қайтыс болған соң есепке алынды: тірі кезінде анықталған диагнозымен (учтен посмертно с диагнозом установленным: при жизни); 5-қайтыс болған соң мәйітті ашпай (после смерти без вскрытия); 6- қайтыс болған соң мәйітті ашқанда (после смерти при вскрытии).

21. Есепке клиникалық топпен алынды (Взят на учет с клинической группой): 2-II; 3-III; 4- IV.

22. Алғашқы- көптік ісіктер кезінде (При первично-множественных опухолях):

Бақылау картасының № № контрольной карты	Нозологиялық нысан Нозологическая форма	АХЖ-10 шифры МКБ-10	1-метахронды (метахронная); 2-синхронды (синхронная)	Диагноз қойылған күн Дата установления диагноза

23. Есептен шығарылды (Снят с учета): /____/_____/_____/ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг).

24. Себебі (По причине): 1-басқа жаққа кетуі (выезд); 2- диагноз расталмады (диагноз не подтвержден); 3-тері обыры (рак кожи (базалиома)); 4- қайтыс болды (умер); 5- беймәлім кеткен (нет сведений); 6-сауығу (выздоровление).

25. Қайтыс болу себебі (Причина смерти) _____АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10) _____

26. Аутопсия: 1 – өткізілмеді (не проводилась); 2 – өткізілді (проводилась); 3 – өткізілді, нәтиже белгісіз (проводилась, результат неизвестен).

27. Емдеу туралы мәліметтер (Сведения о лечении):

Емдеу түрі	Басталған	Аяқталған күні	1-стационарлық стационарно; 2-амбула-	1-диспансерде в диспансере 2-басқа мекемеде в других	Емдеу түрі	Басталған	Аяқталған күні	1-стационарлық стационарно; 2-амбула-	1-диспансерде в диспансере 2-басқа мекемеде в

Вид лечения *)	күні Дата начала	Дата окончания	тория-лық амбула-торно	организациях 3-ОжРҚҒЗИ в КазНИИОиР	Вид лечения *)	күні Дата начала	Дата окончания	ториялық амбула-торно	других организациях 3-ОжРҚҒЗИ в КазНИИОиР

*) 1- хирургиялық (хирургическое); 2 - сәулелік (лучевое); 3 - химиятерапиялық (химиотерапевтическое); 4 - біріктірілген (хирургиялық+ сәулелік) комбинированное (хирургическое+лучевое)); 5 – кешенді (5.1-хирургиялық+химиятерапиялық, 5.2-хирургиялық+ химиятерапиялық+ сәулелік) комплексное (5.1-хирургическое+химиотерапия, 5.2- хирургическое+химиотерапия+лучевое); 6-химиясәулелі (химиолучевое); 7-симптоматикалық (симптоматическое); 8- гормондық терапия (гормонотерапия); 9-иммундық терапия (иммунотерапия); 10 – таргеттік терапия (таргетная терапия).

28. Өткізілген операциялар (аты) Проведенные операции (название):

_____АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9____күні (дата)___/___/____(кк/аа/жжжж)(чч/мм/гггг) _____АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9____күні(дата)___/___/____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) _____АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9____күні (дата)___/___/____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

_____АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9____күні (дата)___/___/____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

29. Сәулелеу тәсілі (Способ облучения): 1- ара қашықтықтық (дистанционное); 2- жабық сәуле көздерімен (закрытыми источниками); 3- ара қашықтықтық + қуыс ішілік (дистанционное + внутриполостное); 4 – ара қашықтықтық + тін ішілік (дистанционное+ внутритканевое); 5- қуыс ішілік (внутриполостное); 6- тін ішілік (внутритканевое).

30.Сәулемен емдеу түрі (Вид лучевого лечения):1-рентгендік терапия (рентгенотерапия);

2- жоғарғы энергиялардың тежегіштік сәулеленуі (тормозное излучение высоких энергий);

3-гамматерапия; 4- жылдам электрондар (быстрые электроны).

31. Сәулелеудің ошақтық қосынды дозасы (Суммарная очаговая доза облучения (Гр)): ісікке (на опухоль) ____; метастаздарға (на метастазы); ___ аймағындағы лимфа түйіндеріне (на регионарные лимфоузлы) ___ ісікке (на опухоль) ____; метастаздарға (на метастазы); ___ аймағындағы лимфа түйіндеріне (на регионарные лимфоузлы) ___ ісікке (на опухоль) ____; метастаздарға (на метастазы); ___ аймағындағы лимфа түйіндеріне (на регионарные лимфоузлы) ___

32. Пайдаланылған дәрілік препараттар (Используемые лекарственные препараты):

тек амбулаториялық науқастар мен мемлекеттік сатып алу бойынша алынған препараттарды белгілеңіз (отмечать только для амбулаторных больных и препараты по гос.закупу)

Қабылдау басталған күн Дата начала приема	Препараттың атауы Наименование препарата	Қабылдау аяқталған күн Дата окончания приема	Өлшем бірлігі Ед. измерения	Қосынды доза Суммарная доза	Қабылдау басталған күн Дата начала приема	Препараттың атауы Наименование препарата	Қабылдау аяқталған күн Дата окончания приема	Өлшем бірлігі Ед. измерения	Қосынды доза Суммарная доза

33. Химиялық терапия курстары өткізілді (белгілеңіз) (Проведено курсов химиотерапии (отметить)): 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12

33.1 В гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита В): - химия терапияға дейін (до

химиотерапии); -химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); -химия терапиядан кейін (После химиотерапии)

33.2 С гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита С): - химия терапияға дейін (до химиотерапии); -химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); -химия терапиядан кейін (После химиотерапии)

34. Алғашқы ісікке жүргізілген ем (Проведенное лечение первичной опухоли): 1-радикалды (радикальное);

2-паллиативтік (паллиативное); 3-симптоматикалық (симптоматическое);

35. Жүргізілген ем туралы мәліметтер (Сведения о проведении лечения): 1 – емді жалғастыруда (продолжает лечение); 2- науқастың емделуден бас тартуы (отказ больного от лечения); 3- арнайы ем жүргізуге соматикалық қарсы көрсетімдер (соматические противопоказания к проведению спец. лечения); 4-емдеуді аяқтады (закончил лечение); 5-арнайы ем жүргізу кезінде дерттің үдеуі (прогрессирование на фоне спец. лечения);

6-ем жүргізілмеді (лечение не проводилось).

36. Науқас жағдайы туралы деректер (Данные о состоянии больного):

Қаралу мезгілі (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келді (күні, айы, жылы) Явился (число, месяц, год)	Ісік процесінің жағдайы Состояние опухоле-вого процесса *)	Пациент-тің жалпы жағдайы Общее состояние пациента**)	Қаралу мезгілі (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келді (күні, айы, жылы) Явился (число, месяц, год)	Ісік процесінің жағдайы Состояние опухоле-вого процесса *)	Пациент-тің жалпы жағдайы Общее состояние пациен-та**)

*) 1 - аурудың қайталануынсыз және метастазсыз (без рецидива и метастазов); 2 - жеке

орналасқан ісік (локальная опухоль); 3 - ағза ауруының қайталануы (органный рецидив); 4 - аурудың ағзадан тыс қайталануы (внеорганный рецидив); 5 - бірлі-жарым метастаз (единичный метастаз); 6 - көп санды метастаздар (множественные метастазы); 7 - алғашқы ісіктің дамуы (прогрессирование первичной опухоли); 8 - жүйелік аурудың бәсеңдеуі (ремиссия системного заболевания); 9 - жүйелік аурудың дамуы (прогрессирование системного заболевания); 10 - жаңа алғашқы ісік анықталды (выявлена новая первичная опухоль); 11-толық клиникалық-гематологиялық ремиссия (полная клинико-гематологическая ремиссия); 12 - қайталану (рецидив); 13 - жартылай клиникалық-гематологиялық ремиссия (частичная клинико-гематологическая ремиссия).

**) 1 - еңбекке толық қабілетті (полностью трудоспособен); 2 – жеңіл жұмысқа қабілетті (способен к легкой работе); 3- уақытының 50% төсекте өткізеді, шектелген жеңіл жұмысқа қабілетті (до 50 % времени проводит в постели, способен к ограниченному легкому труду); 4 - уақытының 50%-нан артығын төсекте өткізеді, өзіне қызмет көрсете алады (более 50 % времени проводит в постели, способен обслуживать себя); 5 - төсек тартып жатқан науқас, үнемі басқа адамның көмегіне мұқтаж (лежачий больной, постоянно нуждается в посторонней помощи); 6 - тірі, жағдайы белгісіз (жив, состояние неизвестно).

37. Есептік жылдың аяғындағы жағдайы (Состояние на конец отчетного года)

	Күні (күні, айы,жылы)	жыл аяғында на конец года			Күні (күні, айы,	жыл аяғында на конец года	
		Клиника-лық топ	1-тірі (жив); 2 - қайтыс болды (умер); 3 - басқа жаққа кетті (выехал);			Клини-калық топ (клини-	1-тірі (жив); 2- қайтыс болды (умер); 3-басқа жаққа кетті (выехал);

№	Дата (число, месяц, год)	(клиниче-ская группа)	4 - есептен шығарылды (снят с учета); 5-беймәлім кеткен (нет сведений)	№	жылы) Дата (число, месяц, год)	ческая группа)	4- есептен шығарылды (снят с учета); 5-беймәлім кеткен (нет сведений)
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

38. Негізгі ауруы бойынша мүгедектігі (Инвалидность по основному заболеванию):

1 – 1-топтағы мүгедек (инвалид 1-й группы); 2 – 2-топтағы мүгедек (инвалид 2-й группы);

3 – 3-топтағы мүгедек (инвалид 3-й группы); 4 – мүгедектігі жоқ (нет инвалидности).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 031/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 031/у утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 031/у с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу
КІТАБЫ
КНИГА
записи вызовов врачей на дом
за) 20___ жылы бойынша (год) _____
_____

Ескерту: әр терапевтік (педиатрлық) учаске, отбасылық дәрігерлік амбулатория бойынша

(Примечание: По каждому терапевтическому (педиатрическому) участку, семейным и врачебным амбулаториям))

Р/с № п/п	Шақырту күні және сағаты Дата и время вызова	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Адрес	Учаске № Участок №	Шақырту себебі По какому поводу сделан вызов
1	2	3	4	5	6	7

№ 031/е н. артқы беті

Разворот ф. № 031/у

Шақырту бірінші рет, қайталап, қарау белсенді Вызов первичный, повторный, посещение активное	Шақырту орындалған күн Дата выполнения вызова	Шақыртуды кім орындады Кем выполнен вызов	Шақыртуды орындаған адамның қолы Подпись выполнившего вызов	Диагноз	Көрсетілген көмек, науқас қайда жолданды (кезек күттірмейтін көмек алуға) Оказанная помощь, куда больной направлен (для неотложной помощи)
8	9	10	11	12	13

Примечание. В медицинских организациях, имеющих автоматизированные рабочие места медицинских работников, книга ведется в электронном виде.

При ведении книги в электронном виде в день регистрации вызова записи о вызове присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 032/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 032/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Үйде босануға көмектесуді жазу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
записи родовспоможения на дому

20__ жылғы (года) "__" _____ басталуы (начат)

20__ жылғы(года) "__" _____ аяқталуы (окончен)

_____

Журналда, медперсоналдың көмегінсіз үйде

босанып, соңынан ана мен бала перзентханаға

жатқызылмай, оларды осы емдеу ұйымының

дәрігері немесе акушері үйінде қараған оқиғаларға бірнеше бет арналады.

В журнале отводится несколько страниц для записи родов на дому, прошедших без помощи медицинского персонала, после которых мать и ребенок не были госпитализированы, и их посещали на дому врач или акушерка данной лечебной организации.

Р/с № п/п	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Тұрақты мекенжайы Постоянное местожительства	Босануы: (күні, айы, сағат, минут) Дата родов (число, месяц, час, минута)	Босануға кім көмектесті: дәрігер, акушер (жазып тегін көрсетіңіз) Кем оказана помощь в родах: врачом, акушеркой (вписать и указать фамилию)	Босану ерекшілектері, көрсетілген жәрдем Особенности течения родов, оказанное пособие	Босану мерзімінде немесе мерзімінен бұрын Роды в срок или преждевременные	Нәресте туралы мәлі Сведения о новорожд		
								туды (тірі, өлі) родился (живой, мертвый)	жыныспол	Са Ма ве гр
1	2	3	4	5	6	7	8		9	10

продолжение таблицы

Гонобленнорея профилактикасы жасалды (ия, жоқ, немен) Профилактика гонобленнореи произведена (да, нет, чем)	Туберкулезге қарсы егілуі, екпе, күні, мөлшері, препараттың сериясы Вакцинация против туберкулеза, прививка, дата, доза, серия препарата	Ауруханаға (перзентханаға) жатқызылуы туралы белгі – қайда, қашан екенін көрсетіңіз Отметка о госпитализации в больницу (роддом) - указать куда и дату	Босанудан кейінгі кезеңде қарау, босанған әйелдің жағдайы туралы белгілер Отметка о посещениях в послеродовом периоде, состояние родильницы	Ескерту Қосымша деректер Примечания Дополнительные данные
12	13	14	15	16

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 037/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 037/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Стоматологиялық емхананың, бөлімшенің, бөлменің стоматолог - (тіс) дәрігерінің жұмысын күнделікті есепке алу
ПАРАҒЫ
ЛИСТОК
ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета

20__ жылғы (года) "__" _____ _____

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты

(фамилия, имя, отчество врача)

Р/с №№ п/п	Пациентті қабылдау уақыты Время приема пациента	Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество пациента	Туған күні Дата рождения	Толық жасыЧисло полных лет	Мекенжайы, амбулаторлық картасының № Адрес, № амбулаторной карты	Тегін медициналық көмектіңкепіл берілген көлемі шеңберінде жеңілдігі бар контингенттер Льготные контигенты в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи	Басқа қалалықтар Иного родние
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Оның ішінде тегін медициналық көмектің кепіл берілген көлемі шеңберінде жеңілдігі бар контингенттер Из них льготные контингенты в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи	Алғашқы рет қабылданғандар Первично принятые	Диагноз	Емдеу жалғасуда Продолжает лечение	Іс жүзінде атқарылған жұмыс көлемі Факт. вып. объем работы	Емдеу аяқталды Закончено лечение	ЕШБ (енбектің шартты бірлігі)УЕТ (условные единицы труда)	Жұмыстың құны Стоимость работы
9	10	11	12	13	14	15	16

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

№ 037/е н. толтыру туралы нұсқау

"Парақ" тіс дәрігерінің бір күн ішінде жүргізген жұмыстарын есепке алу үшін қолданылады.

Парақ бағандары өз аттарына сәйкес толтырылады.

10 - бағанда алғашқы келуі көрсетіледі. Келу мақсатына қарамастан емдеу ұйымына (стоматологиялық) осы календарлық жылда бірінші рет келген адам бірінші келген болып саналады.

Егер қабылдау учаскелік принцип бойынша жүргізілетін болса, 6 - бағанда тіркелген учаскеден келген пациенттерге "У" белгісі қойылады.

Басқа қалалардан келген пациентерді қабылдаған жағдайда, 8 - бағанда, қалалықтар - "Қ", ауылдықтар – "А" белгісімен белгіленеді.

Жарықтан қатаятын материалдан қойылған пломбылар мен бір сеанс кезінде емделінген асқынған тісжегі 13 - бағанда қосымша белгілер арқылы бөлінеді.

14 - бағанда тістер санына қарамастан нақты нозологиялық форма бойынша емделуі аяқталған пациенттер есепке алынады. Мұндайда қандай диагноз жөнінде емдеу аяқталғанын келесі шартты белгілермен атап өту арқылы: тісжегі – ТЖ, PL – пульпит, РТ – периодонтит, Пз – парадонтит, Г – гингивит және т.б. көрсетіледі. Сонымен қатар 14 - бағанда профилактикалық жұмыстары бойынша санация жасалынған пациенттер жазылады. Санация жасалынған болып ауыз қуысы хирургиялық немесе терапиялық жолмен сауықтырылған адамдар саналады.

Указания по заполнению ф. № 037/у

"Листок" служит для учета работы врача-стоматолога, проводимой им в течение одного дня.

Графы листка заполняются соответственно их наименованию.

В графе 10 - указывается первичное посещение. Первичным считается пациент, впервые обратившийся в лечебную организацию (стоматологическую) в календарном году, независимо от цели обращения.

В графе 6, если прием ведется по участковому принципу, пациентам с приписного участка проставляется обозначение "У".

В случаях приема иногородних пациентов в графе 8 отмечается к городским – “Г” или сельским жителям "С" - относится пациент. Пломбы из светоотверждаемого материала, а так же по поводу осложненного кариеса, леченного в один сеанс, в графе 13 – выделяются дополнительными символами.

В графе 14 – учитываются пациенты, которым закончено лечение по поводу конкретной нозологической формы, независимо от количества зубов.

При этом указывается условное обозначение диагноза, по поводу которого закончено лечение всех зубов с данной патологией, - С – кариес, Pl – пульпит, Pt – периодонтит, Пз – пародонтит, Г – гингивит и т.д. Одновременно в графу 14 вносятся санированные пациенты из профилактической работы.

Санированным считается лицо, которому закончено хирургическое и терапевтическое оздоровление полости рта.

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 037-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 037-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Ортопед (ортодонт) стоматолог-дәрігерінің күнделікті жұмысын есепке алу
ПАРАҒЫ*
ЛИСТОК*
ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ортодонта)

20__ жылғы(года) "__" _____ _____

дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты

(фамилия, имя, отчество врача)

Р/с № №п/п	Қабылдау уақыты Часы приема	Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество пациента	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы, амбулаторлық карта № Адрес, № амбул. карты	Басқа қалалықтар Иногородние
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Наряд №	Келуінің реттік №	Диагноз	Жүргізілген ем немесе оның сатылары	Халық тобы	Емдеу аяқталды, кеңес	Жұмыстың құны

№ наряда	Порядковый № посещения		Проведенное лечение или его этап	Группа населения	Лечение закончено, консультация	Стоимость работы
7	8	9	10	11	12	13

* "Парақ" дәрігердің бір күндік жұмысбастылығын көрсететін құжат.

6 - бағанда "Қ" - қала тұрғыны, "А" - ауыл тұрғыны белгілерімен толтырылады.

7 - бағанда тістехникалық зертханада жұмыстың орындалуын бақылау мақсатымен наряд нөмірі көрсетіледі.

8 - бағанда пациенттің дәрігерге нешінші рет қаралуы көрсетіледі.

11 - бағанда протез салдырушы: зейнеткер – "З", Ұлы Отан соғысының мүгедегі – "ҰОСМ" және т.б. белгілермен декреттелген (заңдастырылған) топ белгіленеді, егер пациент декреттелген топқа жатпаса, онда бағанға – сызықша қойылады.

12 - бағанда ауыз қуысын толық протездеуді (тіс қатарларының барлық ақаулары орнына келтірілген) бітірген адамдар туралы деректер жазылады. Жұмыс күнінің қосынды деректері ортопед-дәрігердің біріктірілген ведомосындағы айдың күніне сәйкес жолына жазылады.

* "Листок" - является первичным документом, отражающим загруженность одного рабочего дня врача

Графа 6 – заполняется символами "Г" - житель города, "С" - житель села.

В графе 7 – указывается номер наряда, с целью контроля за исполнением работы в зуботехнической лаборатории

В графе 8 – указывается какое по счету посещение пациент находится у врача

Графа 11 - указывает декретированную группу к которой принадлежит протезируемый, "П" - пенсионер, "ИОВ" и т.д.,

если пациент не принадлежит к декретированному контингенту, в графе ставится прочерк

Графа 12 - содержит сведения о лицах, закончивших полное протезирование полости рта (восстановлены все дефекты зубных рядов).

Суммарные данные за рабочий день вносятся в сводную ведомость врача-ортопеда (ортодонта) в строку, соответствующую данному числу месяца.

Дәрігердің қолы (Подпись врача)_____

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 039/у с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Емханада (амбулаторияда), диспансерде, консультацияда, үйде науқастарды қарауды есепке алу
ВЕДОМОСЫ
ВЕДОМОСТЬ
учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, консультации и на дому

Дәрігердің тегі мен мамандығы (Фамилия и специальность врача) _____

_____

(за) 20__ жылы(год) "__" _____

Участке: аумақтық (Участок: территориальный) № _____

	Емханада қабылданып және қаралған адамдар В поликлинике принято и осмотрено				Оның ішінде сырқат салдарынан в том числе по поводу заболевания	
Ай күндері			Қабылдауда болған сағаттары	Басқа жұмыстар	ересектер мен жасөспірімдер	14 жасқа дейінгі балаларды қоса есептегенде

Числа месяца	Барлығы Всего	оның ішінде ауылдықтар в том числе сельские жители	Отработано часов на приеме	Прочие работы	взрослых и подростков		детей в возрасте до 14 лет включительно	
					барлығы всего	оның ішінде ауылдықтар в том числе сельские	барлығы всего	оның ішінде ауылдықтар в том числе сельские
А	1	2	3	4	5	6	7	8
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								
16								
17								
18								
19								
30								
31								
Барлығы Итого:								

продолжение таблицы

Адамдарды үйге барып қарау барлығы Сделано посещений на дому всего	оның ішінде 14 жасқа дейінгі балаларға в т.ч. к детям в возрасте до 14 лет		Үйде қанша сағат қарады Отработано часов на дому
	сырқаты салдарынан по поводу заболевания	алдын алу шаралары және патронаж профилактических и патронаж	
9	10	11	12

Примечание. В медицинских организациях, имеющих автоматизированные рабочие места медицинских работников, ведомость ведется в электронном виде.

При ведении ведомости в электронном виде записи о посещении присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Денсаулық пунктінің, фельдшерлік-акушерлік пункттің орташа медициналық персоналына қаралуды есепке алу ВЕДОМОСЫ

ВЕДОМОСТЬ
учета посещений к среднему медицинскому персоналу
здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта
(за) 20__ жылы(год) _____ бойынша. _____
_____

Орташа медицина қызметкерінің тегі мен лауазымы

(Фамилия и должность среднего медработника)

Ай күндері Числа месяца	Профилактикалық мақсатпен қабылданған науқастар мен тұлғалар Принято больных и лиц, обратившихся с профилактической целью	Үйінде қаралды Сделано посещений на дому		
		Барлығы Всего	Оның ішінде патронаждық в том числе патронажных	
			балаларға к детям	жүктілер мен жас босанғандарға к беременным и родильницам
А	1	2	3	4
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
Және т.б. (и т.д.) Барлығы (Итого)				

Қолы (Подпись)_____

Ескерту: Процедуралар негізінде қарау жеке медициналық көмек көрсету үшін қарау деп есептеледі.

Примечание: Посещения по поводу процедур учитываются как посещения по оказанию самостоятельной медицинской помощи

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының
ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ
СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности

(за) 20__ жылы (год) "__" _____ бойынша _____

дәрігердің ТАӘ (ФИО врача)

Күні Дата	Келу саны Число посещений						
	Барлығы Всего	14 жасқа дейінгі балалар в т.числе дети до 14 лет	18жасқа дейінгі жасөспірімдер в т. числе подростки до 18 лет	Басқа жеңілдік топтары Другие льготные группы		олардың ішінде алғашқы келу из них первичные посещения	оның ішінде 14 жасқа дейінгі балалар в т.ч. дети до 14 лет
				Жүкті әйелдер Беременные женщины	Жіті тіс ауруымен ауыратын науқастар Пациенты с острой зубной болью		
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Пломба салыну себебі Наложение пломб по поводу			
			Тістердің тісжегісіз бүлінуі

Барлығы Всего	Асқынбаған тісжегі Неосложненный кариес			Асқынған тісжегі Осложненный кариес		Некариозные поражения зубов	
	Сыртқы қабаты Поверхностный	Орташа Средний	Терең Глубокий	Пульпит	Периодонтит	Тілінуге дейін До прорезывания	Тілінуден кейін После прорезывания
9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Алдын алу жұмыстары Профилактическая работа			Жұмыс көлемінің шартты бірлігі жасалды (ЖКШБ) Выработано условных единиц трудоемкости (УЕТ)
Жоспарлы түрде қаралды Осмотрено в плановом порядке	Тексерілгендердің ішінен тазалауды қажет ететіні Нуждалось в санации из числа осмотренных	Тазалауды қажет ететіндердің ішінен емделгені Вылечено из числа нуждавшихся в санации	
17	18	19	20

продолжение таблицы

Қандай желеу бойынша емдеу курсы аяқталды Закончен курс лечения по поводу							
Гингивит			Пародонтит дәрежесі (степень)			Парадонтоз	Жылбысқы қабық сырқаты Заболевания слизистой
Қабынулық Катаральный	Гипертрофиялық Гипертрофический	Жаралы Язвенный	Жеңіл Легкая	Орта Средняя	Ауыр Тяжелая		
21	22	23	24	25	26	27	28

продолжение таблицы

Хирургиялық араласулар Хирургические вмешательства				Санация жасалды Санировано	Бағасы Сумма
Тістер жұлынуы Удалено зубов		Шұғыл операциялар Экстренные операции	Жоспарлы операциялар Плановые операции		
Барлығы Всего	Пародонт сырқаттары салдарынан По поводу заболеваний пародонта				
29	30	31	32	33	34

Тіс – дәрігерінің қолы (Подпись врача-стоматолога) _____

А4 форматы

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Формат А4

Стоматолог – ортодонт дәрігердің жұмысын есепке алудың
ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ
СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета работы врача-стоматолога-ортодонта

(за) 20__ жылы (год) _____ бойынша _____

дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты

(фамилия, имя, отчество врача)

Ай күндері Числа месяца	Келулер саны Число посещений					Диспансерлік бақылауға алынғандар саны Число лиц, взятых под диспансерное наблюдение	
	Барлығы Всего	оның ішінде в том числе				барлығы всего	оның ішінде 14 жасқа дейінгі балаларды қоса в том числе детей до 14 лет включительно
		қала тұрғындары городских жителей		ауыл тұрғындары сельских жителей			
		барлығы всего	оның ішінде 14 жасқа дейінгі балаларды қоса в том числе детей до 14 лет включительно	барлығы всего	оның ішінде 14 жасқа дейінгі балаларды қоса в том числе детей до 14 лет включительно		

1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Атқарылған жұмыстар көлемі Объем выполненной работы							
Ауыз ішіндегі шешілмейтін аппараттар Внутриротовые не съемные аппараты		Ауыз ішіндегі шешілетін аппараттар Внутриротовые съемные аппараты		Біріктірілген әрекеттегі аппараттар Аппараты сочетанного действия	Протездер Протезы		
Механикалық әрекеттегі Механического действия	Функциялық әрекеттегі Функционального действия	Механикалық әрекеттегі Механического действия	Функциялық әрекеттегі Функционального действия		Шешілмейтін Несъемные	Шешілетін Съемные	оны орт в т орт
9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Ортодонттық емдеу аяқталған адамдар саны Число лиц, которым закончено ортодонтическое лечение						Жұмыс құнының жалпы сомасы Общая сумма стоимости работ
оның ішінде в том числе						
барлығы всего	жеке тістер аномалиясымен с аномалиями отдельных зубов	тістер қатарының аномалиясымен с аномалиями зубных рядов	тістемнің сагиталдық аномалиясымен с сагиттальными аномалиями прикуса	тістемнің трансверзалдық аномалиясымен с трансверзальными аномалиями прикуса	тістемнің тік аномалиясымен с вертикальными аномалиями прикуса	
17	18	19	20	21	22	23

А3 форматы

Формат А3

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-4/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Стоматолог-ортопед дәрігердің жұмысын есепке алудың
ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ
СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета работы врача-стоматолога-ортопеда

20__ жылғы (год) "__" _____ _____

дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты

(фамилия, имя, отчество врача)

Ай күндері Числа месяца	Келулер саны Число посещений		Жасанды тісті қаптағыштар Искусственные коронки					Көпір Мостов
	Барлығы Всего	оның ішінде басқа қалалықтар в т.ч. иногородние	Барлығы Всего	олардың ішінде в том числе				олардың в них
				металдан металлические	олардың ішіндеқұйылғандар из них литые	пластмассадан пластмассовые	фарфордан фарфоровые	Барлығ Всего
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

олардың ішінде металлокерамикадан в том числе металлокерамические					Шлифтік тістер Шлифтовые зубы	Шешілетін протездер Съемные протезы			
						Пластмассадан Пластмассовые			
						Жартылай Частичные		Толық Полные	
Барлығы Всего	құйылған тістер литых зубов	фасеткалар фасеток	коронкалар коронок	тістер зубов		фарфордан фарфоровые	пластмассадан пластмассовые	фарфордан фарфоровые	пластма пластма
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21

продолжение таблицы

Шешілетін протездер Съемные протезы				Тұрақты шиналар Постоянные шины	Шина – протездер Шины - протезы	Протез алған адамадар Лица, получившие протез		
Бюгельді Бюгельные						Барлығы Всего	олардың ішінде в том числе	
Жартылай Частичные		Толық Полные					төлем ақысыз бесплатно	металлокер металлокер
фарфордан фарфоровые	пластмассадан пластмассовые	фарфордан фарфоровые	пластмассадан пластмассовые					
22	23	24	25	26	27	28	29	30

А5 форматы

Формат

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 040/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 040/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 040/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 043/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 043/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 043/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Стоматологиялық науқастың медициналық картасы
Медицинская карта стоматологического больного
№ _____20_____жылы (год)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН)_____ ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Туғанкүні (Дата рождения)_____ _____Жынысы (е, ә) (Пол (м, ж))_____

Мекенжайы (Адрес)_____

Кәсібі (Профессия)_____

Диагноз_____

Шағымы (Жалобы)_____

_____
_____

Бұрын ауырған және қосалқы сырқаттары (Перенесенные и сопутствующие заболевания)

_____
_____

Осы сырқаттың дамуы (Развитие настоящего заболевания)_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Объективті зерттеу деректері, сыртқы қарау (Данные объективного исследования, внешний осмотр)_____

_____
_____
_____

Ауыз қуысын қарау, тістердің жағдайы (Осмотр полости рта, состояние зубов)																				
Шартты белгілері: жоқтығы – О, түбір -- Условные обозначения: отсутствует – О, корень -																				
Тіс жегі – С, пульпит – Р, периодонтит - Pt , пломба салынған -П Кариес – С, пульпит – Р, периодонтит -Pt, пломбированный - П	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8				
Парадонтоз – А, босауы – I, II, III(дәрежесі). Коронка – К. Жасанды тіс - Ж Парадонтоз – А, подвижность – I, II, III (степень), коронка – К, иск.зуб - И																				

_____
_____
_____

Тістем (прикус)_____

Ауыз қуысының, қызыл иектің жылбысқы қабықтарының, альвеолалық өскіндер мен таңдай жағдайлары
(Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба)
_____

_____
_____
_____

Рентгендік зертханалық зерттеулер деректері (Данные рентгеновских, лабораторных исследований)
_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Күні Дата	**Анамнез, статус, диагноз және қайта сырқаттанып келгендегі емделу күнделігі Дневник анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторным заболеванием**	**Емдеуші дәрігердің тегі Фамилия лечащего врача**

Емдеу нәтижелері (эпикриз) (Результаты лечения (эпикриз))_____

_____
_____
_____
_____
_____

Ұсынымдар (Рекомендации)_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) _____

Емделуі

(Лечение)_____
_____
_____
_____
_____
_____

Күні Дата	**Анамнез, статус, диагноз және қайта сырқаттанып келгендегі емделу күнделігі Дневник**	**Емдеуші дәрігердің тегі**

	анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторным заболеванием	Фамилия лечащего врача

Тексеру жоспары План обследования	Емдеу жоспары План лечения	Кеңестер Консультации	Орындаушы Исполнитель	Тапсырыс беруші Заказчик	Емдеубағасы Стоимость лечения

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента

Стоматологиялық қабылдауда баланың зерттеу жоспары/
План обследования ребенка на стоматологическом приеме

I. Сыртқы пішінді сыйпаттау: **I. Внешний осмотр:**
1. Бойын ұстау – А-қалыпты; Б-арқасы Тегіс; В-бүкіреген; Г-арқасы жоталы; Д-бойын ұстауы енжар 1. Осанка – А-норма, Б-сплоская спина, В – сутуловатость, Г-круглая спина, Д - вялая осанка.
2. Бет – А-түзу; О – екі жағы тең; В – екі жағы тең емес; Г – еріннің, қызыл иектің дамуында кемшіліктер бар; Д – өзге құбылыстар пайда болған. 2. Лицо-А-пропорциональное; О-симметричное; В-ассимметричное; Г-имеются пороки развития губ, неба; Д-новообразования.
3. Зиянды әдеттер: А-саусағын, тілін, басқа заттарды сору; Б-ернін, ұрттарын тістелеу; В-ұйықтаған және ояу кезінде жұдырығын ұртының астына салу. 3. Вредные привычки-А-сосание пальцев, языка, предметов, Б-прикусывание губ, щек; В-подкладывание кулочка под щеку во время сна, бодрствования.
II.Атқаратын қызметінің байкауы: II. Изучение функций:
1. Дем алу-А-мұрнымен, Б-аузымен, В-аралас. 1. Дыхание-А-носовое; Б-ротовое; В-смешанное.
2. Шайнау-А-белсенді; Б-енжар; В-қиындықпен. 2. Жевание-А-активное; Б-пассивное; В-затруднено.
3. Жұтыну-А-еркін; Б-дамымағын; В - қиындықпен. 3. Глотание-А-свободное; Б-инфактильное; В-затруднено.
4. Сөйлеу-А-аңық; Б- қиындықпен, В-дыбыстарды айтқанда тұтығу. 4. Речь-А-ясная; Б-затрудненная; В-спотыкание при произношении звуков.

5. Еріндердің айқасуы-А-айқасқан; Б-айқаспаған.
5. Смыкание губ – А-сомкнуты; Б-не сомкнуты

III.Стоматологиялық мәртебе:
III. Стоматологический статус:

1. Аймақтық лимфа түйіндерді-А-ұйғалмаған, Б-қозғалмалы, В-ауырмайды, Г-ұлғайған, Д-біріккен, Е-ауырады.
1. Регионарные лимфоузлы-А-не увеличены; Б-подвижны; В-болезненны; Г-увеличены; Д-спаяны, Е-болезненны.

2. Ауыз маңы-А-еріндер козғалмалы, Б- аз қозғалады.
2. Приротовая область-А-губы подвижны; Б- мало подвижны.

3. Ауыз қуысының алды-А-уақ (5мм дейін), Б-орташа (5-10мм), В-терең (10мм артық).
3. Предваерие полости рта – А-мелкое (до 5мм), Б-среднее (5-10мм), В-глубокое (более 10мм).

4. Үстінгі ерін жүгеншесі-А-қалыпты, Б-өлшемі қалыптан ауытқыған, В-бекітілуі қалыптан ауытқаған.
4. Уздечка и губы –А-нормальная, Б-аномалии размеров, В-аномалии прикрепления.

5. Тіл жүгеншесі-А-қалыпты, Б-өлшемі қалыптан ауытқыған, В-бекітілуі қалыптан ауытқаған.
5. Уздечка языка –А-нормальная, Б-аномалии размеров, В-аномалии прикрепления.

6. Ауыз қуысынын шырышты қабығы-А-сулы, Б-құрғақ, В-сәл қызыл, Г-ашық қызыл.
6. Слизистая полости рта-А-влажная, Б-сухая, В-розовая, Г- гиперемированная.

7. Қызыл иек маңы-А-тығыз жанасқан,Б-тістен алыстаған,В-ашық қызыл,Г-босансыған, Д-сәл қызыл.
7. Десневой край-А-плотно прилегает; Б-отходят от шеек зубов; В-гиперемированна; Г-разрыхлен; Д-розовый.

8. Тіл- А-сәл қызғылт, Б-сулы, В-қатпарлы, Г-тегіс, Д-қапталған, Е-эпителий десквамациясының ошағы.
8. Язык - А-розовый, Б-влажны, В-складчатый, Г-гладкий, Д-обложен, Е-очаги десквамации эпителия.

9. Тіс қатарының түрі-А-жартылай дөңгелек, Б-трапеция тәрізді, В-эллипс тәрізді.
9. Форма зубного ряда-А-полукруглая, Б-трапецивидная, В-элипсовидная.

10. Жақ-А-қалыпты, Б-үстінгі диастемасы, В-трем бар, Г-трем жоқ, Д-алға ерін жаққа, Е- тіс таңдай жаққа, Ж-тіс қатарының тарылуы, тістердің үйірілуі.
10. Состояние челюстей-А-норма, Б-диастема в челюсти, В-наличие трем, Г-отсутствие трем, Д-протруссия, Е-ретруссия, Ж-сужение зубных рядов, скученность зубов.

11. Жақтардың тістеуі-А-ортогонатиялық, Б-терең, В-прогения, Г-прогнотия, Д-айқасқан.
11. Соотношение челюстей-А-ортогнатический, Б-глубокий, В-прогения, Г-прогнотия, Д-перекрестный.

12. Тістердің орналасуының ауытқуы –А-жоқ, Б-вестибулярды, В-таңдайлы, Г-тілде.
12. Аномальное положение зубов-А-отсутствие, Б-вестибулярное, В-небное, Г-язычное .

13. Тістердің шығуы-А-қалпыңда; Б-ерте шыққан, В-кеш шыққан, Г-қосарланған, Д-қосарланбаған.
13. Прорезывание зубов-А-норма, Б-прждевременное, В-запоздалое, Г-парное, Д-непарное.

14. Тістін түсі-А-ақ түсті, Б-сары, В-күрең.
14. Состояние тканей зуба-А-цвет белый, Б-желтый, В-серый.

15. Тістердің пішіні-А-дұрыс, Б-өзгерген 15. Форма зуба-А-правильная, Б-измененная.
16. Кариоздық емес бұзылулар-А-жоқ, Б-гиперплазия, В-гипоплазия кариеспен асқынған, Г-кариеспен қосылған гипоплазия, Д-аплазия, Е-флюороз. 16. Некариозные поражения-А-отсутствуют, Б-гипоплазия, В-гипоплазия осложненная кариесом, Г-гипоплазия в сочетании с кариесом, Д-аплазия, Е-флюороз.
17. Деминерализация ошағы-А-табылды, Б-жоқ. 17. Очаги деминерализации-А-выявлены, Б-отсутствуют.
18. Кариестің ершу-КП-КПЖ. 18. Интенсивность кариеса-КП-КПУ.
19. Ауыз қуысының гигиеналық жағайы – ГЖ. 19. Гигиеническое состояние полости рта – ГИ
20. Стоматиқалық топ –А-I, Б-II, В-III.Г-IV, Д-V. 20. Стоматическая группа здоровья – А-Iгр., Б-IIгр,.В-IIIгр, Г-VI гр., Д-V гр.
21. Стоматологиялық диспансерлік топ - А-I, Б-II, В-III. 21. Стоматологическая диспансерная группа - А-I, Б-II, В-III.

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Мектеп оқушысының
санациялық картасы
Санационная карта школьника
20____жылғы (года) "_____"_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болғанжағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН)_____

Туғанкүні (Дата рождения) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Мекенжайы (Домашний адрес)_____

Мектеп (Школа)№ _____ бала-бақша (детсад)№ _____ ұйым (организация)_____

Тұрмыс жағдайы мен тамақтану сипаттамасы (Условия быта и характер питания)_____

_____

Бастан өткерген аурулары (Перенесенные заболевания)_____

Қазіргі денсаулық жағдайы (Состояние здоровья в настоящее время)_____

Жеке тістердің және тістемнің аномалиялары (Аномалии отдельных зубов и прикуса)_____

_____

Гипоплазия, ретенция, адентия _____

Тіс тасының жиналуы (Отложения зубного камня)_____

Ауыз қуысының жылбысқы қабығының жағдайы (Состояние слизистой оболочки полости рта) _____

_____

Мұрын-жұтқыншақ жағдайы (Состояние носоглотки)_____

_____

Алғашқы қарау кезіндегі диагнозы (Диагноз при первичном осмотре)_____

_____

Қарау күні мен нәтижелері
Дата и результаты осмотра

Сынып Класс	**Оқу жылының 1-ші жарты жылдығы 1-е полугодие учебного года**				**Оқу жылының 2-ші жарты жылдығы 2-е полугодие учебного года**			
	тазалау күні дата санации	пломбалар салынды наложено пломб	тістер жұлынды удалено зубов	тазалауды қажет етпейді не нуждается всанации	тазалау күні дата санации	пломбалар салынды наложено пломб	тістер жұлынды удалено зубов	тазалауды қажет етпейді не нуждается всанации
1								
2								
3								
4								
5								
6								

7								
8								
9								
10								
11								

Тіс күтімі жазыңыз **Уход за зубами** **вписать**	**V** **IV** **III** **II** **I**	**Профилактикалықіс-шаралардың сипаттамасы(жазыңыз)** **Характеристика профилактических мероприятий (вписать)**
Қарау күні Дата осмотра		
	8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8	
Бұл бетте дәрігер шартты белгілерді қолдана отырып қараған күнгі тістердің жағдайын белгілейді На этой странице врач отмечает состояние зубов на день осмотра, используя условные обозначения	I II III IV V	Шартты белгілер: Тісжегі мен оның асқынулары – Т пломбаланған – П жұлу керек – ЖК тіс жоқ - О (Условные обозначения): (Кариес и его осложнения–К) (Пломбированный – П) (Подлежит удалению –У) (Отсутствует – О)

Күні Дата	Сыртартпа және қарау Анамнез и осмотр	Диагноз	Емдеу Лечение	Емдеуші дәрігердің тегі Фамилия лечащего врача

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 045/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 045/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер
КАРТАСЫ
КАРТА
обратившегося за антирабической помощью

20__ жылы(год) _____

Қаралу күні (Дата обращения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон) _____

_____

_____

4. Жұмысы мен жұмыс орны, телефон № (Занятие и адрес места работы,

№ телефона) _____

_____

_____

5. Тістеу, тырнау, сілекей жағылу күні (астын сызыңыз және жазыңыз)

(Дата укуса, оцарапания, ослюнения (подчеркнуть и вписать))

_____

_____

6. Тістелгені туралы қай емдеу ұйымына қаралды және қашан

(В какую лечебную организацию обращался по поводу укуса и когда)

_____

_____

7. Жарақат сипаттамасы және оның орналасуы (Описание повреждения и

локализация его) _____

_____

_____

8. Тістеген, тырнаған, сілекейін жаққан жануар туралы мәлімет

(Сведения об укусившем, оцарапавшем, ослюнившем животном)

_____

_____

9. Тістеу, тырнау, сілекей жағылу қандай жағдайда болды

(Обстоятельства укуса, оцарапания, ослюнения) _____

_____

10. Жануардың құтырғанын ветдәрігер клиникалық, зертханалық жолмен анықтады(астын сызыңыз немесе жазыңыз) (Бешенство животного установлено ветврачом клинически, лабораторно (подчеркнуть или вписать)) _____

_____

11. Жануар сау, өлді, өлтірілді, белгісіз(астын сызыңыз немесе жазыңыз) (Животное осталось здоровым, пало, убито, неизвестно (подчеркнуть или вписать)) _____

_____

12. Қаралушының анамнезі: (Анамнез обратившегося):

а) жүйке жүйесінің сырқаттары (заболевание нервной системы) _____

_____

б) спирттік ішімдіктер ішуі, жиілігі (употребляет ли спиртные напитки, как часто) _____

_____

в) бұрын құтырмаға қарсы екпелер егілген бе, қашан, қанша (получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько) _____

_____

г) басқа мәліметтер (прочие сведения) _____

13. Екпенің арналуы (Назначение прививки) _____

14. Белгіленген режим (ауруханаға жатқызылды, амбулаторлық емделу)

(Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное

лечение)) _____

_____

15.Құтырмаға қарсы гаммаглобулин егілді, күні, сериясы (Введение

антирабического гаммаглобулина, дата, серия) _____

16. Тері іші сынамасына серпіліс: қызару (Реакция на внутрикожную

пробу: покраснение) _____

_____

Ісіну (Отек) _____

Десенсибилизация: бір мәрте, екі мәрте

(Десенсибилизация: однократная, двухкратная)

Тәуліктік мөлшері (Суточная доза) _____

Қайталап енгізілуі: (Повторные введения):

Күні (Дата) _____ Дозасы (Доза) _____ Сериясы (Серия) _____

Күні (Дата) _____ Дозасы (Доза) _____ Сериясы (Серия) _____

17. Екпе кезіндегі асқынулар (Осложнения во время проведения

прививок) _____

18. Екпе курсы толығымен аяқталды, жануар сау болып шығуына байланысты тоқтатылды, өздігінен тоқтатты (астын сызыңыз немесе жазыңыз) (Курс прививок полностью закончен, отменен, так как животное оказалось здоровым, прерван самовольно и прочие (подчеркнуть или вписать) _____

19. Үзілген екпелерді жалғастыруға қандай шаралар қабылданды (Какие приняты меры к продолжению прерванных прививок) _____

20. Ескерту (Примечание) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Екпе кезіндегі тәртіп ережелерімен таныстым (С правилами поведения во время прививок ознакомлен) _____

045 /е.н.-на

к ф.№ 045 /у

Р/с №№ п/п	Екпе күні Дата прививки	Вакцинаның дозасы Доза вакцины	Вакцина сериясының № № серии вакцины	Екпені жүргізген адамдардың қолы Подпись лиц производивших прививки	Р/с №№ п/п	Екпе күні Дата прививки	Вакцинаның дозасы Доза вакцины	Вакцина сериясының № № серии вакцины	Екпені жүргізген адамдардың қолы Подпись лиц производивших прививки

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 048/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 048/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 049/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 049/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп-қарауды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета профилактических осмотров полости рта

20__ жылғы(года) _____ басталды (начат)

20__ жылғы(года) _____ аяқталды (окончен)

Р/с №№ п/п	Пациентің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество пациента	Туған күні Дата рождения	Қаралған күні Дата осмотра	Қарау күндері Дни осмотра			Қосымша мәліметтер Дополнительные сведения	Емдеудің аяқталған күні Дата окончания санации
				Сау Здоров	Бұрын тазаланған Ранее санирован	Тазалауды қажет етеді Нуждается в санации		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Журнал тіс дәрігерінің барлық профилактикалық жұмыстарын тіркеудегі негізгі есеп құжаты болып табылады.Бұл құжаттың негізінде профилактикалық жұмыстарының сапалық және сандық талдауы жүргізіледі.Бағандар өзінің белгіленуіне сай толтырылады. 8 баған тіс формуласы мен шартты белгілерді қолдана отырып өткізілуге тиісті жұмыс көлемін есепке алу үшін қолданылады: Тісжегі – Т, пульпит – pl, периодонтит – Pt.

Журналдағы деректер дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағына және біріктірілген ведомосқа жазылады.”Профиликатикалық жұмыстар” бөліміндегі айдың күніне сай келетін жолға жазылады.

Журнал является основным учетным документом для регистрации всей профилактической работы врача-стоматолога, на основе которого проводится качественный и количественный анализ профилактической работы.

Графы заполняются соответственно их обозначений. Графа 8 служит для учета объема предстоящей санации с использованием зубной формулы и условных

обозначений: Кариес – с, пульпит – pI, периодонтит – Pt. Сведения из

журнала заносятся в листок ежедневного учета работы врача, а так же

в сводную ведомость. В разделе "Профилактические работы" в строку

соответствующую данному числу месяца.

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 052/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-қарау
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических флюорографических обследований

басталуы (заведена) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

_____

Флюорографиялық (рентгенологиялық) жолмен ұзақ уақыт тексерілмеді (Длительно не обследовался флюорографически (рентгенологически)) _____ жыл (лет)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____

Жынысы: Е.-1, Ә.-2 (Пол: М – 1, Ж – 2)

Туған күні (Дата рождения) _____

Кәсібі (Профессия) _____

Мекенжайы (Адрес домашний) _____

_____

_____

Жұмыс орны (Место работы) _____

_____

_____

_____

Жағдайын ауырлататын созылмалы сырқаттары болуы (жазыңыз)

Наличие отягощающих хронических заболеваний (вписать) _____

_____ (1)

Міндетті контингент (Обязательный контингент) (2)

Басқа ұйымдасқан халық (Другое организованное население):

Жұмыс істеушілер (Работающие) (3)

Оның ішінде ұсақ кәсіпорындар жұмыскерлері (В том числе работники

мелких предприятий) _____ (4)

Оқушылар (Учащиеся) (5)

Ұйымдаспаған халық (астын сызыңыз) (Неорганизованное

население(подчеркнуть)) _____ (6)

Күндер: Флюорограмманы бағалау нәтижесі
Даты: Результаты оценки флюорограммы

Флюорографиялар Флюорографии	Флюорограммалар Флюорограммы	I оқу I чтение				II оқу II чтение	
		Патология түрі Вид патологии	Орналасуы Локализация	Дәрігердің қолы Подпись врача	Бақылаулық қосымша тексеру Контрольное дообследование	Патология түрі Вид патологии	Орналасуы Локализац
мөлшері доза	мөлшері доза				мөлшері доза		
1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2

1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3	4.4	5

Рентгенологиялық қосымша тексеру күні Дата рентгенологического дообследования	Рентгенологиялық қосымша тексеру әдісі Метод рентгенологического дообследования	Рентгенологиялық диагнозы Рентгенологический диагноз	Клиника-рентгенологиялық қорытынды диагнозы Заключительный клинико-рентгенологический диагноз
мөлшері доза			

Рентгенолог дәрігердің колы (Подпись врача рентгенолога) _____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 053/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРУ ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ ЖАСТАРДЫҢ ЕМДЕУ КАРТАСЫ №
ЛЕЧЕБНАЯ КАРТА ДОПРИЗЫВНИКА №

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың мекенжайы (Местожительство

допризывника) _____

4. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

5. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

6. Ауруының аты (әскери тіркеуге байланысты медициналық комиссиясының

ұйғарымы) (Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке)) _____
_____

_____

_____

7. Келу уақыты (Срок явки):

а) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) 20__ жылы (года) _____ айы

(месяц)

Келуі туралы ескерту жіберілді (отправлено напоминание о явке) ____

20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

Келді (Явился) 20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

б) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) 20__ жылғы (года) _____ айы

(месяц)

Келуі туралы ескерту жіберілді (отправлено напоминание о явке) ____

20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

Келді (Явился) 20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

8. Дәрігердің бақылауында болды (Находился под наблюдением врача)

_____

_____

күні (дата)

9. Диагнозы (емдеу ұйымында анықталды) (Диагноз (установлен в лечебной

организации)) _____

_____

10. Объективті зерттеулер деректері (Данные объективного

обследования) _____

_____

_____

11. Рентгенодиагностика деректері (Данные рентгенодиагностики)

_____

_____

12. Зертханалық тексерулер деректері (Данные лабораторного

исследования) _____

_____

_____

13. Басқа зерттеулер деректері (Данные других исследований)

_____

14. Қандай емдеу жүргізілді (Какое проведено лечение) _____

_____

15. Емдеу нәтижесі (Результат лечения) _____

_____

16. Емдеу ұйымының есебінен шығарылардағы денсаулық жағдайы мен

әскери қызметке жарамдылығы туралы алдын ала ұйғарым (Предварительное

заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при

снятии с учета лечебной организации) _____

_____

17. Емдеу ұйымының есебінен шығарылды (Снят с учета лечебной

организации)_____

Емдеу ұйымының мөрі "__"_____ 20__ жылғы (года)

(Печать лечебной организации)

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

(қолы подпись)

Бас дәрігер (Главный врач) _____

(қолы подпись)

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 053/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

КЕСУ ТАЛОНЫ № _____
Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емделу картасының № _____ (әскерге шақыру жасына дейінгі жастар емделіп болған соң толтырылып, аумақтық орган арқылы әскери комиссариатқа жіберіледі)
ОТРЕЗНОЙ ТАЛОН № _____
лечебной карты допризывника № _____ (по снятии допризывника с лечения заполняется и направляется через территориальный орган в военкомат)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____
_____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың мекен-жайы

(Местожительство допризывника) _____

4. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

5. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

6. Ауруының аты (әскери тіркеуге байланысты медициналық комиссиясының

ұйғарымы) (Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке)) _____
_____

_____

7. Келу уақыты (Срок явки):

а) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) 20__ жылғы (года) ____ айы (месяц)

Келуі туралы ескерту жіберілді (отправлено напоминание о явке) _____

20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

Келді (Явился) 20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

күні (дата)

б) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) _____

айы (месяц) 20__жылғы(года)

Келуі туралы ескерту жіберіледі (Отправлено напоминание о явке)

_____айы (месяц) 20__жылғы (года)

Келді (Явился) _____ айы (месяц) 20__ жылғы (года)

8. Дәрігердің байқауында болды (Находился под наблюдением

врача) _____

_____

күні (дата)

Емделуі

Прохождение лечения

9. Анамнез: алдыңғы бақылаулар деректері мен алғашқы қарау деректері

(Анамнез: данные предшествовавших наблюдений и данные первичного

осмотра) _____

_____

10. Рентгенодиагностика мен зертханалық зерттеу деректері (Данные

рентгенодиагностики и лабораторного исследования) _____

_____

11. Диагноз_____

12. Емдеу ұйымының есебінен шығарылардағы денсаулық жағдайы мен

әскери қызметке жарамдылығы жайлы алдын ала ұйғарым (Предварительное

заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при

снятии с учета лечебной организации) _____

_____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

қолы (подпись)

Бас дәрігер (Главный врач) _____

қолы (подпись)

Медициналық бақылау деректері
Данные медицинского наблюдения

Келу күні Дата посещения	Өтпелі бақылаулар Текущие наблюдания	Тағайындалымдар Назначение

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 054/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 054/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРҒАНҒА ДЕЙІНГІЛЕРДІҢ ЖЕКЕ

ТІЗІМІ _____ жылы туғандар, жолдануы

ИМЕННОЙ СПИСОК ДОПРИЗЫВНИКОВ

_____ годов рождения, направляемых

тексерілуге, жүйелі түрде емдеуге,

диспансерлік қадағалауға

(на обследование, для систематического

лечения, на диспансерное наблюдение)

_____

ұйымның атауы (наименование организации)

Код КАТО _____ Облыс (өлке) (Область(край)) _____

елді мекен (населенный пункт) _____ аудан (район) _____

Р/с №№ п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы (толық) Место жительства (подробный адрес)	Жұмыс (оқу) орны Место работы (учебы)	Аурудың атауы Название заболевания	Келу мерзімдері Сроки явки	
						келуі тағайындалды (күні) назначено явиться (дата)	келді (күні) явился (дата)
1	2	3	4	5	6	7	8

054/е н. артқы беті

Оборот ф. № 054 /у

Р/с №№ п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы (толық) Место жительства (подробный адрес)	Жұмыс (оқу) орны Место работы (учебы)	Аурудың атауы Название заболевания	Келу мерзімдері Сроки явки	
						келуі тағайындалды (күні) назначено явиться (дата)	келді (күні) явился (дата)
1	2	3	4	5	6	7	8

20 ____ жылғы(года) "_____" _____

Аудандық әскери комиссар

(Районный военный комиссар) _____

Ескерту: есеп нысанын жүйелін түрде емделуге келмегендер үшін де қолдануға болады, ол кезде "жолданушылар" сөзін "келмегендер" сөзімен, "аудандық әскери комиссар" сөздері "бас дәрігер" сөздерімен ауыстырылады

Примечание: учетная форма может быть использована и для списка не явившихся для систематического лечения путем замены слова “направляемых” на “не явившихся” и в этих случаях слова “районный военный комиссар” заменяется словами “главный врач”

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 054-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 054-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРЫЛАТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕР ТІЗІМІ ___
жылы туғандар, жолдануы
ИМЕННОЙ СПИСОК ДОПРИЗЫВНИКОВ _____
годы рождения, направляемых
тексерілуге (на обследование)
_____

ұйымның атауы (наименование организации)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 054-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 054-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРЫЛАТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕР ТІЗІМІ ___ жылы туғандар, жолдануы
ИМЕННОЙ СПИСОК ДОПРИЗЫВНИКОВ _____ (годов рождения, направляемых)
диспансерлік қадағалауға (на диспансерное наблюдение в)

_____

ұйымның атауы (наименование организации)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 055/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 055/ у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года №907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы
Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг

Р/с № п	ТАӘ ФИО	Күні Дата	Мекен-жайы Адрес	Пациенттің тұлғалық-әлеуметтік мәртебесі Личностно-	Отбасы туралы ақпарат	Әлеуметтік диагнозы Социаль-	Үйге барғанда анықталған проблемалар Выявлен-	Әлеуметтік қызметкерді бағалау Оценка со-	Әлеуметтік қызметкердің іс-әрекет жоспары План дейст-	Қызметтің атауы (Название услуги): Волонтерлерді дайындау (подготовка волонтеров) (1) Тақырыптың /тренингтің атауы (название темы/ тренинга) (2) Протездеу (протези-	Ескертпе

/п				социальный статус пациента	Инфор-мация о семье	ный диагноз	ные проблемы при посеще-нии на дому	циаль-ного работ-ника	вий со - циаль-ного работ-ника	рование) (3) Алынған көшу құралы (получено средств передви-жения) (4) Балалар үйіне берілген және т.б. (помещено в дома ребенка и т.д.) (5)	Приме-чание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 055-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 055-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 055-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Әлеуметтік қызметкермен/ психологпен толтырылатын пациенттің картасы

Карта пациента, заполняемая

социальным работником/психологом

1.Тегі/Фамилия _____Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии)_____

2. Туған күні (Дата рождения) күні, айы, жылы(число/месяц/год)_____/_____/_____ жылғы (года).

3. Жынысы (Пол): 1- ер (муж), 2- әйел (жен) 4. ЖСН/ИИН_____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО)

6. Мекенжайы (Место жительства)

7.Бекітілген тұрғын (Прикрепленный житель): 1-иә (да), 2- жоқ (нет); 5.1. Тұрғыны (Житель): 1-қаланың (города), 2- ауылдың (села)

8. Халық категориялары (Категории населения): 1-оқушы (школьник), 2-студент (студент), 3-жұмыс істеуші (работающий), 4-жұмыссыз (безработный), 5-басқа (другое)

9.Жеңілдік алушылар категориясы (Категория льготников): 1- ОСМ (ИОВ), 2-ҰОСҚ (УВОВ); 3-интернационалист жауынгер (воин-интернационалист); 4- бала кезінен мүгедек (инвалид детства); 5 - ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию), 6- басқа жеңілдік алушылар (прочие льготники)

10. Қаралу себебі (Повод обращения): 1-кеңес (консультация), 2-ауруы (заболевание), 3-Әлеуметтік мәселе (социальная проблема), 4 психологиялық мәселе (психологическая проблема), 5-тренингтарда қатысу (участие в тренингах), 6- басқа (другое)

11. Кім жолдады (Кем направлен): 1- өзі келді (самообращение), 2-медициналық ұйымдар (медицинские организации), 3- мемлекеттік ұйымдар мен мекемелер (государственные организации и учреждения), 4 - үкімет емес ұйымдар (неправительственные организации), 5 – басқалары (прочие)(тізімге жазу (вписать)_____)

12. Ақпарат қайнар көзі (Источник информации): 1- дәрігер (врач), 2- мейірбике (медсестра), 3-әке-шешелері (родители), 4- достары (друзья), 5- әріптестері (коллеги), 6-БАҚ (СМИ), 7-сенім телефоны (телефон доверия), 8-басқа (другое)

13. Сапарлар (Визиты): 1-алғашқы (первичный), 2- қайта (повторный)

14. Келуі (Посещения):

Күні (Дата)	**Келу уақыты (Время посещения)**	**Келу түрі (Вид посещения) (жеке кеңесу) (индивидуальное консультирование, топтарда кеңесу (групповая консультация), үйге келу (посещение на дому))**

15. Әлеуметтік-психологиялық мәселені бағалау (Оценка социально-психологической проблемы)

16. Әлеуметтік қызметтер түрі/(Виды социальных и психологических услуг:): 1-әлеуметтік-медициналық қызметтер (социально-медицинские услуги) 2-әлеуметтік-психологиялық қызметтер (социально-психологические услуги) 3-әлеуметтік-педагогикалыққызметтер (социально-педагогические услуги) 4-әлеуметтік-экономикалық қызметтер(социально-экономические услуги) 5-әлеуметтік-құқықтық қызметтер (социально-правовые услуги) 6-әлеуметтік-тұрмыстыққызметтер (социально-бытовые услуги) 7-әлеуметтік-еңбек қызметтер (социально-трудовые услуги) 8) әлеуметтік-мәдени қызметтер (социально-культурные услуги); 9) жеке психологиялық кеңестер (индивидуальные психологические консультации); 10) отбасылықпсихологиялықкеңестер (семейные психологические консультации); 11) топтарда кеңесу (групповые консультации)

17. Қаралу нәтижесі (Исход обращения): 1-жағдайды шешу (решение ситуации), 2-жағдайды жақсарту (улучшение ситуации), 3-өзгеріссіз (без перемен), 4- клиенттің бас тартуы (отказ клиента), 5-басқа (другое)

18.Қаралу оқиғасы (Случай обращения): 1-аяқталды (завершен), 2-аяқталмады (не завершен)

19. Әлеуметтік қызметкер/психолог (Социальный работник/психолог):

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))_____

Қолы(Подпись)_____

20. Күні (Дата)"_____"_____жылы (год)

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 057/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 057/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 057/у с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от

19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____

Амбулаториялық картасының № (№ амбулаторной карты) _____

Участкінің № (№ участка) _____

Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны
Талон прикрепления к медицинской организации

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

2.Туған күні (кк/аа/жж) (Дата рождения дд/мм/гг)) ___/____/____/

3. Жынысы (пол)

☐

ер (муж)

☐

әйел (жен)

4. Ұлты (Национальность) _____ 5. Азаматтық (Гражданство) _____

6. ЖСН (ИИН) _|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Медициналық тіркеу нөмірі (МТН) ____|____|____|____|____|____|

(Регистрационный медицинский номер (РМН)

8.Туған жері: Ел (Место рождения:Страна) _____ Өңір (Регион

(область) _____

Аудан, қала (Район,,город) _____ Елді-мекен

(Населенный пункт) _____

7.

Паспорт (Паспорт)

Жеке куәлік (Удостоверение личности)

Туу туралы куәлік (Свидетельство о рождении)

Өзге де ((прочие)

Сериясы (Серия) _____ Нөмірі (Номер) ____ Кім берді (Кем выдан):

_____

Берілген күні (Дата выдачи) ____/_____/_____/ жылғы (года)

9. Тұрақты тұратын жері (тіркелген орны) (Постоянное место жительства

(место прописки):

Облыс (область) _____ Аудан, қала (район, город) _____

Елді мекен (Населенный пункт) _____

Көше (Улица) _____ Үй (дом) ____ Пәтер (квартира) ___ Телефон

_____

10. Тұратын жері: Облысы (Место проживания:область) _____ Аудан,

қала (Район, город) _____

Елді мекен (Населенный пункт)_____

Көше (улица)_____Үй (дом) ____ Пәтер (квартира) ____ Телефон _____

11. Осы медициналық ұйымда _____ жылдан бастап қызмет көрсетіледі.

(обслуживается в данной медицинской организации с _____ года).

12. Отбасы жағдайы (Семейное положение):

☐

Бойдақ (холост);

☐

Тұрмыста емес (незамужем);

☐

Үйленген (женат);

☐

Тұрмыста

(замужем);

☐

Айрылысқан (разведен (а));

☐

Әйелі өлген (Вдовец);

☐

Жесір (Вдова).

13. Білімі (Образование):

☐

Жоғары (Высшее);

Аяқталмаған жоғары

(Незаконченное высшее);

Арнаулы орта (среднее спец..);

Бастауыш (начальное).

14. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы) _____ _____

15. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо,занятое индивидуальным трудом), 8 - табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10- басқалар (прочее)

16. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ)–1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі(инвалид труда)- 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10;

басқалар(прочее) – 99.

17. 18 жасқа дейінгі балалардың ата-аналарының ТАӘ (ФИО родителей детей до 18 лет)._____

18. МСАК медициналық ұйымдарын еркін таңдау кезінде үйде медициналық қызмет көрсету (При свободном выборе медицинской организации ПМСП медицинское обслуживание на дому).

☐

Кепілдендіріледі (Гарантируется);

☐

Кепілдендірілмейді

(Не гарантируется).

19. Тіркеушінің ТАӘ(ФИО регистратора) _____ Қолы (подпись) _____

Мен осы медициналық ұйымға тіркелуге келісемін (Я согласен прикрепиться к данной медицинской организации).

20. Емделушінің қолы (Подпись пациента) ___ Тіркелген күні (Дата прикрепления) ___/___/___/ жылғы (года)

21. Тіркеуден шыққан күні (Дата открепления) ___/___/___/жылғы(года)

22. Себебі (Причина):

☐

Бас тарту (Отказ);

☐

Кету (Выезд);

☐

Қайтыс болу (Смерть).

_ _

Амбулаториялық картаның № (№ амбулаторной карты)_____

Учаскенің № (№ участка) _____

Медициналық ұйымнан тіркеуден шығу талоны

(Талон открепления от медицинской организации)

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (кқ/аа/жж) (Дата рождения дд/мм/гг)) ___/___/____/.

3. Жынысы (Пол)

☐

ер (муж)

☐

әйел жен)

4. ЖСН (ИИН) |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

5. Тіркеуден шыққан күні (Дата открепления) __/___/___/ жылғы (года)

6. Себебі (Причина):

Бас тарту (Отказ);

Кету (Выезд);

Медициналық ұйым басшының қолы

(Подпись руководителя медицинской организации) _____

ТАӘ (ФИО)

М.О. (М.П.)

Примечание. В медицинских организациях, имеющих автоматизированные рабочие места медицинских работников, талон заполняется в электронном виде.

При заполнении талона в электронном виде записи о прикреплении присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 059/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 059/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 059/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 061/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 061/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Дене шынықтырушы мен спортшының
дәрігерлік – бақылау картасы
Врачебно – контрольная карта
физкультурника и спортсмена

Толтырылған күні (Дата заполнения)_____
жылы, айы, күні (год, месяц, число)

_____

Ұйым (БЖСМ, спорттық ұжым) (Организация (ДЮСШ, спортколлектив))

_____

Спорт түрі (Вид спорта)

Мекенжайы бойынша емхананың № (№ поликлиники по месту жительства)_____

1.Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____ _____ _____ **2. ЖСН/ИИН**_____ _____ _____ _____ **3. Туған күні (Дата рождения)** ___ _____**4. Жынысы**	**19. Антропометрикалық деректер** **Антропометрические данные**							
	1-тексеру қарау күні 1-е обслед. дата осмотра		2-тексеру қарау күні 2-е обслед. дата осмотра		3-тексеру қарау күні 3-е обслед. дата осмотра		4-тексеру қарау күні 4-е обслед. дата осмотра	
	жасы возр.	баға оценк	жасы возр.	баға оценк	жасы возр.	баға оценк	жасы возр.	баға оценк

(Пол)_____
5. ӘАОЖ коды (Код КАТО):_____
6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____
_____
_____
_____
Телефон_____
_____
7. Жұмыс орны (Место работы) _____
_____
_____
8. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____
_____
__
9. Білімі (Образование)_____
_____
_____
___
10. Баспана жағдайы (Жилищные условия)_____
_____
_
11. Тамақтану режимі (Пищевой режим)_____
_____
_
12. Ауырған (Перенесенные): а) аурулары (болезни)
_____
__
_____
_____
_____
_____
б) зақымдары (травмы)_____
_____
_____
в) операциялары (операции)_____
_____
_____
13. Алкоголь

Салмағы (Вес)									
Бойы тұрғанда (Рост стоя)									
Кеуде қуысының шеңбері Окружн. грудной клетки	дем алғанда (вдох)								
	дем шығару (выдох)								
	аралықта (пауза)								
	құлаш кергенде (размах)								
Спирометрия									
Динамометрия	оң алақан пр. кисть								
	сол алақан лев.кисть								
	дене становая								
20. Сыртқы қарау деректері Данные наружного осмотра									
Тері қабаты (Кожа)									
Көрнекі жылбысқы қабықтар (Видимые слизистые)									
Лимф. жүйесі (Лимф. система)									
Май байлануы (Жироотложения)									
Бұлшық еттері Мускулатура									
Жарық қақпаларының жағдайы (Состояние грыжевых ворот)									
Кеуде қуысы (Грудная клетка)									
Арқасы (Спина)									
Аяқ басы (Стопа)									

пайдалануы (Употребление алкоголя): кездейсоқ (случайное), аз (мало), көп (много), жиі (часто), пайдаланбайды (не употребляет) (астын сызыңыз) (подчеркнуть) Шылым шегуі (Курение): неше жасынан (с каких лет)_____ __ күніне (по)_____ __дана (штук в день), шекпейді (не курит) (астын сызыңыз) (подчеркнуть) 14. Негізінен спорттың қай түрімен шұғылданады (Каким видом спорта преимущественно занимается)_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 15. Қанша уақыт (Сколько времени)__ _____ _____ 16. Спорттың басқа қандай түрлерімен айналысқан (Какими другими видами спорта занимался)_ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 17. Спорттың қандай түрлерінен жарыстарға	Аяқтары (Ноги)									

қатысқан (По каким видам спорта участвовал в соревнованиях)_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ 18. Дәрежесі (Разряд)_____ _____ _____ әр дәрежесін алған күні (дата получения каждого разряда) _____ _____ _____ _____ спорттың қай түрінен (по какому виду спорта) _____ _____ _____ _____ *Баға балалар мен 17 жасқа дейінгі жасөспірімдер үшін *Оценка для детей и подростков включительно									

21. Жуық арадағы спорттық сыртартпа деректері. Данные ближайшего спортивного анамнеза

	1-тексеру 1-е обследование қарау күні _____ (дата осмотра)	**2-тексеру 2-е обследование қарау күні _____ (дата осмотра)**
Жаттығулары мен спорттық өнер көрсетулері туралы қысқаша деректер Краткие данные о тренировках и спортивных выступлениях		
		22.Тексеру деректері Данные обследования
Шағымдары Жалобы		

Тыныс алу ағзалары, жоғарғы тыныс жолдары, өкпелері (тыңдау) Органы дыхания, верхние дыхательные пути, легкие (аускультация)		
Қанайналым ағзалары: жүрек (шекаралары, тыңдау) Органы кровообращения: сердце (границы, аускультация)		
Ас қорыту ағзалары: тілі, іші (қолмен зерттеу) Органы пищеварения: язык, живот, (пальпация)		
Несеп – жыныстық жүйе Мочеполовая система		
Эндокриндік жүйе Эндокринная система		
Жүйке жүйесі Нервная система		
Мамандардың қарауы Осмотр специалистов:		
көз дәрігері (офтальмолога)		
отоларинголог (отоларинголога)		
хирург (хирурга)		
травматолог (травматолога)		
тіс дәрігері (стоматолога)		
басқа мамандар (жазыңыз) (других специалистов (вписать))		

3- ші тексеру 3-е обследование қарау күні дата осмотра _____ _____	**4 – ші тексеру 4-е обследование қарау күні дата осмотра _____ _____**
ішкі ағзаларды (внутренних органов)	

23. Функциялық сынама Функциональная проба

Зерттеу күні, айы, жылы Число, месяц, год исследования						
Жүктемеге дейін До нагрузки	Дем алуы (Дыхание)					
	Тамыр соғуы (Пульс)					
	Тамыр соғу сипаты (Характер пульса)					

		Қан қысымы (Артериальное давление)
Жүктемеден кейін После нагрузки	тамыр соғуы пульс	10 20 33 40 50 60 Қан қысымы (Артериальное давление) Дем алуы (Дыхание)
Тыңдау Тамыр соғу сипаты (Аускультация) (Характер пульса) тұрғанда (стоя) жатқанда (лежа)		
24. Қорытынды Заключение		
Физикалық дамуы Физическое развитие		
Денсаулық жағдайы (Состояние здоровья) Функциялық жағдайы (функциональное состояние)		
Медициналық топ Медицинская группа		
Шұғылдануға, жарыстарға жіберілуі Допуск к занятиям, соревнованиям		
Маманға жолданды Направлен к специалисту		
Қайтадан келуі Повторная явка		
Ұсынылды Рекомендовано		
Ескерту Примечание		

Дене шынықтырушы мен спортшының
дәрігерлік – бақылау картасының
қосымша парағы

Вкладной лист к врачебно – контрольной карте
физкультурника и спортсмена

Спортшыны диспансерлік байқаудың
дәрігерлік-бақылау картасы
Врачебно-контрольная карта
диспансерного наблюдения спортсмена

_____
_____

дәрігерлік-дене шынықтыру диспансер (врачебно-физкультурный диспансер)

Тегі/Фамилия_____

Аты/Имя_____

Әкесінің аты (болған жағдайда) /Отчество (при его наличии)_____

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Спорт түрі (Вид спорта)_____ _____

Дәрежесі (Разряд)_____

Жаттықтырушының тегі (Фамилия тренера)_____

Дәрігер (Врач)_____

Толтырылған күні (Дата заполнения)_____

_____

Диспансерлік байқауға алынған спортшылырға толтырылады
Заполняется на спортсменов, взятых под диспансерное наблюдение

1 беті

1. Жалпы мәліметтер
Общие сведения

Тегі, аты , әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

_____
_____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО):_____

Мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____ телефон _____

Мекенжайы бойынша емхана № (№ поликлиники по месту жительства)_____

Білімі (Образование) _____ Кәсібі (Профессия) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Жұмыс күнінің ұзақтығы (Продолжительность рабочего дня) _____

Отбасылық жағдайы (Семейное положение) _____

Баспана жағдайы (Жилищные условия) _____

Тамақтану режімі: жүйелі, жүйесіз-күніне (Режим питания: регулярное, нерегулярное)

_____

_____ (раз в день)

Алкоголь қолдануы: көп, аз, әдеттегідей, кездейсоқ (астын сызыңыз), шылым шегуі иә, жоқ, неше жастан бастап (Употребление алкоголя: много, мало, привычно, случайно (подчеркнуть), курение да, нет, с какого возраста)_____ күніне неше шылым шегеді (количество сигарет в день)

2. Бастан өткерген аурулары, операциялары, жарақаттары (травмалары (Перенесенные заболевания,
операции, травмы) _____

_____
_____
_____
_____
_____

Отбасындағы сырқаттары (Заболевания в семье) _____

_____
_____

3. Жалпы мәліметтердің өзгеруі (Изменения общих сведений) _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

II. Спорттық анамнезінің жалпы деректері
Общие данные спортивного анамнеза

1. Неше жасынан бастап, спорттың қай түрімен шұғылдана бастады
(С какого возраста стал заниматься спортом и какими видами) _____

_____
_____
_____

2. Спорттың негізгі түрімен шұғылдануы: жаңа бастады, ұдайы, үзілістермен (0,5 жылдан астам),
өздігінен, жаттықтырушының қол астында. (Занятия основным видом спорта: начало занятий, систематически, с перерывами (более 0,5 года), самостоятельно, под руководством тренера)
_____

_____
_____

3. Спорттық біліктілігінің ағымы
(Динамика спортивной квалификации)

Күні **Дата**					
Дәреже Разряд					
Спорт түрі Вид спорта					

4. Спорттық нәтижелерінің ағымы (Динамика спортивных результатов)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5. Бұрынғы жаттығулары, ерекшеліктері: жыл бойы, маусымдық, жан-жақты, арнайы мамандар (Тренировка в прошлом, особенности: круглогодичная, сезонная, разносторонняя, узкоспециальная)

_____
_____

_____
_____

6. Жеткіліксіз дайындығымен жарыстарға қатысуы, жоқ (астын сызыңыз) (Участие в соревнованиях
без достаточной подготовки, нет (подчеркнуть)) _____

_____
_____

7. Мөлшерден тыс жаттығу немесе зорығуы болды ма (қашан, себебі, белгілері) (Были ли явления
перетренировки или перенапряжения (когда, причины, признаки))

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. Спортық зақымдары (қашан, сипаттамасы, орналасуы, ауырлығы, емделуі, салдарлары) (Спортивные
травмы (когда, характер, локализация, тяжесть, лечение, остаточные явления))

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

9. Жаттығу кезінде өзін-өзі ұстауы (Самоконтроль в процессе тренировки)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

III. Жақындағы спорттық анамнезінің деректері
Данные ближайшего спортивного анамнеза

Қаралған күні **(Дата обследования)**
1. Қашан және қандай нәтижелермен өткен спорт- жылын (маусымын) бітірді. (Когда и с какими результатами закончил предыдущий спортивный год (сезон))
2. Өткен жылдан кейін демалуының ұзақтығы мен сипаттамасы. (Продолжительность и характер отдыха после предыдущего года (сезона))
3. Жаттығулардың кезеңдер бойынша сипаттамасы (қашаннан бері жаттыға бастады жиілігі, ұзақтығы мен жаттығулар сипаттамасы). (Характеристика тренировок по периодам (когда начал тренироваться, частота, продолжительность и характер тренировок)) Жаттығулар режимін өзгертті ме. Өткізген жарыстары, олардың масштабы мен нәтижелері: (Изменил ли режим тренировок. Число проведенных соревнований, их масштабы и результаты): а) дайындық кезеңі (подготовительный период) б) негізгі кезең (основной период) в) белсенді демалу (активный отдых)
4. Биылғы спорт жылындағы (маусымындағы) сырқаттары, зақымдануы, мөлшерден тыс жаттығуы немесе зорығуы. (Заболевания, спортивные травмы, перетренировка или физическое перенапряжение в этом спортивном году (сезоне))
5. Спортшы қазіргі уақыттағы өзінің жатыққанын қалай бағалайды. (Как оценивает спортсмен свою тренированность в настоящее время)

4,5 беттерде III бөлімдегі таблица жалғаса береді, бірақ мазмұны жазылмайды

стр. 4, 5 та же самая таблица что в разделе III - продолжается, но без содержания

6 беті

стр. 6

Антропометрикалық деректер
Антропометрические данные

	Күні **Дата**	**Баға *** **Оценка ***

Жасы (Возраст)				
Салмағы (Вес)				
Тұрғандағы бойы (Рост стоя)				
Отырғандағы бойы (Рост сидя)				
Окружность	Мойыны шеи			
	Оң иығы плеча правого	байыпты спокойное		
		ширыққан напряженное		
	Сол иығы плеча левого	байыпты спокойное		
		ширыққан напряженное		
	Кеуде клеткасы дем алғанда (грудной клетки вдох)			
	Кеуде клеткасы дем шығарғанда (грудной клетки выдох)			
	Кеуде клеткасы аралықта (грудной клетки пауза)			
	Кеуде клеткасы жайылуы (грудной клетки размах)			
	Оң жақ саны (бедра правого)			
	Сол жақ саны (бедра левого)			
	Оң жақ балтыры (голени правой)			
	Сол жақ балтыры (голени левой)			
	Иық (плечевой)			
	Жамбастық (Тазовый)			
Оң саусақтар динамометриясы (Динамометрия правой кисти)				
Сол саусақтар динамометриясы (Динамометрия левой кисти)				

Дене динамометриясы (Динамометрия становая)		
Өкпенің тіршілік сыйымдылығы (Жизненная емкость легких)		
Дене бітімі дамуының жалпы бағасы және көрсетілген жасқа сәйкестігі (Общая оценка физического развития и соответствие его указанному возрасту)		

---

* 17 жасқа дейінгі балалар мен жасөспірімдерге міндетті түрде

(* Обязательно для детей и подростков в возрасте до 17 лет включительно)

6, 7 артқы беті

оборот стр.6, 7

Күні **Дата**	**Бағасы *** **Оценка ***	**Күні** **Дата**	**Бағасы *** **Оценка ***	**Күні** **Дата**	**Бағасы *** **Оценка ***

8 беті

стр. 8

Күні **(Дата)**
Шағымы (Жалобы)
Сырттай қарау Наружный осмотр

Тері қабаты (Кожа)	
Көрнекі жылбысқы қабықтар (Видимые слизистые)	
Лифма жүйесі (Лимфатическая система)	
Майлы шөгінді (Жироотложение)	
Бұлшық ет (Мускулатура)	
Тірек-қозғалыс аппараты (Опорно-двигательный аппарат)	

Ішкі ағзаларды зерттеу деректері
Данные обследования внутренних органов

Тыныс алу ағзалары (Органы дыхания)	Жоғарғы тыныс алу жолдары (верхние дыхательные пути)	
	Өкпе перкуссиясы мен аускультациясы (перкуссия и аускультация легких)	
Қан айналу ағзалары (Органы кровообращения)	Жүрек қағуы (сердечный толчок)	
	Жүрек шекарасы (граница сердца)	Оң (правая)
		Сол (левая)
	аускультация	Тұрғанда (стоя)
		Жатқанда (лежа)
	Тамырлар (сосуды)	
Ас қорыту ағзалары (Органы пищеварения)	Тіл (язык)	
	Бауыр (печень)	
	Басқа ас қорыту ағзалары (Другие органы пищеварения)	
Несеп-жыныс жүйесі (Мочеполовая система)		
Эндокриндік жүйе (Эндокринная система)		

Күні **(Дата)**	
Мамандар қортындысы Заключения специалистов	Травматолог
	Хирург
	Невропатолог
	Офтальмолог
	Отоларинголог

	Стоматолог
	Гинеколог
	Дерматовенеролог

11 беті

стр. 11

Рентгеноскопия (флюорография), зертханалық зерттеулер деректері

Данные рентгеноскопии (флюорографии), лабораторных исследований _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

12, 13 беті

стр. 12, 13

Фукциялық зерттеу

Функциональное обследование

Жүктемеге дейін Тамыр соғуы Қан қысымы Тыныс алу (До нагрузки) (Пульс) (Артериальное давление) (Дыхание)			
Күні Дата _____	20 отырып-тұру (20 приседаний)	15 секундтық жүгіру (15-секундный бег)	3 минуттық жүгіру (3-минутный бег)
	Бағасы Оценка _____	Бағасы Оценка _____	Бағасы Оценка _____

		1'	2'	3'	1'	2'	3'	4'	1'	2'	3'	4'	5
Жүктемеден кейін: (После нагрузки): Тамыр соғу сипаттамасы (Характер пульса)	10												
	20												
	30												
	40												
	50												
	60												
Қан қысымы (Артериальное давление)													
Тыныс алу (Дыхание)													
Аускультация													
Жұмысқа қабілеттілігін анықтайтын басқа тесттер (Другие тесты определения работоспособности)													

14, 15 беті

стр. 14, 15

Соңғы жаттығу күні және оның жүктеменің жалпы бағасы

(Дата последней тренировки и общая оценка ее нагрузки)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Организмның физикалық жүктемелерге бейімделуін бағалау (Оценка адаптации организма к физическим нагрузкам)

_____
_____

16, 17 беті

стр. 16, 17

ЭКГ мен басқа функциялық зерттеулер деректері

(Данные ЭКГ и других функциональных исследований)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

18-20 беті

стр. 18-20

Диспансерлік тексеру бойынша қорытынды

Заключение по диспансерному обследованию

Күні **(Дата)**
Физикалық дамуының бағасы (Оценка физического развития)
Денсаулық жағдайының бағасы (Оценка состояния здоровья) функциялық жағдайы мен жұмысқа қабілеттігі (функционального состояния и работоспособности))
Негізгі диагноз (Диагноз основной)
Қосалқы диагноз (Диагноз сопутствующий)
Жаттығуларға жіберілуі (Допуск к тренировкам)

Жаттығулар режімі бойынша жалпы нұсқаулар (Общие указания по режиму тренировок)
Жарыстарға жіберілуі (Допуск к соревнованиям)
Ұсынылған емдеу-профилактикалық шаралары (Рекомендованные лечебно-профилактические мероприятия)
Келесі қаралу күні (Дата повторного обследования)
Дәрігердің қолы (Подпись врача)

Күні (Дата)	**Өтпелі және қосымша байқаулар, дәрігерлік-педагогикалық байқаулар (Текущие и дополнительные наблюдения, врачебно-педагогические наблюдения)**

Тағайындаулар (Назначения)	**Дәрігердің қолы (Подпись врача)**

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 062/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 062/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 062/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 063/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

20__ жылғы (года) "___" _____ есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы _____

(для организованных детей наименование детского учреждения)

_____

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)

_____ көшесі (улица) _____

_____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

_____

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		егу вакцинация					
		қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екпе
Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе
Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	КүніДата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

***** Препараттар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС - М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – көкжөтел вакцинасы .

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе
Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	КүніДата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе
Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

№ 063/е н. 4 беті

Стр. 4 ф. № 063/у

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе
(Прививка против других инфекций) _____

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні Қолы (Подпись)_____

(Дата снятия с учета)_____

Себебі (Причина)_____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 064/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 064/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екпелерді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета профилактических прививок
за 20__ жылы(год) _____
_____

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс немесе оқу орнының аты Название места работы или учебного заведения	Вакцинаның, препараттың, анатоксиннің және т.б. аттары Название препарата вакцины, анатоксин и пр.	Егу немесе қайталап егу Вакцинация или ревакцинация	Екпе тәсілі: тері астына, тері үстіне, тері арасына және т.б. Метод прививок: подкожно, накожно, интраназально и пр.
1	2	3	4	5	6	7	8

№ 064/е н. артқы беті

Разворот ф. № 064/у

Екпелер Прививки									Реакция: еккен жерде, жалпы, қандай екпеден кейін Реакция:местная, общая, после какойпрививки	Ескерту примечание
1-ші I – я			II –ші II – я			III-ші III – я				
күні дата	доза	сериясы серия	күні дата	доза	сериясы серия	күні дата	доза	сериясы серия		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 064-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 064-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Жаңа туған нәрестелерге (перзентхана) профилактикалық екпелерді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета профилактических прививок новорожденным (роддома)
за 20__ жылы (года) _____

_____

Р/с № п/п	Жаңа туған баланың даму тарихы № истории развития новорожденного	Анасының тегі, аты, әкесінің аты (баланың жынысы) Фамилия, имя, отчество матери (пол ребенка)	Домашний адрес Мекенжайы	Баланың туған күні Дата рождения ребенка	Егу күні Дата прививки	Егу уақыты Время прививки
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Вакцина сериясы Серия вакцины	Вакцинаның аты Название вакцины	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Мөлшері Доза	Мейірбике қолы Подпись медсестры	Реакция: жергелікті, жалпы (әрбір егуден кейін) Реакция: местная, общая (после каждой прививки)	Ескерту Примечание
8	9	10	11	12	13	14

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 064-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 064-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

	Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Вакциналар қозғаласының
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
движения вакцин
(за) 20__ жылы (год) _____ бойынша

_____

Р/с № п/п	Вакцина егу күні Дата вакцинации	Вакцинаның атауы Название вакцины	Жаңа туған нәрестелердің егілуі Привито новорожденных			Жұмсалған вакциналар (дозамен) Израсходовано вакцины (в дозах)	Қалған вакцина (дозамен) Остаток вакцины (в дозах)
			№ 1 бөлімше отделение № 1	№ 2 бөлімше отделение № 2	барлығы перзентхана бойынша всего по роддому		
1	2	3	4	5	6	7	8

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Жыныстық аурумен ауыратын науқастың
МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
№ _____
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
больного венерическим заболеванием

Қаралған күні (Дата обращения) 20__ жылғы (года) "__" _____

Есепке алынған күні (Дата взятия на учет) 20__ жылғы (года)"__" _____

Хабарлама толтырылған күн (Дата составления извещения) 20__ жылғы

(года) "__" _____

_____

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____

2. Жынысы Е.,Ә (Пол М.,Ж) _____ 3. Туған күні (Дата рождения)

_____ 4. Ұлты (Национальность) _____ 5. Тіркелген

мекенжайы (Адрес по прописке) _____

6. Білімі (Образование) _____

7. Жұмыс істеуі, біреудің қарауында болуы (кімнің) (Работает сам, находится на иждивении (у кого))_____

8. Науқастың жұмыс орны (егер науқас жұмыс істемесе – оған қараушы

адамның жұмыс орынын көрсетіңіз) (Место работы больного (если больной

е работает – указать место работы лица, на иждивении которого он

находится)) _____

_____

9. Өнеркәсіп саласы (Отрасль производства) _____

10. Анық кәсібі (Детальная профессия) _____

лауазымы (должность) _____

11. Қалада, ауылда тұрақты тұрады (астын сызыңыз) (Живет постоянно в городе, селе (подчеркнуть)) _____

12. Тұрғылықты мекенжайы (Адрес местожительства) _____

_____

_____ телефон _____

13. Отбасы жағдайы (үйленген, бойдақ, ажырасқан, тұрмыста, тұрмысқа шықпаған, жесір – астын сызыңыз) (Семейное положение (женат, холост, разведен(а), замужем, незамужем, вдовец, вдова- подчеркнуть))

14. Отбасы жағдайының өзгеруі, күнін көрсетіңіз (Изменение в семейном положении с указанием даты) _____

15. Есепке алу кезіндегі диагнозы (Диагноз при взятии на учет)

_____

16. Сырқаты анықталды: емдеу-профилактикалық ұйымда қаралу кезінде, профтексеру кезінде – астын сызыңыз (Заболевание выявлено: при обращении больного в лечебно-профилактическую организацию, при профосмотре – подчеркнуть)

17. Жыныстық аурулардың жеке профилиактика пунктерінде болды, болған жоқ – астын сызыңыз (Пункт индивидуальной профилактики венерических

болезней: посещал, не посещал – подчеркнуть)

18. Жыныстық аурумен ауырған адамдарға арналған ескертумен таныстым:

иә, жоқ (С предупреждением лицу, заболевшему венерической болезнью

ознакомлен: да, нет.)

19. Диагноздың өзгеруі (күні) (Изменение диагноза (дата))

_____

20. Ауруханаға жатқан күні (Дата госпитализации) _____

21. Ауруды жұқтыру көзі
Источник заражения

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Мекенжайы Домашний адрес	Науқасқа қатысы Отношение к больному	Күні Дата		Диагноз	Медициналық картасы № № медицинской карты	Ескертпе Примечание
				шақыртылу вызова	келген явки			

22. Қаралуға жататын отбасы мүшелері мен түйісушілер
Члены семьи и контакты, подлежащие обследованию

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Мекенжайы Домашний адрес	Науқасқа қатысы Отношение к больному	Күні Дата		Диагноз	Медициналық картасы № № медицинской карты	Ескертпе Примечание
				шақырылу вызова	келген явки			

№ 065/е н. 3 беті

Стр.3 ф. № 065/у

23. Мерезбен ауырған науқасты емдеу
Лечение больного сифилисом

Курс № курса	Күні Дата		Препараттың аты мен жиынтық дозасы Наименование препарата и суммарная доза	Серологиялық зерттеу нәтижесі Результаты серологического исследования		Ескертпе Примечание
	емдеудің басталуына чала лечения	емдеудің аяқталуы окончания лечения		курс басталғанға дейін до начала курса	курс аяқталған соң по окончании курса	

№ 065/е н. 4 беті

Стр.4 ф. № 065/у

Бірде-бір емдеу курсын аяқтамады: ауыстырылуы себебінен (Не закончил

(а) ни одного курса лечения: в связи с переводом) _____

_____

ұйымның атауы, мекенжайы (наименование, адрес организации)

интеркуррентті сырқат, басқа себептермен (интеркуррентным

заболеванием, по другим причинам) _____

себебін көрсетіңіз (указать каким)

24. Емдеу жинақтылығын бақылау
Контроль за аккуратностью лечения

Өздігінен емделуді тоқтату күні Дата самовольного прекращения лечения	Күні Дата		Өздігінен емделуді тоқтату күні Дата самовольного прекращения лечения	Күні Дата		Өздігінен емделуді тоқтату күні Дата самовольного прекращения лечения	Күні Дата		Өздігінен емделуді тоқтату күні Дата самовольно прекращени лечения
	шақыртылу вызова	келген явки		шақыртылу вызова	келген явки		шақыртылу вызова	келген явки	

25. Емдеуді бастаған күні (Дата начала лечения) _____

Емдеуді аяқтаған күн (Дата окончания лечения) _____

(емдеуді осы немесе басқа ұйымда бастауына қатыссыз)

(независимо от того, где начал лечение - в данной или другой организации)

26. Емдеу аяқталғаннан кейінгі бақылау
Контроль по окончании лечения

Келуі тағайындалды (күні) Назначено явиться (дата)	Күні Дата		Келуі тағайындалды (күні) Назначено явиться (дата)	Күні Дата		Келуі тағайындалды (күні) Назначено явиться (дата)	Күні Дата		Келуі тағайында. (күні) Назначено явиться (дата)
	шақыртылу вызова	келген явки		шақыртылу вызова	келген явки		шақыртылу вызова	келген явки	

№ 065/е н. 5 беті

Стр.5 ф. № 065/у

27. Есептен шығарылды (Снят с учета) _____ келесі

себептердің бірімен (по одной из следующих причин): күні (дата)

а) емдеу мен бақылаудың аяқталуы (окончание лечения и наблюдения),

б) басқа емдеу ұйымына емделуге ауыстырылуы (ауыстырылған немесе

көшіп кеткен жерінен есепке алынуы туралы құжат болғанда) (перевод

на лечение в другую лечебную организацию (при наличии документа о

принятии на учет по месту перевода или выезда)),

в) өздігінен емделуді тоқтатқалы бері іздестірілмеді (не розыскан (а)

с момента самовольного прекращения лечения), г) қайтыс болуы (смерть)

28. Жалпы анамнез (Общий анамнез)

Үй-тұрмыс жағдайы (Жилищно-бытовые условия) _____

_____

_____

_____

_____

Жұмыс жағдайы (Условия работы) _____

_____

_____

_____

_____

Тұқым қуалаушылық (Наследственность) _____

Ішімдік, есірткілер қабылдауы (Употребление алкоголя, наркотиков)

_____

Қай жерде жұқтырды (Где произошло заражение) _____

Қандай жағдайда жұқтырды (сау, мас кезінде) (В каком состоянии

произошло заражение (в трезвом, состоянии опьянения)) _____

Ауырған аурулары (жыныстық, гинекологиялық және т.б.) (Перенесенные

болезни (венерические, гинекологические и др.)) _____

_____

Дене және психикалық зақымдары (Физические и психические травмы)

_____

_____

Етеккірі (Менструация с) _____ жасынан (лет), _____ күн

сайын (через) _____ дней, соңғы (последняя) _____

Жыныстық қатынас (Половая жизнь с) _____ жасынан (лет)

Жүктілігі (Беременности): барлығы (всего) _____ босанумен аяқталды

(закончились родами) _____ абортпен үзілді (прерваны абортом) ____

_____

Алдыңғы емделулері (Предшествующее лечение) _____

Күні Дата	Ауру ағымы кезіндегі жағдайы Настоящее состояние в течение болезни	Тағайындаулар, емдеу әдістері, еңбекке жарамсыздық парағы берілуі Назначения, методы лечения, выдача листка нетрудоспособности

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 065-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Саңырауқұлақтық аурумен ауырған науқастың
МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
№ _____
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
больного грибковым заболеванием

Қаралған күні (Дата обращения) 20__ жылғы (года) "__" _____

Хабарламаның толтырылған күні (Дата заполнения извещения) 20__ жылғы

(года) "__" _____

_____

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____

2. Жынысы Е., Ә. (Пол М., Ж) _____

3. Туған күні (Дата рождения) _____

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Анықталған жері (Адрес по месту выявления) _____

_____

6. Сырттан келген (Приезжий): а) қаладан (из города) б) ауылдан (из

села) (астын сызыңыз (подчеркнуть))

7. Кім жолдады (Кем направлен) _____

8. Жұмыс орны және жұмыс орнының мекенжайы (Место и адрес работы)

_____

9. Кәсібі (Профессия) _____

10. Балаларға (Для детей): балалар ұйымына бара ма, ұйымның мекенжайы (тобы, сыныбы) (посещает ли детскую организацию, адрес организации (группа, класс)) _____

_____

_____

_____

_____

11. Толық диагнозы (Диагноз подробный) _____

_____

12. Бірінші тексерілу күні (Дата проведения первого обследования) _____

13. Микроскоппен зерттеу деректері (Данные микроскопического исследования) _____

_____

14. Ұсақ саңырауқұлақ культурасы (Культура грибка) _____

15. Сырқат анықталды: науқастың емдеу-профилактикалық ұйымда қаралу

кезінде, профтексеру кезінде (астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении больного в лечебно-профилактическую организацию, при профосмотре (подчеркнуть))

16. Жұқтыру көзі (Источник заражения):

а) адамнан (науқасқа туыстық қатынасы, мекенжайы, емдеуге тартылуы туралы мәлімет) (человек (родственное отношение к больному, адрес, сведения о привлечении к лечению)) _____

_____

_____

_____

б) жануар (мысық, ит, мүйізді мал, жылқы) (животное (кошка, собака, рогатый скот, лошадь))

Жануарға қатысты өткізілген іс-шаралар (ветлазарет есебінде – бар, жоқ) (Мероприятия, проведенные в отношении животного (на учете в ветлазарете состоит, не состоит)) _____

_____

_____

_____

_____

17. Науқастың отбасын тексеру нәтижелері (Результат осмотра семьи

больного)

Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған жылы Год рождения	Мекенжайы Адрес	Жұмыс немесе оқу орны Место работы или учебы	Науқасқа қатысы Отношение к больному	Қарау күні Дата осмотра		Диагноз	Ұсақ сақырауқұлақ культурасы Культура грибка
					алғашқы первичный	қайталап повторный		

18. Түйісулерді қарау нәтижесі (пәтерде, жатақханада, балалар ұйымдарында және т.б.) (Результат осмотра контактов (в квартире, общежитии, детской организации и др.)):

қаралуы тиіс (подлежит осмотру) _____ қаралды (осмотрено) _____ науқастар анықталды (выявлено больных) _____

емдеуге тартылды (привлечено к лечению) _____

19. Өтпелі дезинфекция (Дезинфекция текущая) _____

қорытынды (заключительная) _____

Анамнез (Анамнез) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Осы сырқаттың дамуы (Развитие настоящего заболевания) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Объективті зерттеу деректері (Данные объективного исследования)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Күні Дата	Ауру ағымы Течение болезни	Тағайындаулар Назначения

Емдеу аяқталғаннан кейінгі бақылау
Наблюдение по окончании лечения

Келу күні Дата явки	Объективті деректер Объективные данные	Зертханалық зерттеулер Лабораторные исследования

20__ жылғы (года) "__" _____ есептен шығарылды (снят с учета),

себебі (по причине)

_____

_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы (Наименование организации)	Медицинская документация Форма № 066-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 066-4/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 067/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 067/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Дене шынықтыру сабақтары мен спорт іс-шараларында көрсетілетін медициналық көмекті тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях

20__ жылғы (года) "__" _____

Р/с №№ п/п	Тіркелген күні мен сағаты Дата и время регистрации	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Жынысы Пол	Мекенжайы Домашний адрес	Зақым алушы қай ұйымға немесе дене тәрбиесі ұжымына жатады К какой организации или физкультурному коллективу принадлежит пострадавший	Жарақаттану қай кезде болғанын жазыңыз: жаттығу, сабақ, жарыс кездерінде Повреждение произошло во время тренировки, занятия, соревнования (вписать)	Зақымдану спорттың, жаттығудың қай түрінен болды Вид спорта, упражнения при котором произошла травма
1	2	3	4	5	6	7	8	9

№ 067/е н.артқы беті

Разворот ф. № 067/у

Осы спорт түрімен айналасу мерзімі (жыл, ай) Стаж (лет, месяцев)в этом виде спорта	Спорттық дәрежесі немесе біліктілігі Спортивный разряд или квалификация	Сырқат, зақымдану диагнозы (бүлінудің орны мен сипаттамасы) Диагноз заболевания, травмы (локализация и характер повреждения)	Бүліну себебі Причина, вызвавшая повреждения	Осы жарақат алғашқы рет немесе қайталап (жазыңыз) Данная травма первичная или повторная (вписать)	Көрсетілген медициналық көмек Оказанная мед. помощь	Медкөмек көрсеткен адамның тегі мен лауазымы Фамилия и должность оказавшего медпомощь	Ескертпе Примечание
10	11	12	13	14	15	16	17

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 068/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 068/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 068/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 069/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 069/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Амбулаторлық операцияларды жазу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
записи амбулаторных операций

20__ жылғы (года) _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) _____ аяқталды (окончен)

Р/н №№ п/п	Операция күні Дата операции	Науқастың ТАӘ ФИО больного	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Кім жолдады Кем направлен	Гистологияға алынды Взят на гистологию	Диагноз	Ауырсындырмау Обезболивание	Операцияның атауы Название операции	Хир опе мей тег Фам хир опе сес
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 070/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 070/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Жолдама алуға
АНЫҚТАМА
СПРАВКА
для получения путевки

_____

Бұл анықтама санаториялық-курорттық картаны алмастыра алмайды

және науқасқа санаторийге орналасуға немесе амбулаторлық-курстық

емделу құқығын бере алмайды.

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не

дает больному права поступления в санаторий или на амбулаторно-курсовое

лечение

Қай күнге дейін жарамды (Действительна до) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жеке тұлғаға берілді (выдана лицу) _____

тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

Туған күні (Дата рождения) _____

Қандай сырқаттан зардап шегеді (в том, что он (она) страдает)

_____

диагнозын көрсетіңіз (указать диагноз)

_____

_____

_____

_____

_____

және оған ұсынылған ем:

и что ему (ей) рекомендуется лечение:

Курорттық (курортное) _____

ұсынылған курорттарды көрсетіңіз (указать рекомендуемые курорты)

а) санаторийге (в санатории) _____

бейінін көрсетіңіз (указать профиль)

б) амбулаторлық-курстық (астын сызыңыз) (амбулаторно-курсовое

(подчеркнуть)) _____

Жергілікті санаторийде (курорттан тыс) (В местном санатории (вне

курорта)) _____

_____

санаторий бейінін көрсетіңіз (указать профиль санатория)

Жыл мезгілі (қыста, көктемде, жазда, күзде) астын сызыңыз

Время года (зимой, весной, летом, осенью) подчеркнуть

Анықтама тұрғылықты жері мен жұмыс орнында ғана күшінде.

Жолдау қағазын алу үшін көрсетіледі. Жолдау қағазын алғаннан кейін

санаторлық карта алу үшін анықтыма берген медицина ұйымына баруыңыз

қажет.

Справка действительна лишь по месту жительства или работы больного.

Она представляется при получении путевки. После получения путевки

необходимо обратиться за санаторной картой в медицинскую организацию,

выдавшего справку.

М.О. Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

М.П. Бөлімше менгерушісі (Заведующий отделением)_____

20__ жылғы (года) "__" _____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 071/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 071/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____

_____

Медициналық қорытынды
Медицинское заключение

1. Дәрігер-консультанттың тегі, аты, әкесінің аты: _____

(Фамилия, имя, отчество врача консультанта) _____

2. Мамандығы (Специальность) _____

3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

_____

_____

2. Туған күні (кк/аа/жж) (Дата рождения (дд/мм/гг) ___/___/____/

3. Жынысы (пол)

ер (муж)

әйел (жен)

4.Ұлты Национальность) _____

5. ЖСН (ИИН) _|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

6. Медициналық тіркеу нөмірі (МТН) ____|____|____|____|____|____|

(Регистрационный медицинский номер (РМН)

7. Мекенжайы (Адрес): Облысы (область) _____

Аудан, қала (Район, город) _____

Елді мекен (Населенный пункт) _____

Көше (улица) _____ үй (дом) _____ пәтер (квартира) _____

8. Қабылдау күні (кк/аа/жж) ___/____/_____/

(Дата приема (дд/мм/гг)

9. Қабылдаудың аяқталған күні (кк/аа/жж) ___/____/_____/ ж.(г)

(Дата завершения приема (дд/мм/гг)

10. Шағым (Жалобы): _____

_____

_____

11. Ауру анамнезі (Анамнез заболевания): _____

_____

_____

_____

12. Бастан өткерген аурулар (Перенесенные заболевания):_____

_____

_____

13. Аллергологиялық анамнез (Аллергологический анамнез):_____

14. Объективті статус (Объективный статус):_____

_____

_____

_____

_____

_____

15. Алдын ала диагнозы (Предварительный диагноз): _____

_____

_____

16. Тексеруге арналған жолдамалар (Направления на обследования):

_____

_____

_____

17. Өткізілген зерттеулердің түрлері (Виды проведенного

исследования): _____

_____

18. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз): _____

_____

_____

_____

19. Ұсынымдар (Рекомендации): _____

_____

_____

_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Мөр

(Печать)

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 072/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 072/у утверждена приказом и.о. Министром здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

САНАТОРИЙЛІК - КУРОРТТЫҚ КАРТА
САНАТОРНО - КУРОРТНАЯ КАРТА

№ _____

20____ жылғы (года)_____

_____

Санаторийлік немесе амбулаториялық-курстық емделуге жолдау

қағазын көрсеткенде беріледі. Бұл картасыз жолдау қағазы күшіне

енбейді (Выдается при предъявлении путевки на санаторное или

амбулаторно-курсовое лечение. Без настоящей карты путевка

недействительна)

Карта берген емдеу ұйымының мекенжайы (Адрес и телефон лечебной организации, выдавшей карту):

Код КАТО _____

Облыс (Область) _____

Аудан (район) _____

Қала (город) _____

Көше (улица) _____

Емдеуші дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты

(Фамилия, имя, отчество лечащего врача) _____

_____

1. Науқастың ТАӘ (ФИО больного (полностью)) _____

_____

Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз), туған жылы

(Пол: муж., жен., (подчеркнуть)), дата рождения) _____

Үйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон) _____

_____

2. Оқу (жұмыс) орны (Место учебы (работы)) _____

_____

3. Лауазымы (Занимаемая должность) _____

БАЛАЛАР БЛОГІ (0-17 жасты қоса алғанда)

ДЕТСКИЙ БЛОК (0-17 лет включительно)

Ата-анасының жұмыс орны мен телефоны

(Место работы родителей и телефон) _____

_____

1. Анамнез: туғандағы салмағы, даму ерекшеліктері,

қандай аурулармен ауырды (неше жасында)

(Анамнез: вес при рождении, особенности развития,

перенесенные заболевания (в каком возрасте))

_____

_____

_____

_____

2. Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) _____

_____

3. Профилактикалық екпелері (уақытын көрсетіңіз)

(Профилактические прививки (указать даты)) _____

_____

4. Осы ауруының анамнезі: неше жасынан ауырады, ерекшеліктері мен ағымының сипаттамасы, асқыну жиіліктері, соңғы асқынуы, жүргізілген емдеу шаралары (оның ішінде қайталануға қарсы), санаториялық-курорттық емдеу жүргізілді ме, қанша рет, қайда және қашан. (Анамнез настоящего заболевания: с какого возраста болен, особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего обострения, проводимое лечение (в т.ч. противорецидивное) указать пользовался ли санаторно-курортным лечением, сколько раз, где и когда) _____

_____

_____

_____

5. Қазіргі уақыттағы шағымдар

(Жалобы в настоящее время) _____

6. Объективті қарау деректері

(Данные объективного осмотра) _____

_____

_____

7. Зертханалық, рентгенологиялық және басқа зерттеулер деректері

(күні)

(Данные лабораторного, рентгенологического и др. исследований (даты))

_____

_____

_____

Негізгі диагнозы (Диагноз основной) _____

_____

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____

_____

Мөр орны Место печати	Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача) _____ Бөлімше меңгерушісінің қолы (Подпись заведующей отделением) _____

Санаторийлік іріктеу комиссияның қорытындысы

(Заключение санаторно-отборочной комиссии)

Негізгі диагнозы (Диагноз основной) _____

_____

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____

_____

_____

Ұсынылған санаторийлік-курорттық емделу

(Рекомендуемое санаторно-курортное лечение) _____

_____

_____

Мөр орны Место печати	Төраға (Председатель) _____ Комиссия мүшелері (Члены комиссии) _____ _____ _____ Күні (Дата) _____ күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Бұл карта барлық бағандары айқын толтырылып, қойылған қолдар анық, мөрі басылған жағдайда ғана күшіне енеді. Карта 2 ай мерзімі ішінде күшінде (Данная карта заполняется при условии четкого заполнения всех граф, разборчивых подписей, наличия печатей. Срок действия карты 2 месяца.)

Нысанының міндетті қосалқы парағы (Обязательное приложение к форме)

Баланың мекенжайындағы аудандық емханаға қайтарылуы тиіс

(Подлежит возврату в районную поликлинику по месту жительства ребенка)

Баланың тегі, аты (Фамилия, имя ребенка) _____

_____

Санаторийде болды (Находился в санатории) _____

_____

(с) _____бастап, (по) _____дейін

Санаторий диагнозы (Диагноз санатория): _____

_____

_____

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____

_____

_____

_____

Жүргізілген ем (емдеу түрлері, процедуралар саны)

(Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур))

_____

_____

_____

_____

Емдеу тиімділігі (антропометрикалық, гематологиялық көрсеткіштер,

функциялық сынамалар динамикасы, соматикалық статусының өзгеруі және

т.б., емдеу нәтижелерінің жалпы бағасы)

Эффективность (динамика антропометрических, гематологических

показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе и

др., общая оценка результатов лечения)) _____

_____

_____

_____

_____

Былайғы емделуі туралы ұсыныстар

(Рекомендации по дальнейшему лечению) _____

_____

_____

_____

Инфекциялық аурулармен түйісуі

(Контакты с инфекционными заболеваниями) _____

_____

_____

Бастан өткерген интеркурентті аурулары, негізгі және қосалқы

сырқаттарының асқынуы

(Перенесенные интеркуррентные заболевания, обострение основного и

сопутствующих заболеваний) _____

_____

_____

_____

Ординатордың қолы

(Подпись ординатора) _____

Бас дәрігердің қолы

(Подпись главного врача) _____

Күні (Дата) _____

ЕРЕСЕКТЕРДІҢ БЛОГІ (18 жас және жасы үлкен)

БЛОК ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ (18 лет и старше)

1. Шағымы, қашаннан бері сырқат, анамнез деректері, бұның алдындағы емделуі, оның ішінде санаторийлік-курорттық (Жалобы, давность заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение, в том числе санаторно-курортное)

_____

_____

_____

_____

_____

2. Клиникалық, зертханалық, рентгенологиялық және басқа

зерттеулердің қысқаша деректері (күндері)

(Краткие данные клинического, лабораторного, рентгенологического и

других исследований (даты)) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

3. Диагноз: а) негізгі (основной) _____

_____

_____

_____

б) қосалқы сырқаттары (сопутствующие заболевания) _____

_____

_____

_____

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):

Курорттық емдеу (Курортное лечение) _____

_____

ұсынылған курорттарды көрсетіңіз

(указать рекомендуемые курорты)

_____

а) санаторийде (в санатории) _____

_____

бейінін көрсетіңіз (указать профиль)

_____

б) амбулаториялық – курстық (амбулаторно-курсовое)

Жергілікті санаторийде емделу ұсынылады (курорттан тыс)

(Рекомендуется лечение в местном санатории (вне курорта))

_____

санаторий бейінін көрсетіңіз

(указать профиль санатория)

Жыл мезгілі (Время года) _____

М.О М.П	Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____ Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) _____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 075/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 075/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 075/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 076/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 076/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Балалар мен жасөспірімдерге арналған
САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ КАРТА
САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА
для детей и подростков

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 077/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 077/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ЖОЛДАМА №
ПУТЕВКА №

Балалар санаторийіне (в детский санаторий) _____

Санаторийдің атауы мен медициналық бейіні (наименование санатория

и медицинский профиль)

Мерзімі (сроком с) 20__ жылғы (года) _____ бастап (до) 20__ жылғы

(года) _____ дейін _____

Тегін жолдаманы сатуға немесе басқа адамға беруге тиым салынады

(Путевка бесплатная, продажа или передача другим лицам запрещается)

Баланың тегі (Фамилия ребенка) _____

Толық аты (Имя (полностью)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

_____

Телефон _____

Жолдама берген ұйымның мекенжайы (Адрес организации, выдавшего

путевку) _____

_____

_____

Жолдама берген Жолдама берген адамның қолы, лауазымы, тегі

ұйымның мөрі (Подпись лица, выдавшего путевку, должность и

фамилия)

_____

Печать организации, _____

выдавшего путевку _____

№ 077/е.н.2 беті

(Стр.2 ф. № 077/у)

Санаторийге қабылданатын балалар жасы

(В санаторий принимаются дети в возрасте)

Жастан (от) _____ до _____ жасты қоса (включительно)

АЙҒАҚТАР (медициналық бейініне сәйкес)

ПОКАЗАНИЯ (в соответствии с медицинским профилем)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Жалпы қарсы айғақтар (Общие противопоказания)

1. Жіті кезеңдегі басқа аурулар (Все болезни в остром периоде)

_____

2. Арнайы емдеуді қажет ететін барлық созылмалы сырқаттар

(Все хронические заболевания, требующие специального лечения)

3. Бастан өткерген инфекциялық ауруларының оқшаулау мерзімі

біткенше (Перенесенные инфекционные болезни до окончания срока

изоляции)

4. Бациллотасушылық (Бациллоносительство)

5. Көз бен терінің барлық жұқпалы аурулары, қатерлі анемия,

лейкемия, қатерлі ісіктер, кахексия, ішкі ағзалар амилоидозы,

өкпе және басқа ағзалар туберкулезінің белсенді формасы

(Все заразные болезни глаз, кожи, злокачественная анемия,

лейкемия, злокачественные новообразования, кахексия, амилоидоз

внутренних органов, активные формы туберкулеза легких и других органов)

6. Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары (Болезни сердечно-сосудистой системы):

а) жергілікті мамандандырылған санаторийлер үшін-қан айналымының 1 дәрежеден жоғары жетіспеушілігі. (для местных специализированных санаториев – недостаточность кровообращения выше 1 степени)

б) курорттардағы санаторлық емдеу үшін – қан айналымы жетіспеушілігінің барлық дәрежесі (Для санаторного лечения на курортах – недостаточность кровообращения любой степени)

7. Эпилепсия, психоневроз, психопатия, ақыл-есі кем, жекеше күтім мен емдеуді қажет ететін балалар (Дети с эпилепсией, психоневрозами, психопатией, умственной отсталостью, требующие индивидуальных условий ухода и лечения)

8. Осы курорт пен санаторийде емделуге қайшылық ететін қосалқы сырқаты бар балалар. Осы санаторий үшін жасы мен сырқаты сәйкес келмейтін балалар санаторийге қабылданбайды (Наличие у детей сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория. Дети, не показанные для данного санатория по возрасту и заболеванию, в санаторий не принимаются)

№ 077/е.н.3 беті

(Стр.3 ф. № 077/у)

Жолдама төмендегідей құжаттар болғанда күшіне енеді

(Путевка действительна при наличии):

1. Санаториялық-курорттық картасы (Санаторно-курортной карты)

2. Тұрғылықты жерінде инфекциялық аурулармен түйіспегені жайлы

эпидемиологтың анықтамасы (Справки эпидемиолога об отсутствии

контакта с инфекционными больными по месту жительства)

3. Инфекциялық тері аурулары жоқтығы туралы дерматологтың

анықтамасы (Справки от дерматолога об отсутствии инфекционных

заболеваний кожи)

4. Күл және дизентерия бактерия тасымалдаушылығына зерттеулер

деректері (эпидемиологиялық және медициналық көрсетімдері бойынша)

(Данные исследования на дифтерийное и дизентерийное

бактериносительство (по эпидемиологическим и медицинским

показаниям))

5. Мектеп оқушыларында мектебінен мінездеме және күнделігі

болуы керек (оларды күздік-қыстық-көктемдік кезеңдерде жолдағанда)

(Школьники должны иметь характеристику из школы и дневник

(при направлении их в осенне-зимне-весенний период))

6. Балалар мезгіліне сай киіммен және аяқ киіммен, сонымен қатар спорттық киім мен жеке бас гигиенасының заттарымен қамтамасыз етілуі тиіс (Дети должны быть обеспеченны одеждой и обувью по сезону, а также спортивной одеждой и предметами личной гигиены)

ЕСКЕРТПЕ (ПРИМЕЧАНИЕ):

Балалардың ас қорыту ағзалары сырқатын емдеуге арналған санаторийлерде дизентерия бактериясын тасуымалдаушылыққа тексеру міндетті (В санаторий для детей с заболеваниями органов пищеварения обследование на дизентерийное бактерионосительство обязательно)

№ 077/е.н.4 беті

(Стр.4 ф. № 077/у)

Санаторийдің мекенжайы (Адрес санатория) _____

_____

Қатынасу жолдары (Пути сообщения) _____

_____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 078/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 078/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 078/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 079/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына
МЕДИЦИНАЛЫҚ АНЫҚТАМАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь

_____

1.Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____ үй телефоны № (домашний телефон №) _____

Мектеп № мен оның мекенжайы (№ школы и ее адрес)_____

Телефон № _____ сынып (класс) _____ аудан (район) _____

Емхана № мен оның мекенжайы (№ поликлиники и ее адрес) _____

_____ телефон № _____

Денсаулық жағдайы (егер диспансерлік бақылауда болса, диагнозын көрсетіңіз) (Состояние здоровья (если состоит под диспансерным наблюдением, указать диагноз)) _____

_____

_____

Бастан өткерген инфекциялық аурулары (қызылша, жәншау, көкжөтел, без шошуы, Боткин ауруы,жел шешек, дизентерия)

(Перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коклюш, свинка, болезнь Боткина, ветряная оспа, дизентерия) _____

_____

Жүргізілген екпелер (КДС) соңғы екпенің уақыты көрсетілуімен

(Проведенные прививки (КДС) с указанием даты последней) _____

_____

Дене дамуы (Физическое развитие) _____

Дене шынықтыру тобы (Физкультурная группа) _____

Ұсынылған режім (Рекомендуемый режим)_____

_____ анықтаманың берілген күні (дата выдачи справки)

Мектеп немесе балалар емханасы дәрігерінің қолы _____

(Подпись врача школы или детской поликлиники)

№ 079/е.н. 2 беті

Стр.2 ф.№ 079/у

Сауықтыру лагерінің дәрігері толтырады

Заполняется врачом оздоровительного лагеря

Сауықтыру лагерінде болған кезіндегі денсаулық жағдайы мен бастан

өткерген аурулары (Состояние здоровья и перенесенные заболевания

во время пребывания в оздоровительном лагере) _____

_____

_____

_____

_____

_____

Инфекциялық аурулармен түйісуі (Контакт с инфекционнымы

больными) _____

_____

Сауықтыру лагерінде сауығуының тиімділігі

(Эффективность оздоровления в оздоровительном лагере):

Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____

Түскен кездегі салмағы (Вес при поступлении) _____

кеткен кездегі (при отъезде) _____

Динамометрия _____

Спирометрия _____

Күні (Дата) _____

Сауықтыру лагері дәрігерінің қолы

(Подпись врача оздоровительного лагеря) _____

Анықтама оқитын мектебіне қайтарылуы тиіс

(Справка подлежит возвращению в школу по месту учебы)

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 081/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 081/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

	Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТЫҢ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ КАРТАСЫ
АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ
№ _____

Эпидемиологиялық есепке алынған күні (Дата взятия на эпидемический учет) _____ толтырылған күні (Дата заполнения) _____

Эпидемиологиялық есептен шығарылған күні (Дата снятия с эпидемический.учета) _____ Учаске (Участок) № _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Жынысы (Пол) _____ Туған күні (Дата рождения) _____

(күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жұмыс орны (балалар үшін: бүлдіршін, бала бақшасы, мектебі) (Место работы (для детей: ясли, детсад, школа) _____

Өндіріс саласы (Отрасль промышленности) _____

кәсібі (профессия) _____

лауазымы (должность) _____ қызмет телефоны № (служебный телефон) № _____

Жұмыс істемейтіндер үшін – көрсетіңіз: үй шаруасындағы әйел, зейнеткер, бас бостандығынан айыру орындарынан және басқалар (Для неработающих – указать: домохозяйка, пенсионер, из мест лишения свободы и прочие) _____

Кәсібі мен бұрынғы кәсіби зияндылықтары (Профессия и профессиональные вредности в прошлом) _____

Мүгедектігі (жалпы, ОСМ, АМ): себебі (туберкулез, басқа аурулар (астын сызыңыз)) (Инвалидность (общая, ИОВ, ИА): причина (туберкулез, другие заболевания – (подчеркнуть))

Мүгедектік тобы (Группа инвалидности) _____

Мекенжайының, жұмыс орны мен кәсібінің өзгеруі (Перемена адреса, места работы и профессии) _____

Мекенжайының ауысуы Перемена адреса		Жұмыс орнының ауысуы Перемена места работы		Осы қалада неше жыл тұрады (Сколько лет живет в данном городе)
Күні Дата	Жаңа мекенжайы Новый адрес	Күні Дата	Жаңа жұмыс орны, кәсібі Новое место работы, профессия	Егер уақытша тұрса, онда тұрақты мекенжайы (Если живет временно, то адрес постоянного местожительства): Елді мекен (Населенный пункт) Көше (улица, переулок)) Үй (дом) № ____ Корпус (барак) № _____ Пәтер (квартира) № _____ Телефон _____

Жұмыс жағдайының өзгеруі (Перемена условий труда)_____

Бөлмелер саны (Число комнат) _____ Бөлме жарық, қараңғы, жылы, суық, құрғақ, ылғалды (астын сызыңыз) (Комната светлая, темная, теплая, холодная, сухая, сырая (подчеркнуть))

Пәтер бөлек, ортақ (астын сызыңыз). Бөлмеде жалғыз ұйықтайды,

отбасымен (астын сызыңыз) (Квартира отдельная, коммунальная

(подчеркнуть) Спит в комнате один, с семьей (подчеркнуть))

Отбасында туберкулезбен ауру оқиғалары. (Случаи заболевания

туберкулезом в семье) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Туберкулезбен ауыратын науқаспен түйісуі (кіммен, неше жасында)

(Контакт с ТБК больным (с кем, в каком возрасте)) _____

_____

_____

_____

Науқасты жіберген ұйымның атауы (Наименование организации,

направившего больного) _____

_____

_____

Күні Сырқат профтексеру кезінде, симптомдар пайда

болғанда анықталды (астын сызыңыз)

заболевание выявлено при профосмотре, при обращении

с симптомами (подчеркнуть)

Даты Диагноз _____ тобы

_____ (группа) _____

_____ Диагноз _____ тобы

_____ (группа) _____

Диагноз _____ тобы

(группа) _____

Диагноз _____ тобы

(группа) _____

Бастан өткерген аурулары Перенесенные заболевания	Неше жасында В возрасте	Бастан өткерген аурулары Перенесенные заболевания	Неше жасында В возрасте	АНАЛЫҒЫ МАТЕРИНСТВО Жүктілік саны (Сколько беременностей) _____ Қанша тірі бала туылды (Родилось живых детей) _____ Өлі туғандар (Мертворожденных) _____ Жасанды аборттар (Абортов искусственных) _____ Өздігінен болған түсік (Самопроизвольных абортов) _____ Соңғы жүктіліктің ағымы (Течение последней беременности) _____
Қызылша (Корь)		Өкпенің қабынуы (Воспаление легких)		
Көкжөтел (Коклюш)		Өкпеқап қабынуы (Плеврит)		
Жәншау (Скарлатина)		Безгек (Малярия)		Етеккірі (Менструация с) _____ жасынан (лет расстроенная с) бұзылуы _____ жасынан (лет) ОРГАНИЗМНІҢ ДАМУЫ (балалар үшін)
Күл (Дифтерия)		Мерез (Сифилис)		

Сүзек пен қылау (Тифы и паротифы)		Операциялары (Операции)	
Созылмалы бронхит (Бронхит хронический)			
Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания)			

РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗМА (для детей)
Нешінші бала, туғандағы салмағы (Который по счету, вес при рождении)
Мерзімінде туылды иә, жоқ (астын сызыңыз)
(Родился в срок да, нет (подчеркнуть))
Омырау емуі (Грудное вскармливание до) _____ дейін Қосымша тамақтандыру
(Прикармливание)
басталуы (с) _____
Қазіргі уақытта тамақтануы: омыраумен, жасанды, аралас (астын сызыңыз)
(В настоящее время питание: грудное, искусственное, смешанное (подчеркнуть))
Тісі неше жасынан бастап шыға бастады (Возраст прорезывания зубов) _____.
Өздігінген отыруы (Начал сидеть) _____
Жүруі (ходить) _____
Әлжуаз,шымыр болып өсті (астын сызыңыз)
(Рос слабым, крепким (подчеркнуть))
Туғанда туберкулезге қарсы егілді (Вакцинирован против туберкулеза при рождении) _____
б) кейінгі жылдарда (қашан)
(в последующие годы (когда)) _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

№ 081/е н. 3 беті

Стр.3 ф. № 081/у

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

_____

_____

_____

_____

Жалпы көңіл-күйі: жақсы, қанағаттанарлық, жаман (Общее самочувствие: хорошее, удовлетворительное, плохое) Жұмысқа қабілеттілігі: қалыпты, төмендеген, қабілетсіз (астын сызыңыз) (Работоспособность: нормальная, пониженная, неработоспособность (подчеркнуть))

Тәбеті: жақсы, қанағаттанарлық, жаман (Аппетит: хороший, удовлетворительный, плохой.) Арықтауы: иә, жоқ. (Похудание: да, нет)

Температурасы: қалыпты, субфебрильді (астын сызыңыз). (Температура: нормальная, субфебрильная (подчеркнуть)).

Тершеңдік: бар, жоқ (астын сызыңыз) (Потливость: есть, нет (подчеркнуть))

Жөтелуі: құрғақ, қақырықпен, ірінді қақырықпен, қанша уақыттан бері (Кашель: сухой, с мокротой, с гнойной мокротой, сколько времени)

_____

Ентігуі: бар, жоқ (астын сызыңыз) (Одышка: есть, нет (подчеркнуть))

Қан түкіру (Кровохарканье) _____

Дауысы: таза, қырылдақ, афония, ас ішкенде тамағы ауыруы, ас ішуге байланыссыз (Голос чистый, хриплый, афония, боль в горле при еде,

независимо от еды) _____

_____

_____

_____

Осы сырқаттың басталуы мен ағымы* (Начало и течение данного

заболевания*) _____

_____

_____

Сырқат алғаш қашан анықталды, КБ, каверналар (Когда впервые

обнаружено заболевание, БК и каверны) _____

Жүргізілген емнің сипаттамасы мен ұзақтығы, химиотерапиялар, ИП, ПП,

хирургиялық араласулар (күнін көрсетіңіз) (Характер и длительность

проводившегося лечения, химиотерапии, ИП, ПП, хирургического

вмешательства (указать даты)) _____

_____

_____

_____

Асқынулар (жанама құбылыстар, белсенді емдеу тәсілдерінің асқынуы)

(Осложнения (побочные явления, осложнения активных методов лечения)):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

*осы ұйымға қаралуға келгенде толтырылды (заполнятся на момент обращения в данную организацию)

№ 081/е н. 4 беті

Стр.4 ф. № 081/у

Науқасты зерттеу Жалпы дамуы (жасына сәйкес)

Исследование больного Общее развитие (соответствующее возрасту)

Бойы Рост	Салмағы Вес	Кеуде шеңбері Окружность груди	T^0	Тамыр соғуы Пульс	_____ _____ _____ _____ _____

Тері қабаты, жылбысқы қабығы (Кожа и слизистые) _____

_____

_____

_____

_____

Сүйектер, сүйек қанқасы мен бұлшық еттер (Кости, костный скелет и

мышцы) _____

Ас қорыту жүйесі (Пищеварительная система) _____

Бауыры (Печень) _____

Көк бауыры (Селезенка) _____

Жүрек (Сердце) _____

Шет тамырлар (Периферические сосуды) _____

Жүйке жүйесі (Нервная система) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Несеп-жыныс жүйесі (Мочеполовая система) _____

_____

_____

_____

_____

Басқа ағзалардың қалыптан ауытқуы (Отклонения от норм в прочих

органах) _____

Лимфа бездері (Лимфатические железы)

Тобы (Группа)	Қай жақтан (Сторона)	Өлшемі (Размер)	Консистенцияы (Консистенция)	Тыртықтар (Рубцы)	Тобы (Группа)	Қай жақтан (Сторона)	Өлшемі (Размер)	Кон (Ко)
Мойын (Шейные)					Қолтық асты (Подмышечные)			
Желке (Затылочные)					Кеуде (Торакальные)			
Жақ асты (Подчелюстные)					Шынтақ (Локтевые)			
Иек асты (Подбородочные)					Шап (Паховые)			
Бұғана үсті (Надключичные)								

Туберкулин сынамалары (Туберкулиновые пробы)	Басқа сынақтар (Прочие пробы)

Гранулденген тері үсті сынамалары (Гранулированные накожные пробы)						р. Манту						
Күні (Дата)	Сұйылту (Разведение)					Күні (Дата)	Туберкулин сериясы (Серия туберкулина)	Жарамдылық мерзімі Өндіру орны (Срок годности. Место производства)	Сұйылту (Разведение)	Нәтижелері (Результаты)	Күні (Дата)	
												Нәтижелері Результаты
	Нәтижелері (Результаты)											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

Рентгенологиялық қараудың деректері
Данные рентгенологического обследования

_____

_____

№ 081/е н. 7 беті

Стр.7 ф. № 081/у

МТБ-ға ЗЕРТТЕУ
ИССЛЕДОВАНИЕ НА МТБ

Күні Дата	Зерттеу жүргізілген ұйым Организация, где было исследование	Материал	Зерттеу әдісі Метод исследования	Нәтиже (сепкен кезде, колония санын көрсетіңіз) Результат (при посевах, указать число колоний)	Дәрі-дәрмекке сезімталдығы Лекарственная чувствительность

№ 081/е н.8 беті

Стр.8 ф. № 081/у

МТБ-ға ЗЕРТТЕУ
ИССЛЕДОВАНИЕ НА МТБ

Күні Дата	Зерттеу жүргізілген ұйым Организация, где было исследование	Материал	Зерттеу әдісі Метод исследования	Нәтиже (сепкен кезде, колония санын көрсетіңіз) Результат (при посевах, указать число колоний)	Дәрі-дәрмекке сезімталдығы Лекарственная чувствительность

№ 081/е н. 9, 10 беті

Стр.9, 10 ф. № 081/у

Науқастың еңбекке қабілеттілігі
Состояние трудоспособности больного

Уақытша еңбекке қабілетсіздігін есепке алу Учет временной нетрудоспособности		Тұрақты еңбекке қабілетсіздігінің динамикасы Динамика стойкой нетрудоспособности		

Ауруханалық парақ берілген күн Дата выдачи больничных листов			Диагноз	МСЭК-де куәландыру күні Дата освидетельствования на МСЭК	Мүгедектік тобы Группа инвалидности	Туберкулез себебінен, басқа сырқаттар себебінен (көрсетініз) Вследствие туберкулеза, др.заболеваний (указать)
Бастап (с) _____ дейін (по)__	Бастап (с) _____ дейін (по) ___	Бастап (с) _____ дейін (по) ___				

№ 081/е н. 11, 12 беті

Стр.11, 12 ф. № 081/у

ЭПИКРИЗ

№ 081/е н.13 беті

Стр.13 ф. № 081/у

ЛАРИНГОЛОГТЫҢ, БРОНХОЛОГТЫҢ ТЕКСЕРУ
ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛАРИНГОЛОГОМ, БРОНХОЛОГОМ

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

Тамағының құрғауы, жыбырлауы, шашалуы (Сухость в горле, щекотание,

поперхивание) _____

Ас ішкенде тамағының ауыруы, ас ішуге байланыссыз (Боль в горле при

еде, независимо от еды) _____

Дауысы: таза, қырылдақ, афония (Голос: чистый, хриплый, афония)

_____

_____

Қарау деректері (Данные осмотра):

Құлақтар (Уши) _____

Мұрын (Нос) _____

Ауыз (Рот) _____

Жұтқыншақ (Глотка) _____

Көмей (Гортань) _____

Кеңірдек (Трахея) _____

_____

_____

_____

_____

_____

№ 081/е н. 14 беті

Стр. 14 ф.№ 081/у

Тыныс жолдарының, ауыз қуысы мен құлақтың ауруларуының басталуы

(Начало болезни дыхательных путей, ротовой полости и уха) _____

_____

_____

_____

_____

Тыныс жолдарының, ауыз қуысы мен құлақ ауруларының ағымы және алдыңғы

емделуі (Течение и предшествующее лечение дыхательных путей, ротовой

полости и ушей) _____

_____

_____

Тыныс жолдары, ауыз қуысы мен құлақ сырқаттарының диагнозы (Диагноз

заболевания дыхательных путей, ротовой полости и уха) _____

_____

_____

_____

_____

_____

Тыныс жолдарының ТБК тобы (Группа ТБК дыхательных путей) _____

_____

_____

_____

20__ жылғы (года) "__" _____ Дәрігер (Врач) _____

№ 081/е н. 15 беті

Стр. 15 ф.№ 081/у

ХИРУРГТІҢ ТЕКСЕРУ
ОБСЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГОМ

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

_____

_____

Сырқат белгілері қашан пайда болды (Когда появились признаки заболевания) _____

_____

_____

Ауру қалай дамыды: бірден, ақырындап (Как развивалось заболевание: сразу, постепенно) _____

_____

_____

_____

Дене қызуының көтерілуі және сипаттамасы (Повышение температуры и ее характер) _____

Ауырсыну болды ма, қашан-түнде, күндіз, тыныштық кезінде, қимылдағанда (Были ли боли, когда – ночью, днем, в покое, при движении) _____

Алдыңғы емделуі: үйде, амбулаторияда, стационарда (астын сызыңыз) (Предшествующее лечение: на дому, в амбулатории, в стационаре (подчеркнуть)) _____

Қанша уақыт бойы (В течение какого времени)_____

Қайда (Где)_____Қозғалмайтын таңғыштар (Неподвижные

повязки) _____

Климатпен емдеу (Климатическое лечение) _____ Балшықпен емдеу

(Грязелечение) _____

Емдеу нәтижелері (Результаты лечения) _____

Науқастың жағдайы: жалпы жағдайы (еңбекке қабілеттілігі) (Состояние

больного: общее состояние (работоспособность))_____

Сыртқы әлпеті (жалпы статикасы мен ауру ағзаның) (Внешний вид (общая

статика и статика больного органа)) _____

Ауырған облыс үстіндегі тері қабатының күйі (Состояние кожи над

пораженной областью) _____

Ауырсынуы, орналасқан жері, дәрежесі (Болезненность, локализация,

степень) _____

_____

_____

_____

Жергілікті температура (Местная температура)_____

Конфигурацияның өзгеруі (Изменение конфигурации): а) облысы (область)

_____ б) формасы (форма) _____

Атрофия _____

Контрактуралар: ауырсыну, неврогенді, миогенді, атрогенді, тыртық салдарынан (Контрактуры: болевая, неврогенная, миогенная, артрогенная, рубцевая) _____

_____

_____

Анкилоздар (Анкилозы): а) бұрыш градуспен (угол в градусах) _____ б) жағдайы (положение) _____

Ағып тұрған ірінді жаралар (орналасуы, өлшемі, т.б.) (Натечные гнойники (локализация, размер и пр.)) _____

Жыланкөз тесіктер (Свищи) _____ Тыртықтар (Рубцы) _____

Өзгерістер (Изменения) _____

_____

Нерв жүйесінің бұзылуы: а) қозғалыстық, б) сезгіштік, в) трофикалық, г) рефлекстер жағдайы: жоғарылаған, төмендеген, қалыпты, жоғалуы (Расстройства нервной системы: а) двигательные, б) чувствительные, в) трофические, г) состояние рефлексов: повышенное, пониженное, нормальное, отсутствие) _____

_____

_____

Жамбас ағзаларының бұзылуы (Расстройства тазовых органов): _____

Рентген _____

Хирургиялық диагнозы
(Хирургический диагноз):

Орналасуы (Локализация) _____

Процесс сипаттамасы: белсенді (бастапқы, айқын, меңдеген),

белсенділігін жоғалтқан, тынышталған (Характер процесса: активный

(начальный, выраженный, далеко зашедший) потерявший активность,

затихший) _____

_____

_____

Асқынуы (Осложнения) _____

_____

_____

Басқа сырқаттары (Другие заболевания) _____

_____

_____

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) "__" _____ Дәрігердің қолы

(Подпись врача) _____

Қаралу күндері: амбулаторияда, үйінде Дата посещения: амбулаторно, на дому	Науқастың шағымы, обективті деректер, ауру ағымы, дәрігерлер мен кеңес берушілердің қолы Жалобы больного, объективные данные, течение болезни, подписи врачей и консультантов	Тағайындаулар Назначения

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № ТБ 15/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № ТБ 15/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Туберкулезге күдікті науқастарды тіркеу журналы
Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез

Р.с.№ №пп	Қаралған күні Дата обращения	ТАӘ ФИО	Жасы Возраст	Жынысы Пол	ҚМ* жіберілген күні Дата направления на ММ*	Қорытындылар Результаты			ФГ/РГ** жіберілген күні Дата направление на ФГ/РГ**	ФГ/РГ қорытындысы Результат ФГ/РГ	Антибиотиктерді тағайындау (атауы, мерзімі) Назначение антибиотиков (название, сроки)	Ди ес Ди пр
						1	2	3				

ҚМ* - Қақырық микроскопиясы ММ* - микроскопия мокроты

ФГ/РГ** - флюорографиярентгенография ФГ/РГ** - флюорография, рентгенография

Форма

А5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген ТБ 16/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ 16/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ДИСПАНСЕРЛІК КОНТИНГЕНТТІ БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ
КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДИСПАНСЕРНЫМ КОНТИНГЕНТОМ

Жеке коды/Индивидуальный код _____

Жеке куәлігінің нөмірі/туу туралы күәлігі _____

(Номер удостоверения личности (свидетельства о рождении)

1. Контингент түрі/

Тип контигента

күдікті белсенді ТБ (ТБ сомнительной активности)

белсенді ТБ (ТБ активный)

белсенді емес ТБ (ТБ неактивный)

қатынаста болған (контактный): ТБ КДТ ТБ/МЛУ ТБ КАДТ ТБ /ШЛУ ТБ; из МБТ(+)

МБТ(-)

нормергия

гиперергиялық әсері (гиперергическая реакция)

БЦЖ жанама әсері (побочная реакция на БЦЖ)

2. Жеке мәліметтері

(Индивидуальные данные)

Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя)_____ Әкесінің аты (Отчество)_____

Туған күні (Дата рождения): _____/_____/_____кк/аа/жжжж/

дд/мм/гггг

Ұлты (Национальность) _____

Жынысы (пол): ер (мужской); әйел (женский)

Нақты тұратын мекенжайы

(Адрес фактического проживания):_____облысы (область)

_____ қаласы/ауданы _____елді мекені/

город/район населенный пункт

_____көшесі/улица ___үй/дом ___ пәтер/кв

телефоны_____

Тұрғыны (Житель): қала (город) ауыл (село)

Жұмыс орны (место работы) _____

Сауықтырылуы/Оздоровление: санаторийлік топ (санаторная группа)

 санаторийлік балабақша (санаторный детский сад)

 санаторийлік мектеп-интернат (санаторная школа-интернат)

 ТБ санаторийі (ТБ санаторий)

Басталған күні (Дата начала) _____/_____/_____ Аяқталған күні (Дата

окончания)_____/_____/_____

Хирургиялық емі (Хирургическое лечение): ия (да) жоқ (нет)

Басталған күні (Дата начала) _____/_____/_____ Аяқталған күні (Дата

окончания)_____/_____/_____

3. Зерттеу нәтижелері

(Результаты исследований)

Бактериологиялық зерттеу әдістері Бактериологические методы исследования						Сәулемен емдеу әдісі Лучевые методы			Туберкулин-мен анықтау Туберкулино диагностика		Басқалар Другие	
МЖ ММ		Себінді Посев		ДСТ ТЛЧ		Әдіс Метод	Күні Дата	Нәтижесі Результат	Күні Дата	Нәтижесі Результат	Күні Дата	Нәтижесі Результат
Күні Дата	Нәтижесі Результат	Күні Дата	Нәтижесі Результат	Күні Дата	Нәтижесі Результат							

4. Диспансерге жатқызылуы туралы мәлімет/

Сведения о диспансеризации

Д тобы (0; IA; IБ; IВ; IГ; II; IIIA; IIIБ) Д группа (0; IA; IБ; IВ; IГ; II; IIIA; IIIБ)	ДЕ алынған күні ата взятия на ДУ	Диагнозы Диагноз	ДЕ алынған күні Дата снятия с ДУ	ДЕ алыну себебі* Причина снятия с ДУ*

* 1 – I топқа ауыстырылды/Перевод в I группу;

2 - II топқа ауыстырылды/Перевод в II группу;

3 – III топқа ауыстырылды/Перевод в III группу;

4 – ТБ қайтыс болуы/Умер от ТБ;

5 – Басқа да себептерден қайтыс болуы/Умер от других причин;

6 – ТБ деп анықталмаған/ТБ не подтвердился;

7 – Басқа мекемеге ауыстырылуы/Перевод в другое учреждение;

8 - Диспансерлік бақылаудан үзілді "ТБ белсенді емес"-12 ай, "ТБ белсенді"-6 ай, "0 топ"-4 ай/Отрыв от диспансеризации "неактивные ТБ"-12 месяцев, "активные ТБ"-6 месяцев, "0гр." - 4 месяца;

9 - Диспансерлік бақылаудан алынуы/Снят с диспансерного учета.

Химиопрофилактика: ия (да) жоқ (нет) Н (Изониазид)

Ия қойылған жағдайда/Если да:

Басталған күні/Дата начала _____/_____/_____

Аяқталған күні/Дата окончания_____/_____/_____

Басталған күні/Дата начала _____/_____/_____

Аяқталған күні/Дата окончания_____/_____/_____

Басталған күні/Дата начала _____/_____/_____

Аяқталған күні/Дата окончания_____/_____/_____

Ем қабылдау мерзімі/Курс лечения: 180 күн/дней

5. Бұл бөлімге белсенді бактерия бөліп тұратын науқастарды тіркейді (ошақтың эпидемиологиялық тобына жататындар)/

Эта часть заполняется на активных больных с бактериовыделением (относится к эпидемиологической группе очага)

Ошақтың тобы (1;2;3) Группа очага (1;2;3)	Есепке Алынғаны Взят на учет	Есептен Алынды Снят с учета	Алыну себебі **** Причина снятия

***** 1-II топқа ауыстырылғаны/1-Перевод во II группу; 2-басқа мекемеге ауыстырылуы/2-Перевод в другое учреждение; 3-басқа да себептерден н/е ТБ қайтыс болуы/3-Умер от ТБ или других причин; 4-Эпидемиологиялық бақылаудан шығарылуы/4- Снят с эпидемиологического контроля.*

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 082/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 082/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Медициналық анықтамаға түбіртек
Корешок к медицинской справке
№ _____

_____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Диагнозы мен шет елге шығуға қарсы айғақтарының жоқтығы туралы

медициналық қорытынды (Диагноз и медицинское заключение об отсутствии

противопоказаний к выезду за границу) _____

_____

_____

Елдің атауы (Название страны)_____

Жолданушының мекенжайы (Домашний адрес направляемого) _____

_____

_____

Анықтаманың берілген күні (Дата выдачи справки)

20__жылғы(года) "__" _____

Комиссия төрағасы (Председатель комиссии)

Комиссия мүшелері (Члены комиссии)

М.О Комиссия төрағасы (Председатель комиссии)

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бекітілген № 082/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 082/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

(Шет елге шығушыға)
МЕДИЦИНАЛЫҚ АНЫҚТАМА
МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(для выезжающего за границу)

_____

Берілді (Выдана) _____

тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

_____жаста (лет), емханада медициналық тексеруден өткені туралы

(в том, что он прошел медицинский осмотр в поликлинике) _____

_____

ұйымның атауы мен орналасқан орны (название и местонахождение

организации)

Тексеріп-қарау кезінде анықталды (При осмотре установлено) _____

_____

_____

_____

Денсаулық жағдайы бойынша жеке түлға (По состоянию здоровья лица)

_____

шет елге іссапарға шығуына болады (может быть направлен в заграничную

командировку) _____

елдің атауы (название страны)

мерзімге (сроком на) _____ 20 жылғы (года) "__" _____

М.П Комиссия мүшелері (Члены комиссии)

Жақша ішінде тегіңізді анық жазыңыз

(В скобках фамилии писать разборчиво)

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 083/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

МЕДИЦИНАЛЫҚ АНЫҚТАМА
(Мемлекеттік автоинспекцияға көрсету үшін)
МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(для представления в Госавтоинспекцию)
№ _____

Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____

Әкесінің аты (Отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Мекенжайы (Местожительство) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Медициналық куәландырудан өтті (Проходил медицинское

освидетельствование) _____

_____

ҰЙҒАРЫМ
ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Троллейбустар мен трамвайларды басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению троллейбусами и трамваями.

2. Автомобильдерді максималды салмағын шектеусіздікпен және автобустарды

жолаушылар сиымдылығын шектеусіздікпен ("В","С","Д","Е" категориялары)

басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению автомобилями без ограничения

максимального веса и автобусами без ограничения вместимости пассажиров

(категории "В", "С", "Д", "Е").

3. "В" категориялы өз жеке автомобилін жалданып жұмыс істеу құқығынсыз

басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению индивидуальным автомобилем категории

"В" без права работы по найму.

4. Қолмен басқарылатын автомобилді басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению автомобилем с ручным управлением.

5. Мотоциклді, мотороллерді ("А" категориясы) басқаруға жарамды

(жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению мотоциклом, мотороллером

(категории "А").

6. Мотоарбаны басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению мотоколяской.

7. Мопедті басқаруға жарамды (жарамсыз).

Годен (не годен) к управлению мопедом.

(керексізін сызып тастаңыз) (ненужное зачеркнуть)

Анықтама қанша мерзімде күшінде (Срок годности справки) _____

_____

_____

Фотосурет орны

(Место для фотокарточки)

Медициналық комиссиясының мөрі

(Печать медицинской комиссии)

Комиссия төрағасы

(Председатель комиссии) _____

қолы (подпись)

Хатшы (Секретарь) _____

қолы (подпись)

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 084/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 084/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы
ДӘРІГЕРДІҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ
ВРАЧЕБНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
о переводе беременной на другую работу

_____

Жүкті әйелдің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество

беременной) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жұмыс орны мен лауазымы (Место работы и должность) _____

_____

Жүктілігі (Беременность) _____ апта (недель) _____

Ауыстыру негіздемесі (Основание для перевода) _____

_____

_____

_____

Ұсынылған жұмыс (Рекомендуемая работа) _____

_____

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача)

_____

қолы (подпись) _____

Берілген күні (Дата выдачи) _____

Ауыстырылды (Перевод осуществлен) _____

_____

Жетекшінің лауазымы (Должность руководителя) _____

_____

Қолы (Подпись) _____ Күні (Дата) _____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 085/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 085/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 085/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 086/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Жоғары оқу орындарына, колледждерге, орта арнаулы оқу орындарына, кәсіби-техникалық, техникалық училищелерге түсушілерге, жұмысқа орналасатын жасөспірімдерге толтырылатын (дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды)
МЕДИЦИНАЛЫҚ АНЫҚТАМА
МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(врачебное профессионально-консультативное заключение) заполняется на абитуриентов, поступающих в высшие учебные заведения, колледжи, средние учебные заведения, профессионально-технические, технические училища и поступающих на работу
от 20__ жылғы (года) "___" _____ күнінен

_____

_____

1. Берілді (Выдана)_____

анықтама берген ұйымның атауы мен мекенжайы (наименование и адрес

организации, выдавшего справку)

_____

2. Анықтама берілетін оқу, жұмыс орнының атауы (Наименование учебного

заведения, куда представляется справка) _____

_____

_____

2.1 Анықтама берілетін жұмыстың атауы (Наименование работы, куда

представляется справка) _____

_____

_____

3. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____

_____

4. Жынысы (Пол) Е.(М), Ә.(Ж),

5. Туған күні (Дата рождения) _____

6. Мекенжайы (Адрес местожительства) _____

_____

_____

7. Бастан өткерген аурулары (Перенесенные заболевания) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

8. Зерттеп-қарау кезіндегі объективті деректер мен денсаулық жағдайы

(Объективные данные и состояние здоровья на момент обследования):

_____

_____

_____

_____

терапевт _____

_____

хирург _____

_____

невропатолог _____

_____

көз дәрігері (окулист) _____

отоларинголог _____

_____

басқа мамандар (другие специалисты) _____

_____

_____

_____

9. Рентгенологиялық (флюорографиялық) зерттеп-қарау деректері (Данные рентгенологического (флюорографического) обследования) _____

_____

_____

_____

10. Зертханалық зерттеулердің деректері (Данные лабораторных исследований) _____

_____

_____

_____

11. Сақтандыру екпелері (күнін көрсету) (Предохранительные прививки (указать дату)) _____

_____

_____

_____

_____

_____

12. Кәсіби жарамдылығы туралы дәрігерлік қорытынды (Врачебное

заключение о профессиональной пригодности) _____

_____

_____

_____

_____

Анықтама толтырған адамның қолы

(Подпись лица, заполнявшего справку) _____

Емдеу-профилактикалық ұйымының бас дәрігерінің қолы

(Подпись главного врача лечебно-профилактической

организации) _____

Мөр орны

Место печати

Ескерту: жоғары оқу орындары мен орта арнаулы оқу

орындарына түсушілерге кәсіби жарамдылығы туралы

қорытынды тұлғаларды медициналық сұрыптау туралы

әдістемелік нұсқаулар тізбесіне сәйкес берілді

Примечание: заключение о профессиональной

пригодности и определение сроков годности справки

даются в соответствии с перечнем методических

указаний по медицинскому отбору лиц, поступающих

в высшие учебные заведения и средние специальные

учебные заведения или поступающих на работу.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 087/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 087/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 087/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 108/е нысанды медициналық құжаттама
Министерство здравоохранения Республики Казахстан	
	Медицинская документация Форма № 108/у утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Алдын ала, кезеңдік немесе қосымша медициналық
тексеруге жолдама
(Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға)
(амбулаториялық картаға жапсырылады)
Направление на предварительный, периодический или
дополнительный медицинский осмотр
(для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия) (вклеивается в амбулаторную карту)
№ _____
1.Тегі (Фамилия)_____
2.Аты (Имя)_____
3. Әкесінің аты
(Отчество)_____
4. Жынысы: 1- ер; 2 - әйел (Пол: 1- муж.; 2 – жен.)
(керегін сызу) (нужное подчеркнуть)
5. Туған күні (Дата рождения) _____
күні, айы, жылы (число, месяц, год)
6. Тұрақты тұрғылықты жері (Адрес постоянного места жительства):
Облыс (область)_____
Аудан (район)_____
Елді мекен (населенный пункт)_____
Көше(улица)_____ үй (дом)_____ корпус _____
Пәтер (квартира)_____
7. Келу жері бойынша тіркелу мекені (Адрес регистрации по месту пребывания):
Облыс (область) _____
Аудан (район)_____
Елдімекен (населенный пункт)_____
Көше (улица)_____ үй (дом)_____ корпус _____
Пәтер (квартира)_____
8. Медициналық тексеру уақыты (Дата проведения медицинского осмотра)
_____
9. Медициналық тексеру түрі (Вид медицинского осмотра): алдын ала (предварительный), кезекқлет, кезекті, кезектен тыс (периодический, очередной, внеочередной) (керегін сызу) (нужное подчеркнуть)
10. Соңғы медициналық тексеру уақыты (Дата последнего медосмотра (обследования))_____
11. Соңғы медициналық тексеру кезінде анықталған аурулары; амбулаторлы картаға сәйкес аурулар диагноздарын көрсету керек (Заболевания, выявленные с момента последнего медосмотра; указать диагнозы заболеваний, в соответствии с амбулаторной картой)
_____
_____
12. Маман дәрігерлердің тексеру нәтижелері (Белгілі сызбанұсқа бойынша маман дәрігерлердің тексеру нәтижелері, қосымша ретінде Картаға жапсырылады)

(Результаты осмотра врачей специалистов (данные осмотра врачей специалистов по определенной схеме в виде вкладышей вклеиваются в Карту))
12.1 Терапевттің тексеру (Осмотр терапевта) _____
_____
12.2 Неврологтың тексеру (Осмотр невропатолога) _____
_____
12.3 Офтальмологтың тексеру (Осмотр офтальмолога) _____
_____
12.4 Психиатрдың тексеру (Осмотр психиатра) _____
_____
12.5 Наркологтың тексеру (Осмотр нарколога)_____
_____
13. Қорытынды (Заключение): _____
_____
Берілу күні (Дата выдачи) _____
Терапевт дәрігердің қолы (Подпись врача терапевта) _____

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 108-1/е нысанды медициналық құжаттама
Министерство здравоохранения Республики Казахстан	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 108-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Медициналық тексеру
КОРЫТЫНДЫСЫ
(Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға)
ЗАКЛЮЧЕНИЕ
медицинского осмотра
(для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия)
20___ жылғы (года) "___"_____
Азаматқа берілді (Выдано Гражданину (-ке)): _____
_____
ТАӘ (ФИО)
_____ Облыс (қала) область (город)

_____ аудан (район)
Алдын-ала/периодты қараудың нәтижелері бойынша
(керегін сызу)
по результатам предварительного/периодического медицинского осмотра
(необходимое подчеркнуть)
в организации
_____
Мекеме аты (наименование организации)
Дәрігер терапевт (Врач терапевт) _____
Дәрігер невропатолог (Врач невропатолог) _____
Дәрігер психиатр (Врач психиатр) _____
Дәрігер нарколог (Врач нарколог) _____
Дәрігер окулист (Врач окулист) _____
Қарау нәтижесі бойынша анықталды (В результате осмотра установлено):
_____
_____
Дәрігер-терапевт/(Врач-терапевт): _____
ТАӘ (ФИО)
_____ Мөрдің орны (Место печати) _____ Қолы (Подпись)
Медициналық ұйымның басшысы (Руководитель медицинской организации)
_____
Мөрдің орны (Место печати)

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды_____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 111/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 111/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Жүкті және жаңа босанған әйелдің
ЖЕКЕ КАРТАСЫ
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА
беременной и родильницы
№_____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)_____

Туған күні (Дата и год рождения)_____

ЖСН (ИИН)_____Есепке алыну күні (Дата взятия на

учет)_____

Жүкті әйелдің қан тобы (Группа крови беременной)_____

Жүкті әйелдің резус-тиістілігі (Резус принадлежность беременной)

_____Айқындау күні (Дата определения)_____

Ерінің қан тобы және резус-тиістілігі (Группа крови и резус принадлежность ее мужа) по

показаниям _____

Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон)_____

Білімі: бастауыш, орта, жоғары (астын сызыңыз) (Образование: начальное, среднее, высшее

(подчеркнуть)

Жұмыс орны, телефон (Место работы, телефон)_____

Кәсібі немесе лауазымы (Профессия или должность) _____

Күйеуінің аты-жөні, жұмыс орны, телефон (Фамилия и место работы мужа, телефон)

_____

Диагноз: нешінші жүктілік (Диагноз: беременность которая)_____

Босануы (Роды)_____

Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности)_____

Экстрагениталдық аурулар (Экстрагенитальные заболевания) диагноз)_____

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) _____

_____апта (недель).

Күні (Дата)_____

Босану ерешеліктері (Особенности родов)_____

Нәресте: тірі, өлі, жынысы, масса (салмағы) _____ грамм (Ребенок: живой, мертвый, пол_____масса (вес) грамм_____. Бойы (Рост) _____сантиметр (сантиметров).

Перзентханадан шықты, ауруханаға ауыстырылды, перзентханада шетінеді (астын сызыңыз) – диагнозы (Выписался, переведен в больницу, умер в родильном доме (подчеркнуть) – диагноз)_____

_____

_____

Жолдама бойынша келді (Обратилась по направлению)_____

Өз бетінше келу (қажеттінің астын сызу) (Самообращение (нужное подчеркнуть)

Шағымдар (Жалобы)_____

Сыртартпа **(Анамнез**)

Тектілік (Наследственность)_____

Шалдыққан ушыққан аурулар (Перенесенные острые забования)_____

Гепатит _____

Туберкулез_____

Венерологиялық аурудар (Венерические заболевания)_____

Созылмалы аурулар (бар болса диспансерлік есепте тұра ма, базистік терапияны алады ма)

(Хронические заболевания (если есть, то со стоит ли на диспансерном учете, получает ли

базисную терапию)_____

_____

Жасалған операциялар (Перенесенные операции) _____

Гемотрансфузия_____

Аллергоанамез_____

Рентгенологиялық тексеру (ақырғы тексерістің нәтижесі) (Рентгенологическое обследование

(результат последнего обследования)_____

Еттекір функциясы (Менструальная функция):

Менархе _____жаста (в _____лет), еттекірдің ұзақтығы (длительность

менструации)_____ циклдың ұзақтығы (продолжительность

цикла)_____Мол, қалыпты, сирек (астын сызу) (Обильные,

умеренные, скудные (подчеркнуть)

Жыныстық қатынасы (Половая жизнь с) _____жастан (лет)

Неке (Брак)_____

Әкесінің денсаулығы туралы деректер (Данные о здоровье отца)_____

Тектілігі (Наследственность)_____

Рентгенологиялық тексерулер (Рентгенологическое обследование)_____

Ескертпе: дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек (Примечание: рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований)

Гинекологиялық анамнез (Гинекологический анамнез)_____

Контрацепция_____

Акушерлік сыртартқы (Акушерский анамнез):

Қанша жүктілік болды (Сколько было беременностей) - Оның ішінде босану (Из них родов) -, өзінен өзі түсік тастау (самопроизвольных абортов) -, жатырдан тыс жүктілік (внематочных беременностей) -, медтүсік (медабортов) -.

Бұрынғы жүктіліктерінің, босануларының, босанудан кейінгі кезеңдер ағымының ерекшеліктері

(Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода)

Па-ри-тет	Жыл Год, дата	Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды Чем закончилась беременность и при каком сроке				Бала тірі, өлі туылды, салмағы Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Босанудың, боғсанудан кейінгі мерзімнің ерекшеліктері Особенности течения родов, послеродового периода
		абортпен абортами		босанумен родами			
		жасанды искус-ствен-ным (хир., меди-камен)	өздігінен самопроиз-вольным, в том числе замершей	мерзі-мінен бұрын преждевре-менными	мерзі-мінде в срок		

Соңғы етеккірі (Последняя менструация с) 20____жылғы(года) _____

_____бастап (по)_____ дейін

Жүктілік Беременность спонтанная или индуцированная (стимуляция овуляции, инсеминация ЭКО) (подчеркнуть).

Іштегі баланың бірінші қозғалуы (Первое движение плода) 20____жылғы(года)

"_____"_____

Жүкті әйелді бірінші рет қарау (Первое обследование беременной)

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жай-күйі (қанағаттандырылған) (Общее состояние) (удовлетворительное)_____.

Бойы (Рост) _____см. Салмағы (Масса) (вес) _____кг.

ДМИ (дене массасының индексі) ИМТ (индекс массы тела)_____

Тері қабаты (Кожные покровы)_____

Ісік (Отеки)_____

Сүт бездерінің зерттеу (Исследование молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жай-күйі (Состояние органов дыхания)_____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы)_____

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) _____сол қолында (на левой руке)_____

Іш (жұмсақ, аурусыз) (Живот) (мягкий безболезненный)_____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка)_____

Солқылдау симптомы (Симптом поколачивания)_____

Басқа ағзалары (Другие органы) _____

_____

Несеп шығуы (Мочеиспускание)_____Нәжіс (Стул)_____

Акушериялық мәртебе (Акушерский статус):

_____

Жамбас өлшемдері: (Размеры таза по показаниям(рост менее 150см и выше 170 см.травмы таза, врожденные пороки развития таза и конечностей) :

D. Sp. _____ D. cr. _____D. troch _____c. ext_____

C. diag _____C. vera _____

Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование: высота дна матки) _____см.

Іш шеңбері (Окружность живота) по показаниям _____см.

Ұрықтың орналасуы, позициясы, түрі (Положение плода, позиция, вид)_____

_____

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание)_____

Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода)_____

Жүктіліктің мерзімі (Срок беременности): Еттекір бойынша (По менструации)_____

УДЗ бойынша (ерте 16 аптаға дейін) (По УЗИ (раннему до 16 недель)_____

Гинекологиялық зерттеу (Гинекологическое исследование):

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы)_____

Айналарда (На зеркалах):_____

Қынап (Влагалище)_____ Жатыр мойыны (Шейка матки)_____

Жатыр денесі (Тело матки)_____

Қосалқылар (Придатки)_____

Ерекшеліктері (Особенности)_____

ДИАГНОЗ: (жүктілік мерзімі) (Диагноз: (срок беременности)) _____

_____

_____

Болжамды босану мерзімі (Предполагаемый срок родов)_____

Ұсыныстар (Рекоменции):_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Күні (Дата) _____

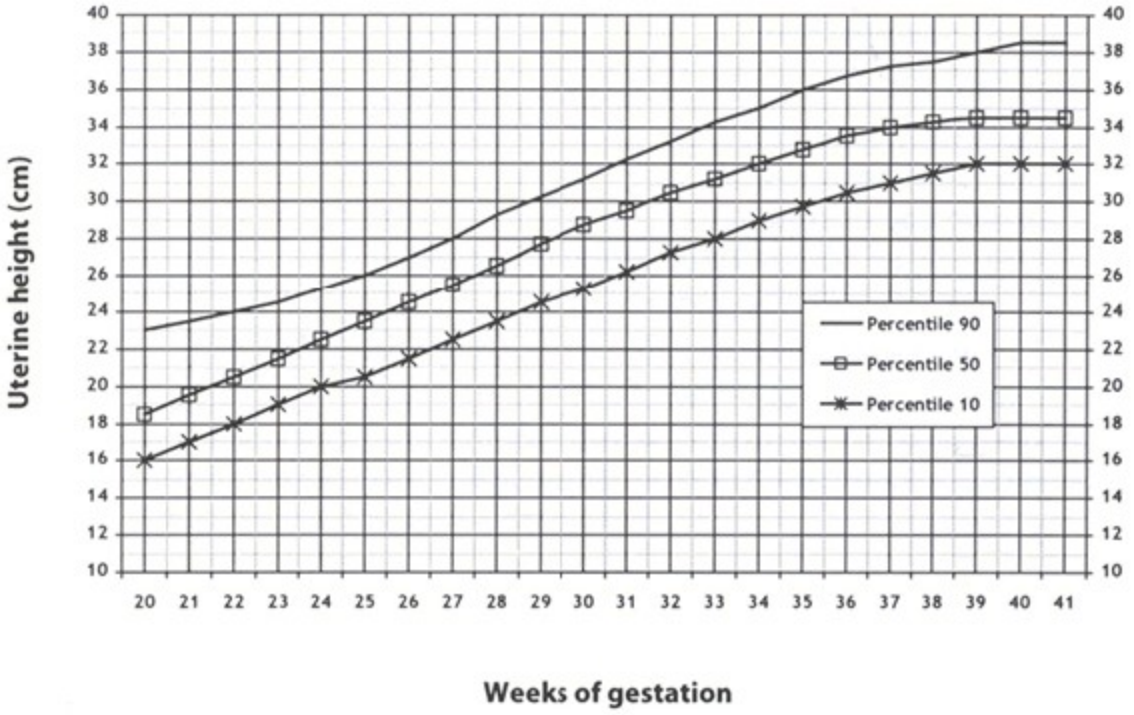
Тәуекел факторлары (әрбір келу кезінде айқындалады) (Факторы риска (определяются при каждом посещении)

№	Қабылдау күні (Дата приема)	Тәуекел факторлары (Факторы риска)	Ескерту (қайда босануға божанады: МҰ атауы, босандырудың болжамды деңгейі) Примечание (где предполагается рожать: наименование МО, предполагаемый уровень родоразрешения)

Гравидограмма

ВДМ (СМ)

Figure 4: Uterine height values by weeks of gestation



Жүктіліктің апталары

(Недели беременности)

Тексерудің нәтижелері (Результаты обследования)

Қанның жалпы анализі / Общий анализ крови

КҮНІ ДАТА												
Гемоглобин												
Эритроциттер Эритроциты												
Түс көрсеткіші Цветной показатель												
Тромбоциттер Тромбоциты												
СОЭ												
Лейкоциттер Лейкоциты												

Таяқша- ядролық Палочко- ядерные												
Сегменттік- ядролық Сегнменто- ядерные												
Эозинофилдер Эозинофилы												
Базофилдер Базофилы												
Лимфоциттер Лимфоциты												
Моноциттер Моноциты												

Несептің жалпы анализі Общий анализ мочи

КҮНІ ДАТА											
Удельный вес											
Жалпак эпителиялары Эпителий плоский											
Лейкоциттер Лейкоциты											
Эритроциттер Эритроциты											
Цилиндрлер Цилиндры											
Қант Сахар											
Нәруыз Белок											
Бактериялар Бактерии											
Тұздар Соли											

Басқа зерттеулер (Другие исследования):

Қантты анықтауға қан тапсыру Кровь на сахар
Несептің баксебу (көрсетілімдер бойынша) Бакпосев мочи (по показаниям)

RW 1_____

RW 2_____

АИТВ-1 (ақпараттандырылған келісім бойынша) ВИЧ-1 (с информированного согласия)_____

_____

АИТВ-2 (ақпараттандырылған келісім бойынша) ВИЧ-2 (с информированного согласия) _____
_____

Гепатит В маркерлері (Маркеры гепатита В)

_____

Микроскопия сүртіндісі (көрсетілімдер бойынша) Мазок на микроскопию (по

показаниям)_____

_____

Онкоцитологияға сүртінді (көрсетілімдер бойынша) Мазок на онкоцитологию (по

показаниям)_____

Пренаталдық скрининг
Пренатальный скрининг
Биохимиялық скрининг
Биохимический скрининг

Өткізу мерзімі Период проведения	Өткізу күні Дата проведения	Жүктіліктің мерзімі Срок беременности	Тексерудің нәтижелері Результаты обследования	Ескерту примечание
1 триместр (10-14 апта)				

1 триместр (10-14 нед)				
2 триместр (16-20 апта) 2 триместр (16-20нед)				

Ультрадыбыстық скрининг
Ультразвуковой скрининг

Өткізу мерзімі Период проведения	Өткізу күні Дата проведения	Жүктіліктің мерзімі Срок беременности	ХА маркерлері (бар болса) Маркеры ХА (при наличии)	Қорытынды Заключениие	Ұсыныстар рекомендации
1 триместр (10-14 апта) 1 триместр (10-14нед)			ТВП- ДНК-		
2 триместр (16-20 апта) 2 триместр (20-22нед)					
3 триместр (32-34 апта) 3 триместр (32-34нед)					

Консультациялар
Консультациии
Терапевтің алғашқы қарауы
Первый осмотр терапевта

Шағымдар (Жалобы)_____

_____

Сыртартпа (Анамнез)

Туды және қалыпты дамыды (иә, егер жоқ – туу кезінде және балалық шақта қандай

ауытқулар) Родилась и развивалась нормально(да, если нет- какие отклонения при рождении и в детстве)_____

Тектілігінде ауыртпалық жоқ (иә болса, қандай аурулар, туыстық дәрежесі)

Наследственность не отягощена (если да,какими заболеваниями, степень родства)_____

_____

Бұрын ауырған аурулары: жалпы (Перенесенные заболевания: общие) _____

Балалар инфекциялары (Детские инфекции)_____

Гепатиты_____Туберкулез_____

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания)_____

Басқа инфекциялар (Другие инфекции)_____

Бұрын ауырған ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания)_____

Созылмалы аурулар (Хронические заболевания)_____

Жүрек-тамыр, тыныс алу, нерв жүйесінің, АІЖ, тірек-қозғалыс аппаратының және басқа аурулар (заболевания сердечно- сосудистой, дыхательной, нервной систем, ЖКТ, опорно-двигательного аппарата и др.)

Диспансерлік есепке алу (Диспансерный учет)_____

(бар болса, диагноз, бақылау орны, маман, соңғы қабылдау күні, қандай препараттарды пайдаланады) (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата последнего приема какие препараты принимает)_____

_____

Емдеуге жатқызу (Госпитализация)_____

(сыртартпада бар болса, қандай диагнозбен, күні, медұйымның атауы, шұғыл немесе жоспарлы) (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название медорганизации, экстренная или плановая)

Бұрын болған операциялар, асқынулар (Перенесенные операции, осложнения)_____

_____

Бұрын болған жарақаттар және олардың салдары (Перенесенные травмы и их последствия)_____

_____

Гемотрансфузия_____

Аллергоанамез_____

Объективті деректер:
Объективные данные:

Жалпы жағдайы (қанағаттандырылған) (Общее состояниие (удовлетворительное)_____

_____

Дене құрылысының ерекшеліктері (Особенности телосложения) Нормостеник (астеник, гиперстеник)_____

Тері (Кожные покровы)_____Температура_____

Ауыз қуысының жағдайы (Состояние полости рта)_____

Аңқа, бадамшабездің жағдайы (Состояние зева, миндалин)_____

_____

Лимфотүйін (Лимоузлы)_____

Ісік (жоқ, бар, орналасуы) Отеки (нет,есть, локализация)_____

_____

_____

Сүт бездерінің жағдайы (осмотр молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания)_____

_____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы)_____

_____

Пульс_____

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) _____сол қолында (на левой руке)__

Іш (жұмсақ, аурусыз) Живот (мягкий безболезненный)_____

_____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка)_____

Солқылдау симптомы (Симптом поколачивания)_____

Басқа ағзалары (Другие органы) _____

Несепшығару (Мочеиспускание)_____Нәжіс (Стул)_____

_____

Диагноз_____

Ұсыныстар (Рекомендации)_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Күні (Дата) _____

Терапевтің қайтадан тексеруі (Повторные осмотры терапевта)_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Мамандардың консультациялары (Консультации специалистов)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Қосымша тексерулер
Дополнительные обследования

_____

_____

Босануға дайындау (Подготовка к родам)

Ана мектебі Школа подготовки к родам				
Күні Дата	Жүктілік мерзімі Срок Беременности	Сабақтардың тақырыбы Тема занятия	Серіктің келуі Посещение партнера	Дәрігердің қолы Подпись врача

Патронаждық қаралуы (Патронажные посещения)

Күні (Дата)						
Жүктілік мерзімі (Срок беременности)						
Шағымы (Жалобы)						
Жалпы жағдайы (ісінуі) (Общее состояние (отеки))						
АҚҚ (АД) оң қолында (на правой руке)						
сол қолында (на левой руке)						
Іштегі баланың орналасу (Положение плода)						
Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода)						
Тұрмыстық жағдайлар (Бытовые условия)						
Әлеуметтік саулы (Социальное благополучие)						
Ұсыныстар (Рекомендации)						
Қолы (подпись)						

Педиатр патронажы (Патронаж педиатра)_____

_____

Әлеуметтік қызметкердің патронажы (көрсетілімдер бойынша) (Патронаж соцработника (по показаниям)_____

_____

Акушер-гинеколог дәрігердің қабылдауы

(әрбір қабылдау кезінде толтырылады)

Прием врача акушер-гинеколога

(заполняется при каждом посещении)

Күні (Дата)_____

	Шағымдар(Жалобы)_____ _____
	Жалпы жағдайы (қанағаттандырылған) Общее состояниие (удовлетворительное)_____
АҚ АД	Тері (Кожные покровы)_____ Ісіну (Отеки)_____
Пульс	Іші (жұмсақ, аурусыз) (Живот(мягкий безболезненный)
	Жатыр (қалыптытонус, гипертонус) (Матка (в нормотонусе, в гипертонусе)
	_____ Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование): Высота дна матки) _____см. Ұрықтың орналасуы, (Положение плода)_____ Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) Головное/ тазовое_____ Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) Анық, ырғақты ЖЖЖ мин – қағыс (Ясное, ритмичное ЧСС - ударов в мин)
	Басқа ағзалары (Другие органы) _____
	Несептің шығуы (Мочеиспускание)_____ Нәжіс (Стул)_____

	Диагноз: Жүктілік (Беременность) _____апта (недель).
	1) Тексерулер (Обследования):
	2) Ұсыныстар (Рекомендации):

Дәрігердің қолы (Фамилия и подпись врача) _____

Перзентхана көшірмесі (Выписка родильного дома)

Жүктілігіне байланысты демалыс (Отпуск по беременности)

с 20____жылғы(года) "___"_____бастап

по 20____жылғы(года) "_____"_____дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босануы (Роды) 20____жыл (год) _____ мерзімінде, бұрын, кейін (в

срок, раньше, позже) на _____күнге (дней)

Босанды (Роды произошли в) _____

Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс (Послеродовой

дополнительный отпуск при осложненных родах) на _____күн (дней)

(с) 20____жылғы (года) "____"_____бастап

(по) 20____жылғы (года) "____"_____дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босанған әйелді бақылау (Наблюдение за родильницей)

Күні Дата	Шағымы Жалобы	Зерттеу деректері Данные обследования	Кеңестер, тағайындаулар Советы, назначения
		1) флюорография	

Босанудан кейінгі эпикриз
Послеродовый эпикриз

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)_____

Туған күні (Дата и год рождения)_____

Есепке алыну күні (Дата взятия на учет)_____

Тексерілді (Обследована) _____

Жүктілік өтті: экстергениталдық патология барысында (Беременность протекала на фоне:

экстрагенитальной патологии)_____

Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности)_____

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход

беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) _____

_____апта (недель). Босану күні (Дата родов)_____

Диагноз_____

Босану ерешеліктері (Особенности родов)_____

Нәресте: тірі, салмағы (Ребенок: живой, пол_____, масса (вес)_____грамм. Бойы

(Рост) _____сантиметров.

Босанудан кейінгі кезеңнің ағымы (Течение послеродового периода)_____

_____

Флюорография_____

Контрацепция_____

Меңгерушінің қолы (Подпись заведующего)_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача)_____

А4 форматы

Формат А4

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 112/е - ұ нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 112/ у – м утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 112/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

История развития ребенка
(мальчик)
№_____

Группа крови _____
Резус принадлежность _____

1.Фамилия _____ Имя_____ Отчество (при его наличии) _____

2. ЖСН/ИИН_____

3.Дата рождения: число _____месяц_____год_____

4.Код КАТО:_____

5.Место жительства: (район) _____(город, село) _____

_____(улица)_____дом_____ кв _____

6. Контактные телефоны_____

Дата взятия на учет в данной организации	**Откуда прибыл**	**Дата снятия**	**Адрес выбытия**

7. Организованность:

Дата_____Название учреждения_____

Дата_____Название учреждения_____

Дата_____Название учреждения_____

Дата_____Название учреждения_____

Дата_____Название учреждения_____

Сведения о семье:

Родители и дети Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	**Год рождения**	**Место работы, должность, телефон (для детей - детская организация)**	**Наличие хронических заболеваний**
Мать			
Отец			

Дети			

Сведения о новорожденном:

Дата выписки из роддома №_____ **Адрес роддома_____** **_____**		**Дата получения извещения о новорожденном из роддома №_____**	
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

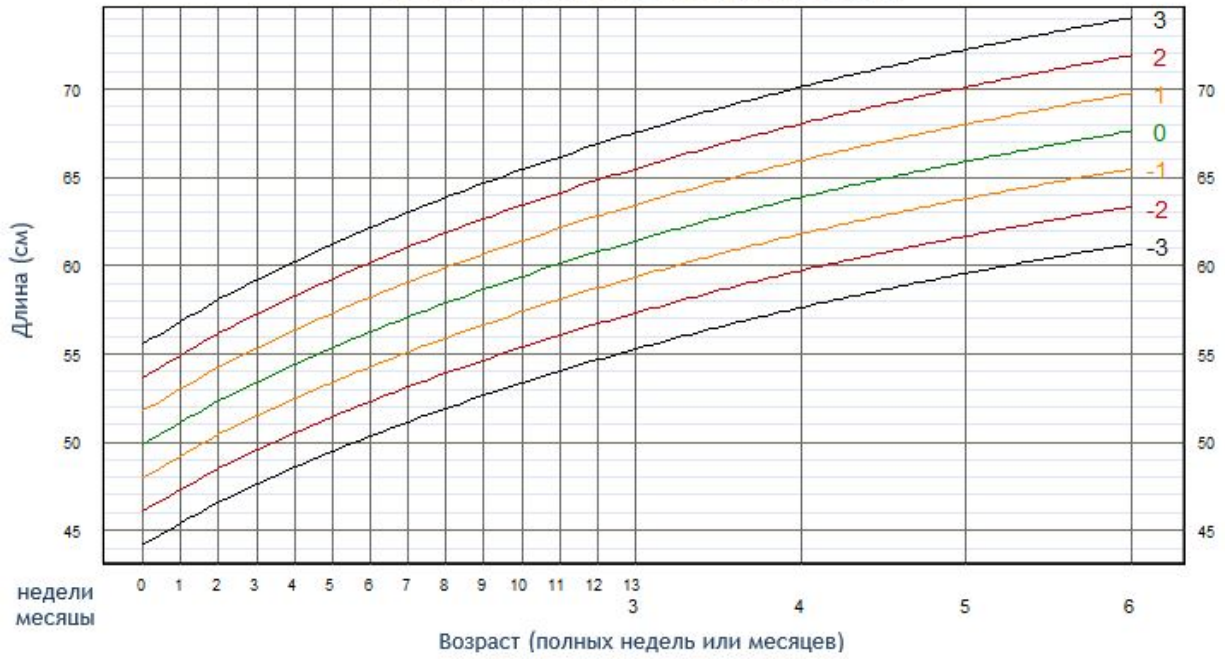
Вес при рождении_____ Рост при рождении_____ ИМТ_____ Окружность головы_____ Оценка физического развития: _____	Место для приклеивания обменной карты

Скрининг на наследственную патологию

№	**Наименование**	**Дата забора крови, дата аудиологического скрининга**	**Результат**
1	ФКУ (фенилкетонурия)		
2	ВГ (врожденный гипотиреоз)		
3	Аудиологический скрининг		

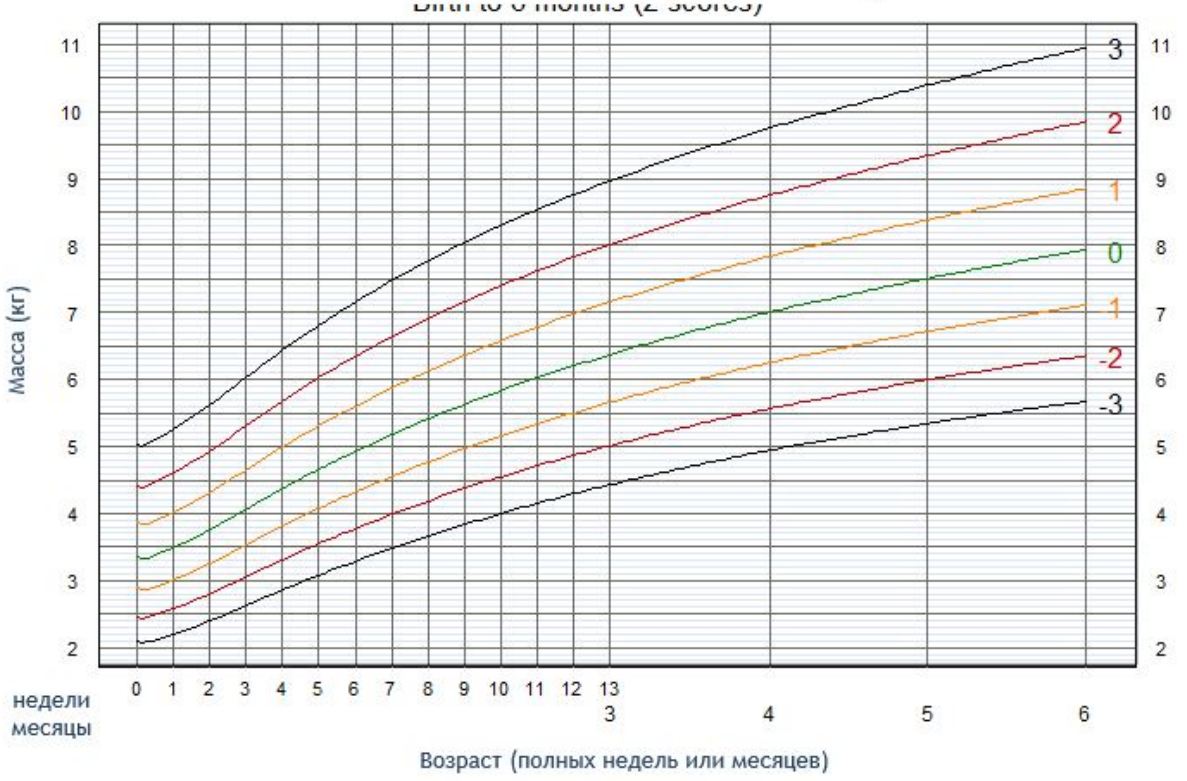
Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ

от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

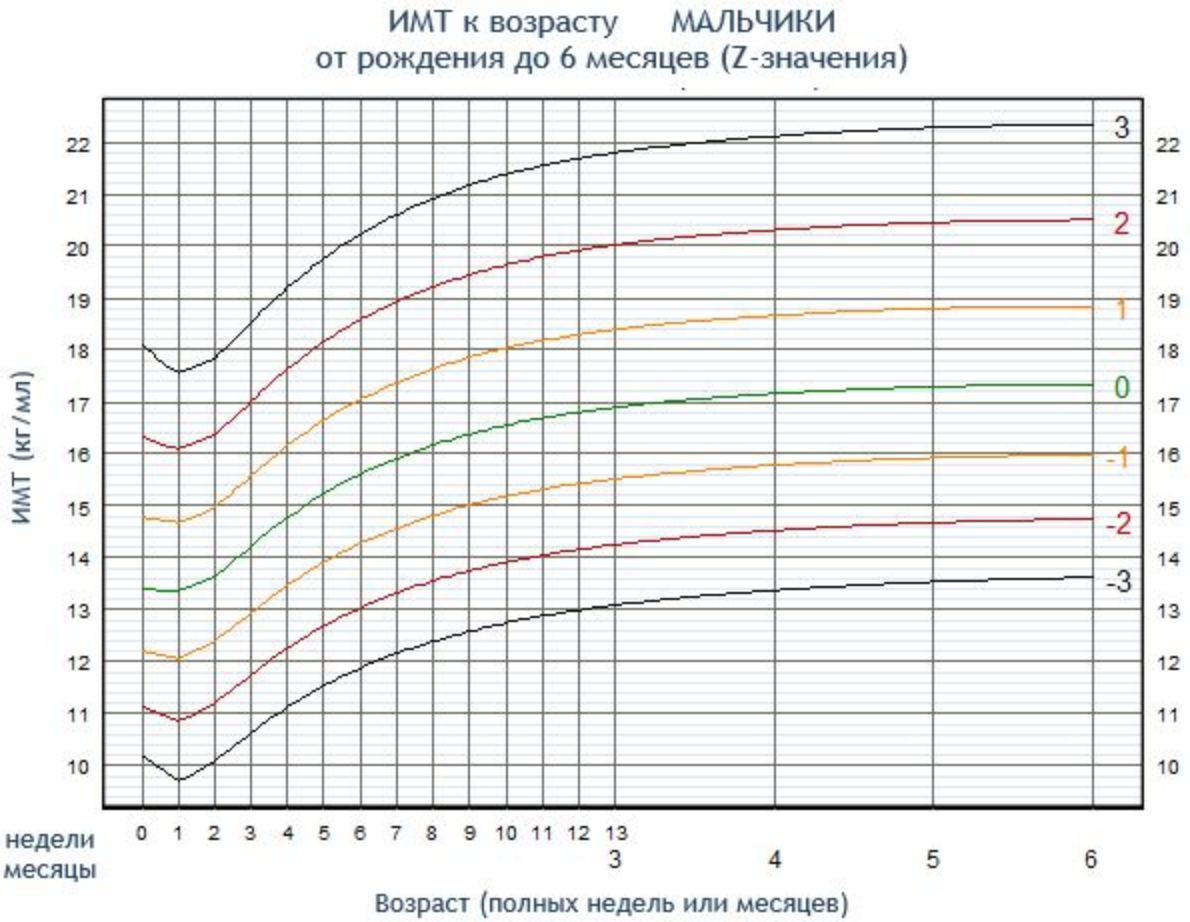


Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ

от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

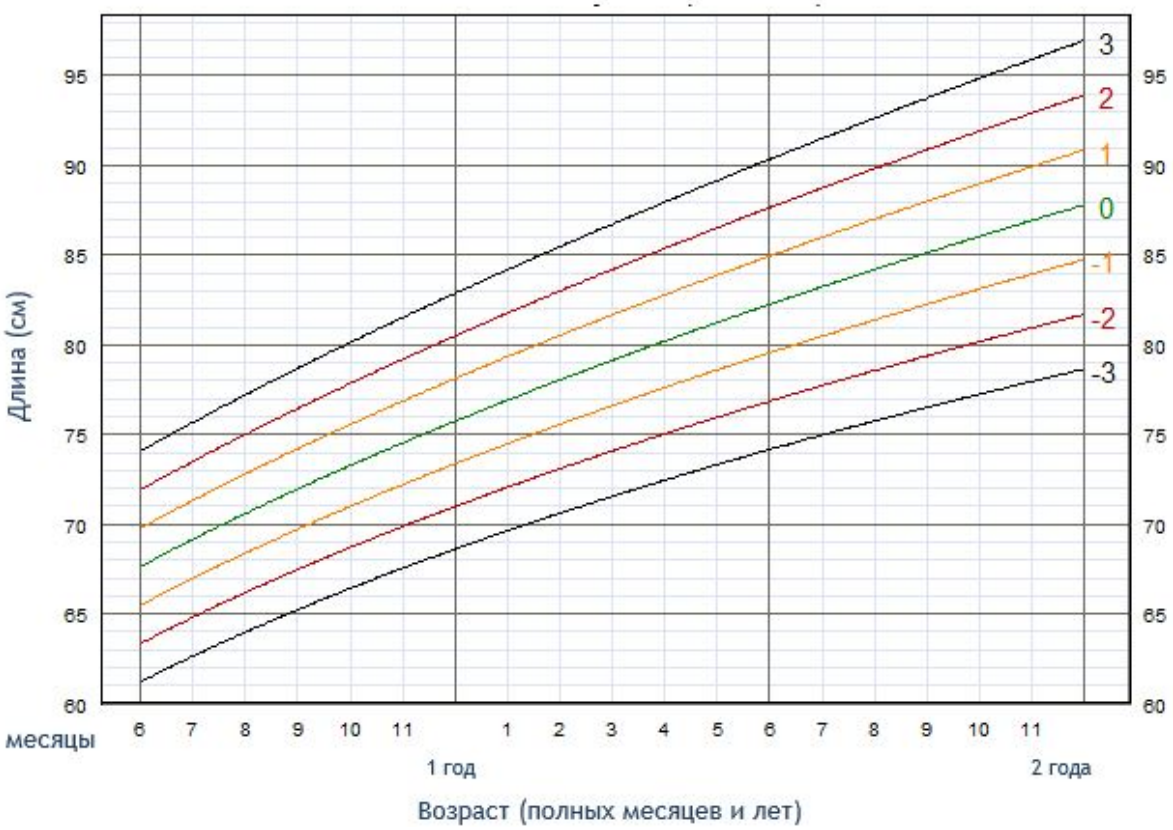


Масса к длине МАЛЬЧИКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)

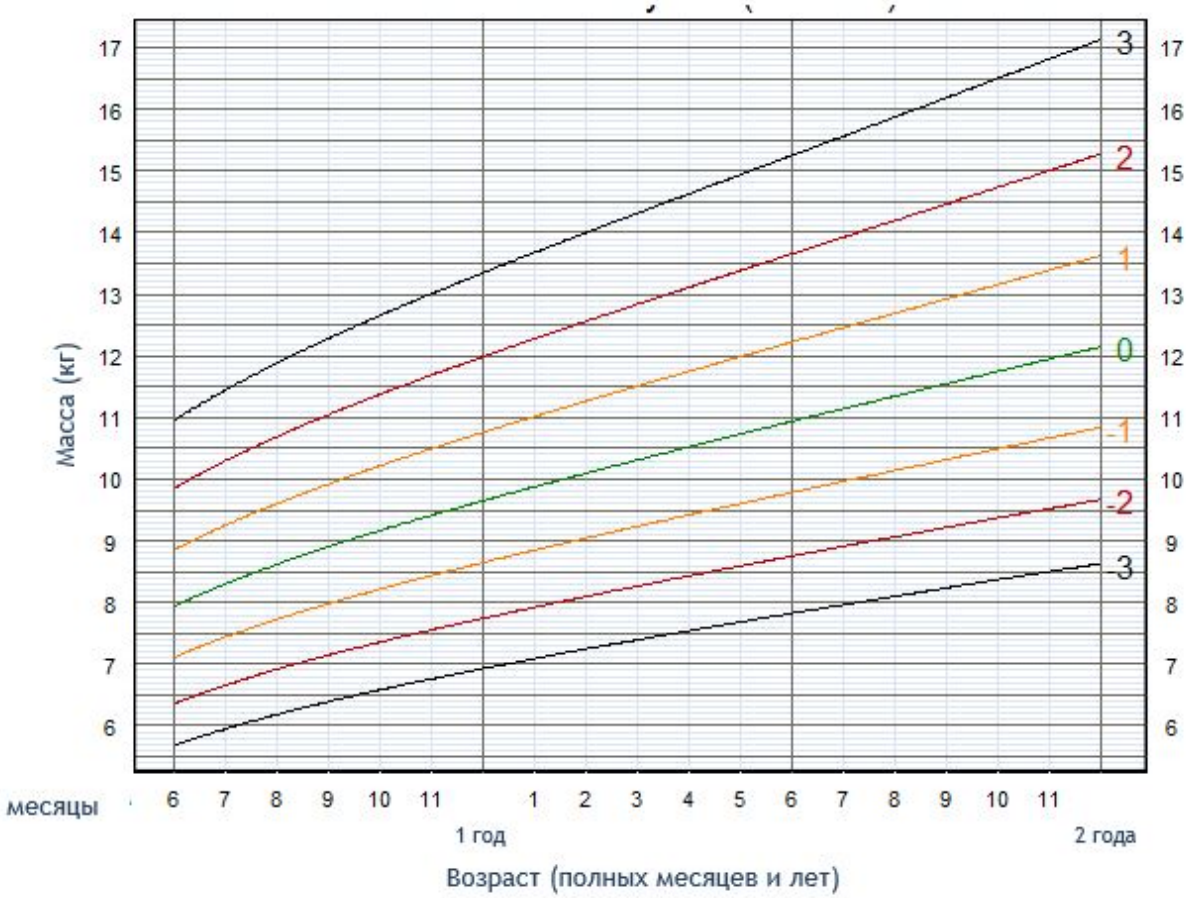

ИМТ к возрасту МАЛЬЧИКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-значения)
ИМТ (кг/мл)
3
2
1
0
-1
-2
-3
недели
месяцы
Возраст (полных недель или месяцев)

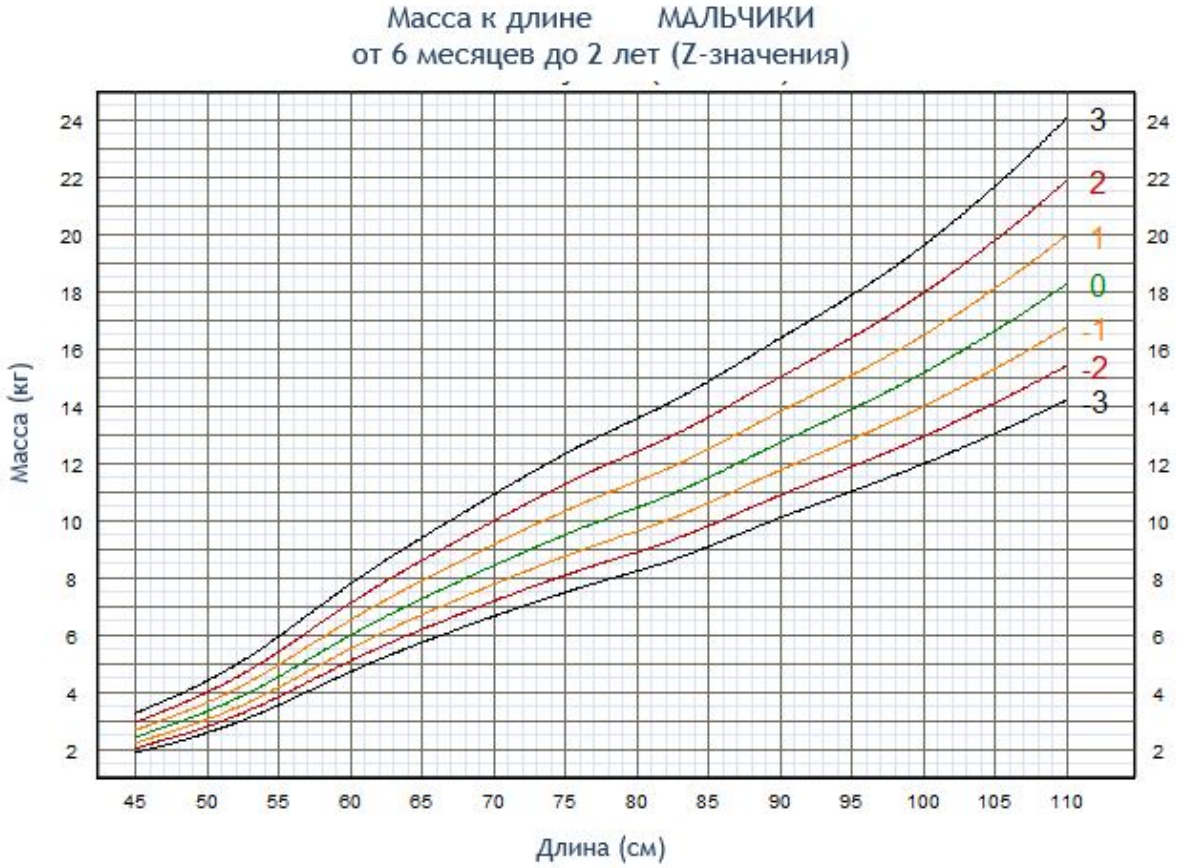
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)

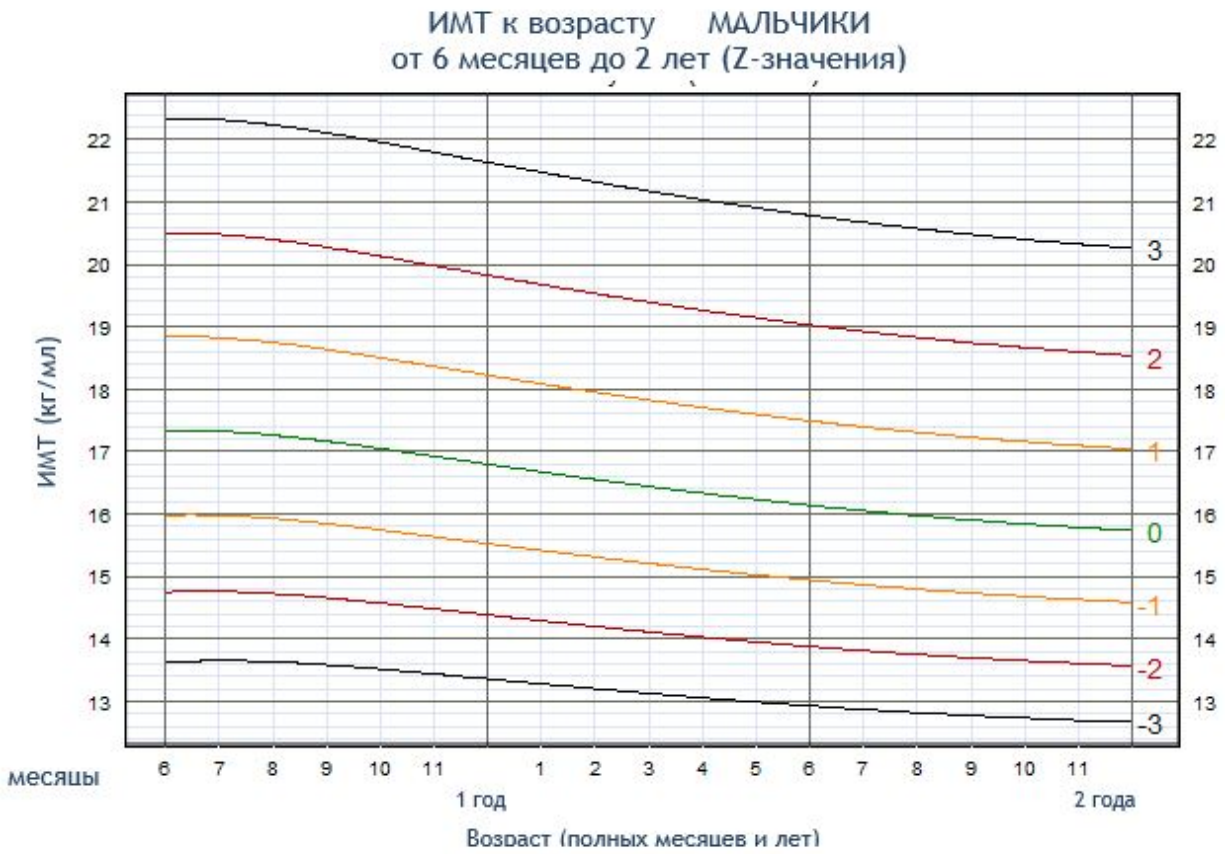
Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ

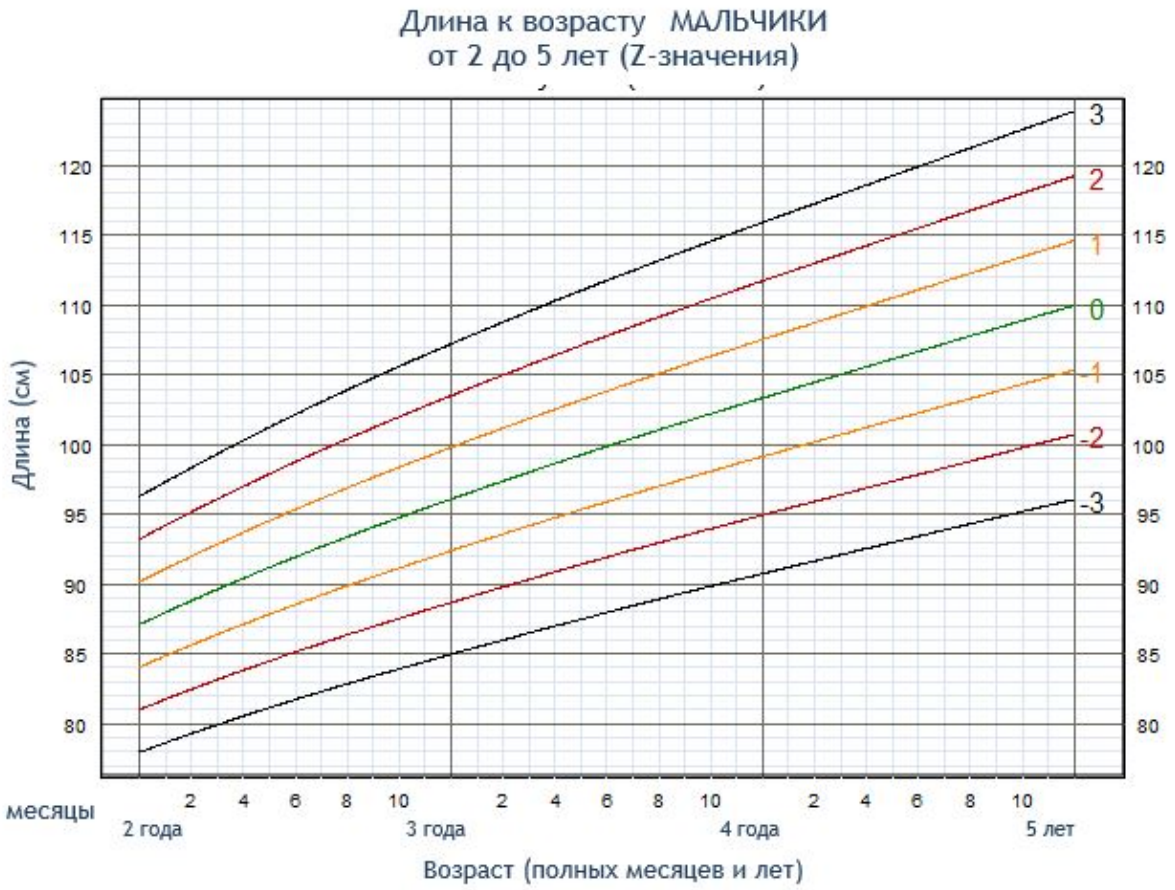


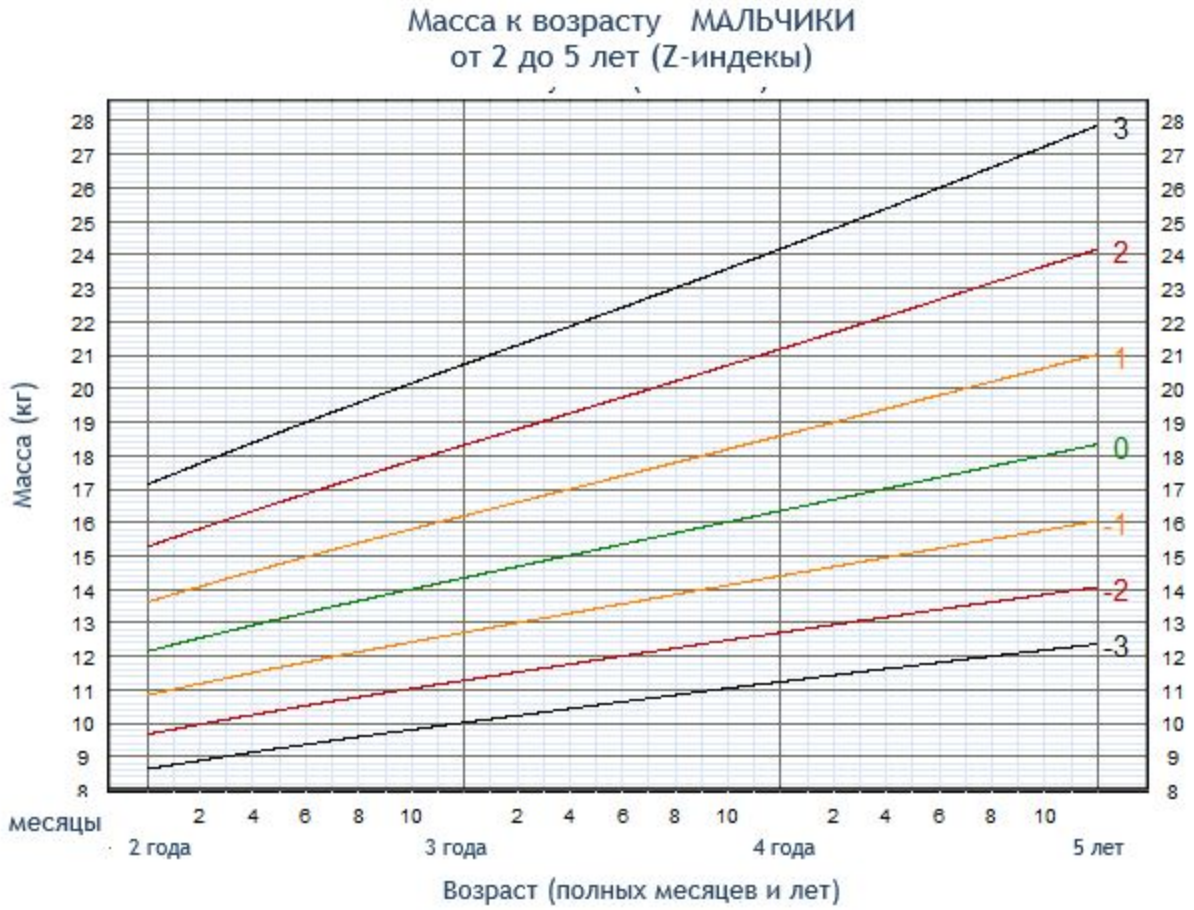
Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)



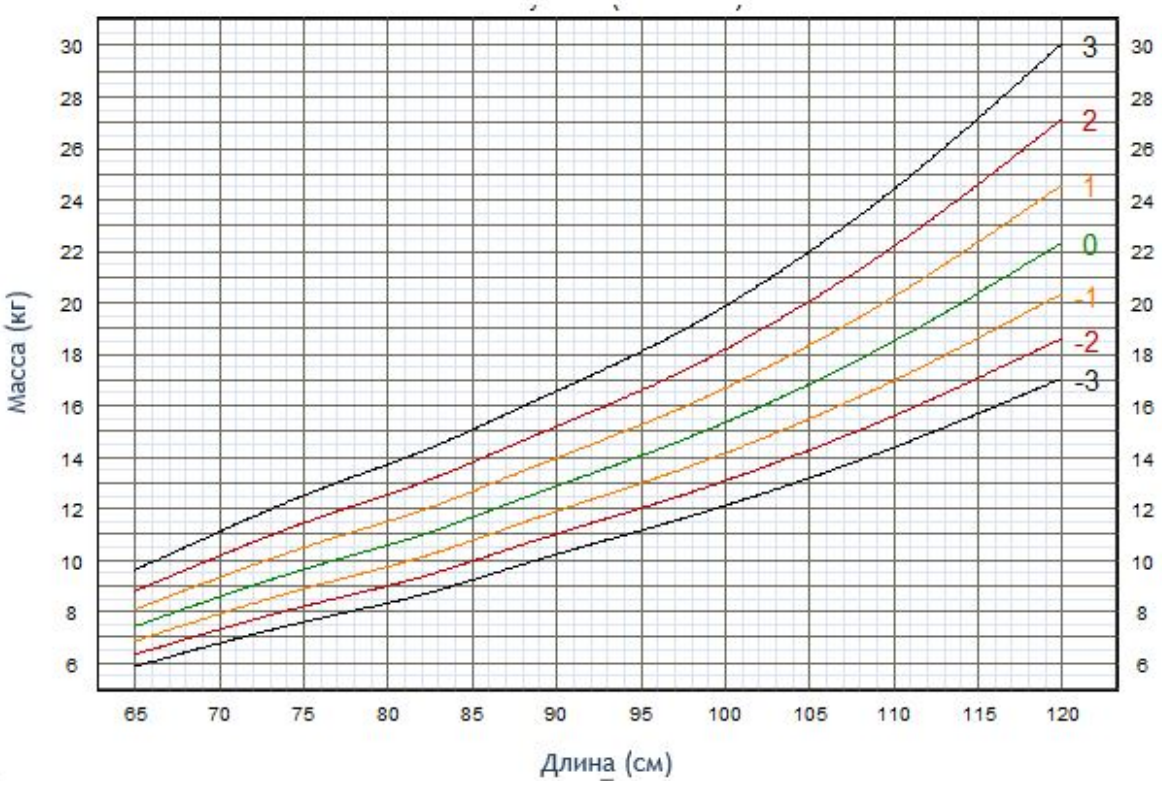

Масса к длине МАЛЬЧИКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)
Масса (кг)
Длина (см)
3
2
1
0
-1
-2
-3
2
4
6
8
10
12
14
16
18
20
22
24
45
50
55
60
65
70
75
80
85
90
95
100
105
110

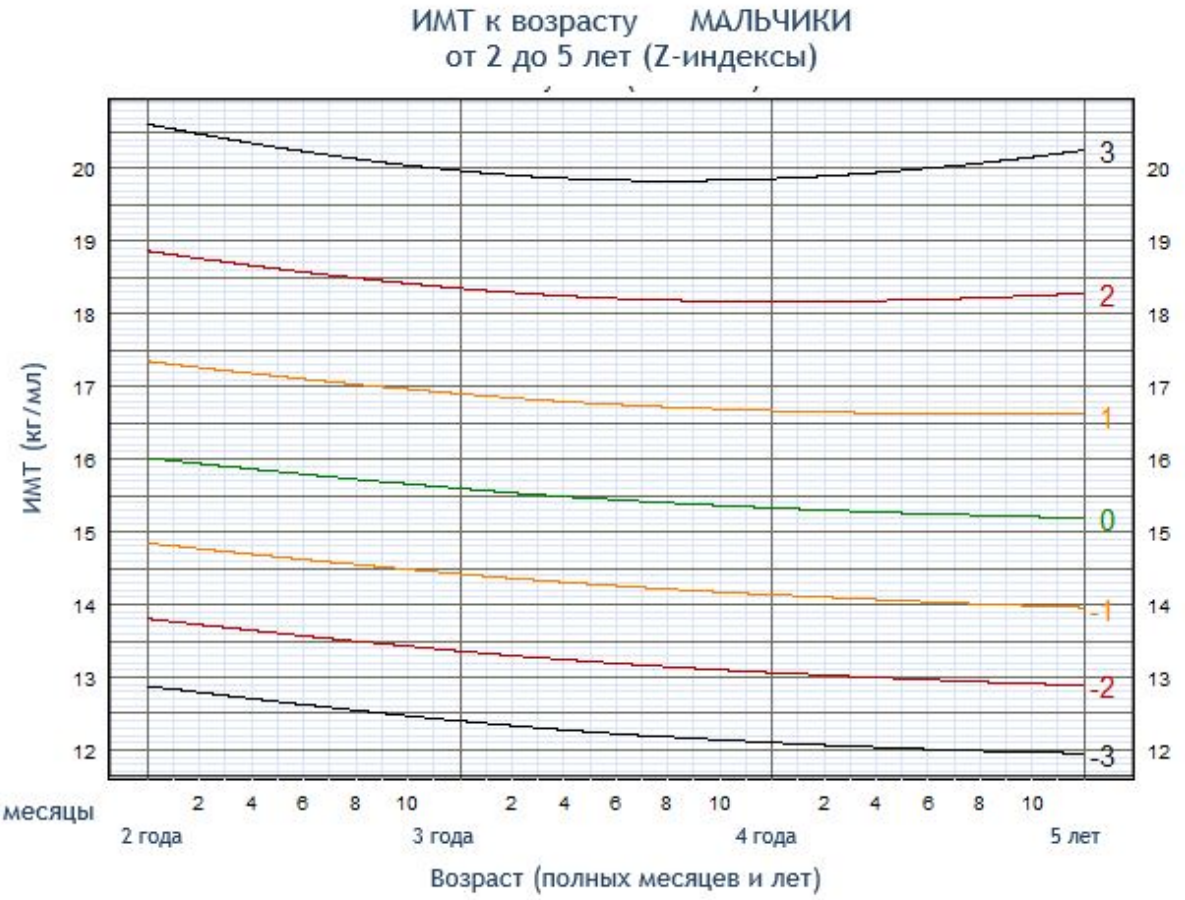

ИМТ к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-значения)
ИМТ (кг/мл)
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
3
2
1
0
-1
-2
-3
месяцы
6 7 8 9 10 11 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
1 год
2 года
Возраст (полных месяцев и лет)


Длина к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 2 до 5 лет (Z-значения)
Длина (см)
120
115
110
105
100
95
90
85
80
3
2
1
0
-1
-2
-3
месяцы
2
4
6
8
10
2 года
3 года
4 года
5 лет
Возраст (полных месяцев и лет)


Масса к возрасту МАЛЬЧИКИ
от 2 до 5 лет (Z-индексы)
Масса (кг)
28
27
26
25
24
23
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
3
2
1
0
-1
-2
-3
месяцы
2
4
6
8
10
2 года
3 года
4 года
5 лет
Возраст (полных месяцев и лет)

Масса к длине МАЛЬЧИКИ
от 2 до 5 лет (Z-индексы)





Дата получения информации из женской консультации_____

Название женской консультации_____

Дата проведения первого дородового патронажа_____

1.	**Ф.И.О. (при его наличии) беременной:**
	Дата рождения и возраст (полных лет)
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Место работы, профессия
	Профессиональная вредность: влажность, запыленность, химикаты, тяжести, другая (подчеркнуть)_____
2.	Биологический анамнез беременной:
	Срок настоящей беременности
	Беременность по счету_____, запланированная, желанная, нежеланная (подчеркнуть)
	Предыдущих беременностей было всего_____, в том числе:

	● закончились родами - ● искусственным прерыванием беременности- ● выкидышем- ● всего детей в семье- ● другая информация о детях в семье (умершие от заболеваний, в каком возрасте, инвалиды детства)_____
	Межродовый интервал при настоящей беременности
3.	Социальный анамнез и здоровье семьи:
	Семья полная, неполная_____
	Образовательный уровень матери_____ отца_____
	Психологический микроклимат в семье: неблагоприятный, благоприятный
	Наличие алкоголизма, наркомании в семье Да_____ нет
	Наличие курящих членов семьи Да_____ нет
	Курящая мать Да_____ нет
	Физическая активность матери низкая, достаточная
	Материальное положение семьи: удовлетворительное, неудовлетворительное (скученность, сырость, холод, малообеспеченность, низкий уровень доходов, другие факторы)
	Санитарная культура семьи: низкая_____достаточная_____
	Наличие заболеваний инфекционных заболеваний в семье (ВИЧ, ИППП, туберкулез, краснуха, другие)_____
	Наличие наследственных заболеваний (какие, степень родства, поколение)_____ _____
	Наличие врожденных пороков развития у других детей да: врожденные пороки сердца, ЖКТ, ЦНС, мочеполовой системы, легких, другие_____ нет
	Флюорография членов семьи (муж): да нет
4.	Состояние здоровья беременной:
	Наличие хронических соматических заболеваний да _____нет
	Наличие экстрагенитальных заболеваний да_____нет
	Наличие осложненной беременности да_____нет
	УЗИ пройдено (в какой срок)_____где_____
	Выявленная патология на УЗИ да_____нет
	АД _____
	Заключение терапевта _____

	Беременность протекает на фоне: ● дефицита массы тела (ИМТ до беременности менее 19) ● нормальной массы тела (ИМТ до беременности 19-24) ● избыточной массы тела (ИМТ до беременности 25-30) ● ожирения (ИМТ до беременности свыше 30)
5	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. Кровотечение из половых путей 2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Прочие сведения:

Заключение

Степень и направленность риска:

● По материально-бытовым условиям и санитарному состоянию жилья: нет риска, умеренный риск, высокий риск

● По вредным привычкам у родителей: нет риска, умеренный риск, высокий риск

● По состоянию здоровья беременной: нет риска, умеренный риск, высокий риск

● По течению настоящей беременности: нет риска, умеренный риск, высокий риск

● По другим факторам:

Кто адресно оповещен о высоких рисках:

Заведующий женской консультацией_____

Заведующий поликлиникой (терапевтическая служба)_____

Другие ведомства или местная власть_____

Рекомендации:

● По соблюдению оптимального режима дня, отдыха, сна, физической активности

● По поддержанию оптимального питания (пирамида питания)

● Профилактическому приему препаратов (железа, фолиевой кислоты, йодсодержащих)

● Профилактика ВИЧ, ИППП и туберкулеза

● О соблюдении личной гигиены и благоустройстве жилья

● О влиянии курения, употребления алкоголя и наркотиков на развитие плода

Медсестра /Фельдшер

Второй дородовый патронаж

Название женской консультации_____

Дата проведения второго дородового патронажа_____

1.	**Ф.И.О. (при его наличии) беременной:**
	Дата рождения и возраст (полных лет)
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Предполагаемое место родов (учреждение)
2.	Состояние здоровья беременной: _____ Наличие осложнений беременности да____нет
3	Наличие инфекционных и хронических больных в близком окружении (в семье, у близких соседей, родственников)
4	Состояние молочных желез
5	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. Кровотечение из половых путей 2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Подготовка уголка новорожденного: Места, кроватки, белья, одежды, предметов ухода
7	Прочие сведения:
Заключение	
● Состояние здоровья беременной удовлетворительное, неудовлетворительное ● Наличие каких-либо вредностей да нет ● Выполнение беременной предшествующих предписаний да, нет ● Семья готова к рождению ребенка да, нет_____	
Рекомендации: ● По подготовке к грудному вскармливанию ● По оптимальному питанию беременной	

- По оптимальной физической активности (прогулки)
- Приглашена в кабинет здорового ребенка для обучения навыкам грудного кормления и ухода за новорожденным
- По подготовке уголка новорожденного и подготовке одежды для роддома

Медсестра /Фельдшер

Карта учета профилактических прививок

Плановая вакцинация

Прививка против:	**Вакцинация или ревакцинация и кратность введения**		**Дата**	**Возраст**	**Доза**	**Серия**	**Способ введения**	**Страна производитель**	**Реакция**	
									местная	общая
Туберкулеза	Вакцинация									
	Результат 1 мес									
	Результат 3 мес									
	Результат 6 мес									
	Результат 1 год									
	1 ревакцинация									
Вирусного гепатита В	Вакцинация	1								
		2								
		3								
Полиомиелита	Вакцинация	1								
		2								

		3								
	1 ревакцинация									
Дифтерии, коклюша, столбняка	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Гемофильной инфекции	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Кори, паротита, краснухи	Вакцинация									
	Ревакцинация									
Вирусного гепатита А	Вакцинация	1								
		2								
Дифтерии, столбняка	1 ревакцинация									
	2 ревакцинация									
	3 ревакцинация									

Внеплановая вакцинация и вновь введенные вакцины

Прививка против:	**Вакцинация или ревакцинация**	**Дата**	**Возраст**	**Доза**	**Серия**	**Способ введения**	**Страна производитель**	**Реакция**	
								местная	общая

Реакция Манту:

Реакция Манту:	**Дата**	**Возраст**	**доза**	**Серия туберкулина**	**Страна-производитель**	**Размер инфильтрата**	**Результат**	**Заключение фтизиатра**

Учет результатов по проведению аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии у детей раннего возраста в организациях ПМСП

Возраст	**Результаты аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии***					
	Правое ухо			Левое ухо		
	"Прошел"	"Не прошел" **	Скрининг не проводился	"Прошел"	"Не прошел" **	Скрининг не проводился
1 месяц						
3 месяца						
6 месяцев						
9 месяцев						
1 год						
1 год 6 месяцев						
2 года						
2 года 6 месяцев						
3 года						
3 года 6 месяцев						

*Результат прохождения ребенком аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии отмечается галочкой в соответствующей графе.

**При результате регистрации отоакустической эмиссии "Не прошел" ребенок направляется в сурдологический кабинет.

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	**Возраст**	**Заключительные (уточненные) диагнозы, впервые установленные, отметить знаком "+"**	**+ –**	**Подпись врача (фамилия разборчиво)**	**Отметка о госпитализации (название стационара, дата) "(с) (по)"**

Записи патронажного наблюдения здорового ребенка

На дому и на приеме

Первичный патронаж новорожденного:

Задачи осмотра новорожденного:

1. удостовериться в нормальной адаптации после рождения

2. проверить на наличие опасных симптомов

3. оценить рост и развитие

4. проверить, нет ли врожденных пороков развития

Дата осмотра___/_____ 20__ Возраст: _____. Температура_____
При рождении Вес: _____ кг. Рост _____см. ИМТ_____Окружность головы_____см
Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	ДА _____ Нет ___ _
Анамнез: Недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Тазовое предлежание; Осложненное течение родов; Реанимация новорожденного ; Судороги в анамнезе; Медикаментозное лечение новорожденного в роддоме; другое …	Оттягощенный анамнез: Да _____ Нет____

Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Проверьте рефлексы (должны быть симметричны): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро; Автоматической походки
Осмотр лица: _____
(симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)
Кожа: _____ (в норме розовая или интенсивно розовая)
Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____
Мышечный тонус _____ (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")
Видимые врожденные пороки _____
_____
Костная система _____
форма головы _____швы _____
большой родничок _____ малый родничок_____
оцените суставы: _____ движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома ; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы
Органы дыхания:_____ Частота дыхания (ЧД) _____ _____ (в норме 30 - 60/мин)
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____;
Пальпация бедренного пульса_____ (в норме симметрично с двух сторон)
Органы пищеварения: живот _____Печень_____ Селезенка _____
Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____
Пуповина_____ (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)
Мочеиспускание _____ (в норме частота не менее 6 раз при адекватном

вскармливании);
Стул _____(в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____	

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :

	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___	

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Проверьте прививочный статус младенца: Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня: Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ_____		Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°С) Гигиена ребенка _____		Проблемы ухода

Оценка здоровья матери: 1.Осмотр молочных желез:	Проблемы
2.Симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите): 1. глубокая тревожность и беспокойство 2. глубокая печаль 3. частые слезы 4. ощущение неспособности заботиться о ребенке 5. чувство вины 6. приступы паники 7. стресс и раздражительность 8. утомляемость и недостаток энергии 9. неспособность к сосредоточению внимания 10. нарушение сна 11. проблемы с аппетитом 12. потеря интереса к сексу 13. ощущение беспомощности и безнадежности 14. антипатия к ребенку	Советы по ведению послеродовой депрессии: 1. позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности 2. рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней 3. создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания 4. чаще прикасаться к ребенку 5. думать о ребенке 6. чаще выходить на улицу и двигаться 7. хорошо питаться 8. заботиться о себе 9. вести дневник 10. если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту
Заключение:	

Рекомендации:

-

Преимущества и практика грудного вскармливания

- Обеспечение исключительно грудного вскармливания
- Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)
- Оптимальное питание матери.
- Личная гигиена матери
- Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Уход за новорожденным, режим прогулок Гигиенические ванны
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).
- Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО)
-

Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания).

-

Другие рекомендации

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому (7-й день)

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы , покраснение, уплотнение	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
- Есть ли трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ - Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :	

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °С) Гигиена ребенка _____		Проблемы Ухода
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери		Проблемы
Заключение:		

Рекомендации:

●

Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

●

Исключительно грудное вскармливание

- Стимуляция психосоциального развития

- Уход за новорожденным, режим прогулок

- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

- Личная гигиена матери.

- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Посещение врачом на дому (14-й день)

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____	
Жалобы матери:	

Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания ; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да ____

	_ Нет _ ___
Кожа: Пуповина_____ Слизистые ротовой полости конъюнктивы_____ Большой родничок _____ Органы дыхания:_____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____ _____; Органы пищеварения: живот _____Печень_____ Селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул	Диагноз :
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :	
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно • Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	

Оцените уход в целях развития • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы развития
Оценка ухода:	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи: по слуху по зрению	Проблемы
Знание матери опасных признаков болезни	Да Нет
Оценка здоровья матери:	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

1. Поощрение исключительно грудного вскармливания

2. Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери.

3. Уход за новорожденным.

4. Стимуляция психосоциального развития

5. Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

6. Правила поведения и уход в случае болезни ребенка

7. Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания.

8. Другое

Врач:

Патронаж медсестры на дому (21-й день)

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее	

дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение		Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления		Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно • Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития

Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°С) Гигиена ребенка _____	Проблемы ухода
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

-

Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

-

Исключительно грудное вскармливание

-

Стимуляция психосоциального развития

-

Уход за новорожденным, режим прогулок

-

Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

-

Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

-

Личная гигиена матери.

-

Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому (28-й день)

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы , покраснение, уплотнение	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ - Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ - Если да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ - Если да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :	

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25° С) Гигиена ребенка _____		Проблемы ухода
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери		Проблемы
Заключение:		

Рекомендации:

●

Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

●

Исключительно грудное вскармливание

- Стимуляция психосоциального развития
- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за
- новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
- Личная гигиена матери.
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка 1 месяца жизни на приеме врачом и медсестрой

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____ Окружность головы ____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**
Жалобы матери:
Осмотр ребенка Кожа: Пуповина_____

Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ Большой родничок _____ Органы дыхания:_____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____ _____; Органы пищеварения: живот _____печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул	Диагноз:
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :	
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет __ _ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

	• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц____ мм И периферических лимфоузлов _____		Визит для следующей прививки_____ ____ Дата_____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям		Доза длительность
Психомоторное развитие: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?		Не отстает Отстает на _____ _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: 1.Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику 2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком 3. Знает ли мать признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги ; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение		Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.		Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи • Возможная глухота или проблемы со зрением • Ребенок не вступает в контакт. • Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.		Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для

• Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) • Плохой аппетит.	выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери: Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

• Практика исключительно грудного вскармливания.

• Оптимальное питание матери.

• Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

• Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

• Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

• Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 1 до 2 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;	

12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы , покраснение, уплотнение		Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления		Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно • Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее		

25 °C) Гигиена ребенка _____	Проблемы Ухода
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери	Проблемы
Заключение: Рекомендации врача выполняются или нет	Да __ Нет___

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Медсестра:

Осмотр ребенка 2 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы ____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Пуповина_____ Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ Большой родничок _____ Органы дыхания:_____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____ _____; Органы пищеварения: живот _____печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул	Диагноз:
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
-	

Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ ● Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ ● Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз ● Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ ● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ ● Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет __ _ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2		Визит для следующей прививки_____ ____ Дата_____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Доза длительность

Психомоторное развитие: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?	Не отстает Отстает на _____ _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: 1.Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику 2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком 3. Знает ли мать признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги ; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение.	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Возможная глухота или проблемы со зрением ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери: Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач/фельдшер:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 2 до 3 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ •	

Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°С) Гигиена ребенка _____		Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери Консультация по вопросам планирования семьи		Проблемы
Заключение: Рекомендации врача выполняются или нет		Да___- Нет___

Рекомендации:

●

Практика исключительно грудного вскармливания.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в возрасте 3 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка 3 месяцев жизни на приеме врача

<table>
<tr><td colspan="3">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____
Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см
Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Жалобы матери:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Осмотр ребенка
Кожа:
Состояние периферических лимфоузлов
Слизистые ротовой полости Зев
конъюнктивы_____
____
Большой родничок _____
_____
Органы дыхания:_____
_____ Частота дыхания _____
Органы ССС: частота сердечных сокращений (
ЧСС)_____ Сердечный ритм _____
_____; Сердечные шумы_____
;
Органы пищеварения: живот _____печень
_____ селезенка _____
Мочеиспускание _____; Стул</td><td>Диагноз:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Определите, есть ли проблемы кормления</td><td>Проблемы питания</td></tr>
<tr><td colspan="2">● Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ___
__ Нет_____
● Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____
● Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
● Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____
● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?
Да__ Нет __
● Если Да, как часто? _____ раз в сутки
и чем
пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____
чашкой и ложкой</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :</td></tr>
<tr><td></td><td>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать</td><td></td></tr>
</table>

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца_____ мм Оценка состояния периферических лимфоузлов		Визит для следующей прививки_____ ____ Дата_____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Доза длительность
Психомоторное развитие: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?		Не отстает Отстает на _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: ●		

Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить , не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери:	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

●

Практика исключительно грудного вскармливания.

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 3 до 4 месяцев

<table>
<tr><td colspan="3">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">Оцените признаки опасности:
●
Может ли ребенок пить или сосать грудь?
●
Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
●
Были ли судороги?
●
Летаргичен или без сознания?</td><td>Да __
Нет____</td></tr>
<tr><td colspan="2">Определите, есть ли проблемы кормления</td><td>Проблемы питания</td></tr>
<tr><td colspan="2">●
Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____
●
Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____
●
Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
●
Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____
●
Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____
●
Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :</td></tr>
<tr><td>Оцените кормление грудью:</td><td>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты .
●
Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:
- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___
- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___</td><td></td></tr>
</table>

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°С) Гигиена ребенка _____		Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери		Проблемы
Заключение: Выполняются рекомендации врача		Да____ Нет

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 4 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка 4 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ ____	

<table>
<tr><td colspan="2">Большой родничок _____
_____
Органы дыхания:_____
_____ Частота дыхания _____
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____
_____; Сердечные шумы_____
;
Органы пищеварения: живот _____печень _____ селезенка _____
Мочеиспускание _____; Стул</td><td>Диагноз:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Определите, есть ли проблемы кормления</td><td>Проблемы питания</td></tr>
<tr><td colspan="2">●
Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ___ __ Нет_____
●
Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____
●
Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
●
Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____
●
Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __
●
Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем
пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :</td></tr>
<tr><td>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение</td><td>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.
●
Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:
- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___
- Рот широко раскрыт Да ___ Нет __ _
- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта
Да ___ Нет __</td><td></td></tr>
</table>

последнего часа?	Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 и 3 месяца _____ мм		Визит для следующей прививки_____ ____ Дата_____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Доза длительность
Психомоторное развитие: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?		Не отстает Отстает на _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить , не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)		Проблемы ухода

Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери:	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

Врач:

Медсестра

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 4 до 5 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности:	

• Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой:_____ чашкой и ложкой _____	

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты . • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно • Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы

Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°С) Гигиена ребенка _____	Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

-

Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в возрасте 5 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ ____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ ; Органы пищеварения: живот _____печень _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул	Диагноз:
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
-	

Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ___ __ Нет_____ ● Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ ● Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз ● Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ ● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ ● Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет __ _ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня		

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3	Визит для следующей прививки_____ ____ Дата_____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Доза длительность
Психомоторное развитие: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить , не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

Оценка питания и здоровья матери:	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

-

Практика исключительно грудного вскармливания.

-

Оптимальное питание матери.

-

Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

-

Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

-

Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

-

Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 5 до 6 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз •	

Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ ● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ ● Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при Кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты . ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее25°С) Гигиена ребенка _____		Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери		Проблемы
Заключение: Рекомендации выполняются		Да__Нет ___

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Приглашен на прием к врачу в возрасте 6 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ _____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет__ ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители	

грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм Состояние периферических лимфоузлов	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком	Проблемы ухода

Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Другое

Врач:

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности:	

• Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
5. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 6. Сколько перекусов за день? _____ _____ 7. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 8. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: • Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____	

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет _____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет __ __ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: • Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям • Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком • Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи • Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения • Частые движения головой (возможно заболевания уха) • Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь • Отказ от груди или другой пищи • Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

-

Продолжение грудного вскармливания

-

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

-

Оптимальное питание матери.

-

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 7 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ _____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да_____ Нет_____	
Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ Какое количество пищи съедает за один прием ? _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой ___	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья	

и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Продолжение грудного вскармливания

●

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

  Врач:

  Медсестра:

  Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 7 до 8 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____

Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____	

• Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет __ __ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: • Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям • Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком • Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи • Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения • Частые движения головой (возможные заболевания уха) • Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь • Отказ от груди или другой пищи	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения

• Ребенок не вступает в контакт.	специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

•

Продолжение грудного вскармливания

•

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

•

Оптимальное питание матери.

•

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

•

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

•

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

•

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в возрасте 8 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ _____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок

Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ Какое количество пищи съедает за один прием ? _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без	

сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Продолжение грудного вскармливания

●

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

  Врач:

  Медсестра:

  Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 8 до 9 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____

Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
4 Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 5 Сколько перекусов за день? _____ 6 Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 7 Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 8. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 9. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____	

• Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней 10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет _ ___ 11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: • Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям • Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком • Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи • Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения • Частые движения головой (возможные заболевания уха) • Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь • Отказ от груди или другой пищи	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения

• Ребенок не вступает в контакт.	специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

•

Продолжение грудного вскармливания

•

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

•

Оптимальное питание матери.

•

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

•

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

•

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

•

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в 9 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ _____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок

Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ●	

Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Продолжение грудного вскармливания

●

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 9 до 10 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ●	

Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

• Отказ от груди или другой пищи • Ребенок не вступает в контакт.	
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в 10 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом и медсестрой на приеме

<table>
<tr><td colspan="2">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____
Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см
Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Жалобы матери:</td></tr>
<tr><td>Осмотр ребенка
Кожа:
Состояние периферических лимфоузлов
Слизистые ротовой полости Зев
Конъюнктивы _____
_____
Большой родничок _____
_____
Органы дыхания:_____
_____ Частота дыхания _____
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____
_____; Сердечные шумы_____
__;
Органы пищеварения: живот _____
печень_____ селезенка _____
Мочеиспускание _____ Стул</td><td>Диагноз:</td></tr>
<tr><td>Оценка ухода в целях развития
Как Вы играете с Вашим ребенком?
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</td><td>Проблемы ухода для развития</td></tr>
<tr><td>Оценка психомоторного развития:
До=
Др=</td><td></td></tr>
</table>

Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	

Визит для следующей прививки_____

Проверьте прививочный статус:
Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня
Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1
Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3
ОПВ-3
ОПВ-0
Корь + краснуха + паротит
Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм

	__ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 10 до 11 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____	

Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет __ __ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения	

• Частые движения головой (возможные заболевания уха) • Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь • Отказ от груди или другой пищи • Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в 11 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ _____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:

Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня	

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Приглашен на прием к врачу в возрасте 12 месяцев

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 11 до 12 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: Может ли ребенок пить или сосать грудь? Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? Были ли судороги? Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикриз ный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	

1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет __ __ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Продолжение грудного вскармливания

●

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

●

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в 12 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 12 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ _____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____	Диагноз:

__; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул Тревожные признаки, требующие специализированной помощи: по слуху по зрению	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на ____ эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ●	

Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет _____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы Ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от пищи	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	

Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежеквартальный осмотр на приеме у врача.

- Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов.

- Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог.

Врач:

Медсестра:

Лист профилактического осмотра 1 год

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 3 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Жалобы матери:**	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Диагноз:

Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня	

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от еды	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

-

Оптимальное питание матери.

-

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 3 месяцев

врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания __ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет__ ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ __	

Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ Какое количество пищи съедает за один прием ? _____ мл. ● Какова густота пищи? Густая _____ Ежемесячный осмотр на приеме у врача _____ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от еды	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

●

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

●

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

●

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 6 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Жалобы матери:**	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
7. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 8. Сколько перекусов за день? _____ _____ 9. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 10. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 11. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 12. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ●	

Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от еды	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 6 месяцев врачом

и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов	

Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы__ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания __ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
• Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ __ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ Какое количество пищи съедает за один прием ? _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ На прошлой неделе ребенок ел: o Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ o	

Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ o Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да __ __ Нет ____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ___	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от пищи	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

-

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

-

Оптимальное питание матери.

-

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 9 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Жалобы матери:**	
Оцените признаки опасности: Может ли ребенок пить или сосать грудь? Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? Были ли судороги? Летаргичен или без сознания?	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	

Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ ___ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи • Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение • Не смотрит на движущие предметы • Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц • Нет аппетита, отказывается от еды	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

<table>
<tr><td colspan="2">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____
Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см
Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Жалобы матери:</td></tr>
<tr><td>Осмотр ребенка
Кожа:
Состояние периферических лимфоузлов
Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы
Органы дыхания:_____
_____ Частота дыхания __
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____
_____; Сердечные шумы_____
__;
Органы пищеварения: живот _____
печень_____ селезенка _____
Мочеиспускание _____ Стул</td><td>Диагноз:</td></tr>
<tr><td>Оценка ухода в целях развития
Как Вы играете с Вашим ребенком?
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</td><td>Проблемы ухода для развития</td></tr>
<tr><td>Оценка психомоторного развития:
До=
Др=
Ра=</td><td></td></tr>
</table>

Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: 7. Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ 8. Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ 9. Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____

Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от пищи	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

●

Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача в 24 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь?	

• Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да____нет_____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпик ризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____	
• Сколько основных приемов пищи в день? ____ _____ • Сколько перекусов за день? _____ ___ • Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ • Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. • Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ • На прошлой неделе ребенок ел: • Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ •	

Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней ● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) ●	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения

Плохой аппетит	специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача, лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание	

1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____	
• Сколько основных приемов пищи в день? _____ _____ • Сколько перекусов за день? _____ __ • Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ • Какое количество пищи съедает за один прием ? _____ мл. • Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ • На прошлой неделе ребенок ел: • Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ • Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ • Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да __ __ Нет _____ сколько дней • Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ • Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: • Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья	

и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

●

Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие до 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Врач:

Лист профилактического осмотра в 2 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет 6 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? •	Да_____Нет_____

Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____	
● Сколько основных приемов пищи в день? ____ _____ ● Сколько перекусов за день? _____ ___ ● Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ ● Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. ● Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ ● На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней ● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____	

● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	

Заключение: :	

-

Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

-

Оптимальное питание матери.

-

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Оцените физическое развитие, используя графики :**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____	
• Сколько основных приемов пищи в день? _____ _____ •	

Сколько перекусов за день? _____ __ ● Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ ● Какое количество пищи съедает за один прием ? _____ мл. ● Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ ● На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да __ __ Нет ____ сколько дней ● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ●	Проблемы ухода

Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев.

Врач:

Патронаж медсестры на дому ребенка в возрасте 3 лет

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да_____Нет_____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития

Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____	
• Сколько основных приемов пищи в день? ____ _____ • Сколько перекусов за день? _____ ___ • Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ • Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. • Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ • На прошлой неделе ребенок ел: • Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней • Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ • Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2	

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Нет интереса к игре. ● Часто падает. ● Трудности с манипулированием мелкими предметами. ● Проблемы с пониманием простых обращений. ● Неспособность формулировать простые предложения. ● Отсутствие или незначительный интерес к еде.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола).

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача в 3 года, лабораторные исследования, консультация специалистов в 3 года.

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____
Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____
Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ___	
• Сколько основных приемов пищи в день? _____ _____ • Сколько перекусов за день? _____ __ • Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ • Какое количество пищи съедает за один прием ? _____ мл. • Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ •	

На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Нет интереса к игре. ● Часто падает.	

• Трудности с манипулированием мелкими предметами. • Проблемы с пониманием простых обращений. • Неспособность формулировать простые предложения. • Отсутствие или незначительный интерес к еде.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача, лабораторные исследования, консультация специалистов в 4 года.

Врач:

Лист профилактического осмотра 3 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 4 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 5 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 6 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 7 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 8 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 9 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 10 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 11 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 12 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 13 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 14 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Переводной эпикриз в подростковый кабинет

Записи по поводу болезни ребенка
Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Имя_____Возраст_____Вес (кг)_____

Температура_____

Спросите: какие проблемы есть у ребенка_____ Первичный визит?___Повторный визит?_____

Оцените (обведите имеющиеся признаки): классифицируйте
Оцените (обведите имеющиеся признаки): классифицируйте

Ищите: очень тяжелое заболевание или местную бактериальную инфекцию		
Спросите:	Осмотрите, послушайте, ощутите: ● Сосчитайте число дыханий в минуту _____ Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание_____ ● Ищите выраженное втяжение грудной клетки ●	

• Наблюдаются ли трудности при кормлении • Есть ли у младенца судороги ?	Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь • Осмотрите движения младенца . Двигается ли он только при стимуляции? Остается ли он без движения даже при стимуляции? • Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? • Ищите кожные гнойнички	
Ищите возможную желтуху:	Да _____ Нет _____	
Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	Осмотрите и ощутите: Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Спросите: есть ли у младенца диарея?	Да._____ Нет _____	
Если да, спросите: • Как долго?___дней • Есть ли кровь в стуле?	Осмотрите и ощутите: • Посмотрите на общее состояние младенца: Двигается ли он только при стимуляции? Остается без движения даже при стимуляции? Беспокоен или болезненно раздражим? • Ищите запавшие глаза • Проверьте реакцию кожной складки. Складка расправляется Очень медленно (больше 2 секунд)? Медленно (до 2 секунд)?	
Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар		
Проверьте: есть ли проблемы кормления или низкий вес		
Спросите: • Ребенок кормится грудью? Да __ Нет__ • Если да, сколько раз за 24 часа?___ •	• Определите соответствие веса к возрасту : Низкий____ Не низкий____	

Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да_____ _____Нет___ ● Если да, как часто?____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)_____	
ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. (Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова). ● Способен ли младенец брать грудь? Ищите признаки правильного прикладывания: 1. Подбородок касается груди Да__Нет__ 2. Рот младенца широко открыт Да__Нет__ 3. Нижняя губа вывернута наружу Да__Нет __ 4. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да__Нет__ Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Сосет неэффективно Сосет эффективно Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
Проверьте прививочный статус младенца: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ_____ Гепатит В2_____ АКДС 1_____ HIB 1_____ ОПВ 1		Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оцените другие проблемы:		

Лечение:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит_____

Объясните, когда вернуться немедленно____

Диагноз по МКБ_____

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

- _____№ рецепта
- _____№ рецепта
- _____№ рецепта
- _____№ рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ________20__ Возраст _____Вес_____ Температура_____ Визит: первичный_ повторный__ Жалобы:	**Общие признаки опасности: Да____ Нет____**
Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2.Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3.Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да___Нет___ Как долго?_____Число дыханий в минуту____Учащенное дыхание Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Есть ли у ребенка диарея? Да___Нет____ Как долго____Есть ли кровь в стуле_____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да___Нет___ Как долго?_____Если более 5 дней. Каждый день?____ Болел ли корью	

последние 3месяца___ Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта (Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___ Есть ли гнойные выделения из уха. Их длительность более 14 дней Есть болезненное припухание за ухом	
Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___ Нет___ Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы	
Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп____	
Оцените питание (если не направляется в стационар): Кормится ли грудью да___нет___Если да. то сколько раз за сутки____Кормите ли ночью. Да____Нет___ Получает ли другую пищу или жидкость Да___ Нет___ Если Да, то какую пищу и жидкости_____ _____ _____ Сколько раз в день_____Чем пользуются при кормлении_____ Объем одной порции_____ Активное кормление Да _____ Нет_____ Изменилось ли кормление во время болезни. Да____Нет____ Если да, то как _____ _____	Проблемы питания
Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая_____ _____ локализация_____ ____ _____ Зудящая Не зудящая; Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое_____ _____ Где_____Конъюнктива глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____ Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум_____ ЧСС _____ _____ Пульсация вен шеи. Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое_____ _ Печень размеры: _____Селезенка: размеры _____см. Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры___ _____см. Изменения со стороны черепно-мозговых нервов_____ _____ Парезы, параличи _____ _____ Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)_____ _____ _____ Дизурические явления:_____	

_____ Другое_____ _____	

Лечение

Рекомендации по питанию:

Последующий визит_____
Объясните, когда вернуться немедленно___
Диагноз по МКБ_____

Решение по ИВБДВ:
1. Срочно госпитализировать, лечение перед направлением
_____
2. Лечить дома с назначением препаратов
(название, доза, кратность, длительность)
_____№ рецепта
_____№ рецепта
_____№ рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)
Вкладной лист истории развития ребенка №_____

Паспорт ребенка с нарушением слуха

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

Дата рождения _____ Возраст на момент обследования _____

ИИН |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Место жительства: область _____

Район_____ город (село)_____

Улица _____ дом № _____ корп._____ кв._____

телефон домашний_____ телефон сотовый_____

Диагноз:_____
_____

_____
_____

Анамнез
Перитонеальный анамнез

Беременность _____ Особенности протекания _____

Роды _____ в _____ недель. Особенности протекания родов _____

Наличие факторов риска по тугоухости: гестоз/ токсикоз/ угроза прерывания беременности/ резус-конфликт матери и плода/перенесенные инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности _____/ототоксические препараты, применяемые матерью во время беременности и ребенком _____/ анемия/ сахарный диабет/ тиреотоксикоз/асфиксия новорожденного/внутричерепная родовая травма/гипербилирубинемия (более 20 ммоль/л)/ гемолитическая болезнь новорожденного/масса тела при рождении менее 1500 граммов/низкий балл по шкале Апгар_____/гестационный возраст более 40 недель (переношенность)/реанимация и интенсивная терапия ребенка после рождения/возраст матери более 40 лет (поздние роды)

_____

Проводился ли аудиологический неонатальный скрининг слуха:

в организации родовспоможения: да/нет, результат_____

в организации ПМСП: да/нет, результат_____

Слуховой анамнез

Нарушение слуха замечено до овладения речью/после овладения речью/в связи с задержкой развития речи в возрасте _____.

Когда и где впервые выставлен диагноз_____

Предполагаемая причина нарушения слуха: неизвестна/наследственная/приобретенная

Менингитом не болел/ болел_____

Получал ли ототоксические препараты: нет/да, какие_____в возрасте_____

при лечении _____

Есть ли родственники с нарушением слуха: нет/да_____

Болел ли оитом: нет/да_____

Имеет ли инвалидность по слуху: не имеет/имеет с возраста _____

Место обучения ребенка _____

Вид слухопротезирования

1. Слуховой аппарат (СА)

Протезированное ухо: левое / правое / бинаурально _____

Вид СА: аналоговый / цифровой _____

Вид ушного вкладыша _____

С какого возраста использует СА _____

2. Система кохлеарной имплантации

Название импланта _____ Вид электрода _____

Название речевого процессора _____

Имплантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции _____ Дата подключения _____

В какой клинике проведена операция _____

3. Система имплантации среднего уха

Название импланта _____ Название аудиопроцессора _____

Имплантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции _____ Дата подключения _____

В какой клинике проведена операция _____

Настройка

(слухового аппарата / речевого процессора системы кохлеарной имплантации /

аудиопроцессора системы имплантации среднего уха)

Дата настроечной сессии_____

Место проведения настройки _____

Ф.И.О. врача-сурдолога, контактный телефон _____

Средство слухопротезирования использует постоянно/иногда/только на занятиях_____
___

Эффективность: помогает/мало помогает/не помогает

Условия коррекционно-педагогической помощи

Наличие специальной помощи по месту жительства_____

Количество индивидуальных занятий в неделю _____

Частота, регулярность занятий дома_____

Особенности настройки

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Оценка слухового восприятия	Оценка развития речи
1 – отсутствие реакции на звуки 2 – наличие реакции на звуки 3 – распознавание неречевых звуков 4 – распознавание звуков речи без считывания с губ	0 – отсутствие речи 1 – лепет 2 – использование нескольких простых слов 3 – односложные предложения 4 – предложения из 2-х слов

5 – распознавание отдельных слов 6 – фразы 7 – понимание речи без считывания с губ 8 – понимание разговора по телефону	5 – предложения из 3-х слов 6 – сложные предложения 7 – сложные предложения с простыми рассказами 8 – полностью "беглая" речь

Рекомендации

1. Речевая среда

Постоянное ношение _____

2. Наблюдение за реакциями ребенка на разные звуки.

3. Регулярные (ежедневные) занятия ребенка дома с родителями.

4. Индивидуальные занятия с сурдопедагогом, логопедом, психологом по месту жительства.

5. Развитие слуха и речи родителями в ситуациях бытового общения.

Настройка через _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись врача _____

Сурдопедагогическое обследование настройки

(слухового аппарата/речевого процессора системы кохлеарной имплантации/аудиопроцессора системы имплантации среднего уха)

Дата _____

Место проведения обследования _____

Ф.И.О. сурдопедагога, контактный телефон _____

Особенности слухового восприятия

Сформированность УДР: сформирована / не сформирована

Различение градаций громкости звуков тихо – хорошо – громко: сформирована / не сформирована

Расстояние стабильных реакций

Звуки	**Неречевые**	**Речевые**
низкочастотные громкие		
низкочастотные тихие звуки		
среднечастотные громкие звуки		
среднечастотные тихие звуки		
высокочастотные громкие звуки		
высокочастотные тихие звуки		
шепотная речь		
голос разговорной громкости		

Различение

Звуков		**Слов**		**Фраз**	
гласных	согласных	в закрытом выборе	в открытом выборе	в закрытом выборе	в открытом выборе
		с разной слоговой структурой	с разной слоговой структурой		
		с одинаковой слоговой структурой	с одинаковой слоговой структурой		
		отличающихся одним звуком	отличающихся одним звуком		

Различение предложений_____

Понимание обращенной речи_____

Понимание разговора по телефону_____

Рекомендации (нужное выделить, дополнить)

1. Развитие УДР на звук_____

2. Формирование понятия градации звука по громкости_____

3. Развитие внимания на окружающие звуки_____

4. Формирование навыков по:

дифференциации звуков (гласных, согласных в слогах, в словах)_____

различению слов с разной/одинаковой слоговой структурой_____

различению фраз _____

различению предложений _____

пониманию прочитанного текста_____

5. Развитие слухового внимания к тихим звукам_____

6. Формирование речевого самоконтроля_____

7. Работа над дыханием _____

8. Артикуляционная гимнастика_____

9. Работа над мимической мускулатурой_____

10. Работа над голосом_____

_____
_____
_____
_____

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 112/е -қ нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 112/у –д утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 112/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

История развития ребенка
(девочка)
№_____

Группа крови _____
Резус принадлежность _____

1. Фамилия _____ Имя _____

Отчество (при его наличии)_____

2. ИИН_____

3. Дата рождения: число _____ месяц_____ год _____

4. Код КАТО: _____

5. Место жительства: (район) _____ (город, село) _____

_____ (улица) _____ дом _____ кв _____

6. Контактные телефоны _____

Дата взятия на учет в данной организации	Откуда прибыл	Дата снятия	Адрес выбытия

7. Организованность:

Дата_____Название учреждения_____

Дата_____Название учреждения_____

Дата_____Название учреждения_____

Дата_____Название учреждения_____

Дата_____Название учреждения_____

Сведения о семье:

Родители и дети Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	**Год рождения**	**Место работы, должность, телефон (для детей - детская организация)**	**Наличие хронических заболеваний**
Мать			
Отец			
Дети			

Сведения о новорожденном:

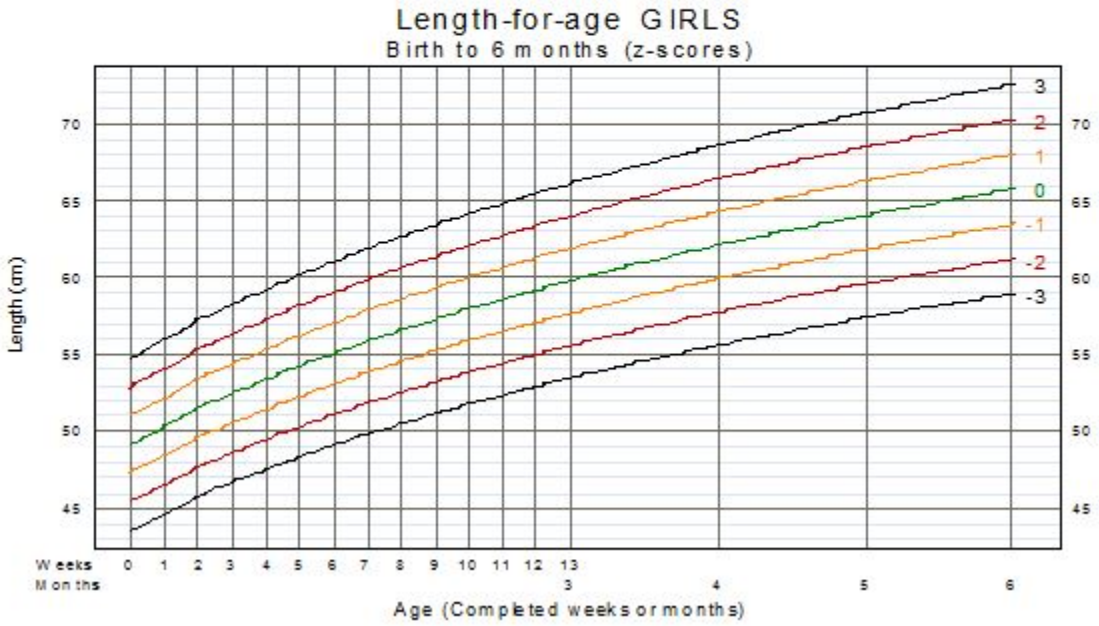
Дата выписки из роддома №_____ Адрес роддома_____ _____		**Дата получения извещения о новорожденном из роддома №_____**	
Число, месяц, год	День жизни	Число, месяц, год	День жизни

Вес при рождении_____ Рост при рождении_____ ИМТ_____ Окружность головы_____ Оценка физического развития: _____	Место для приклеивания обменной карты

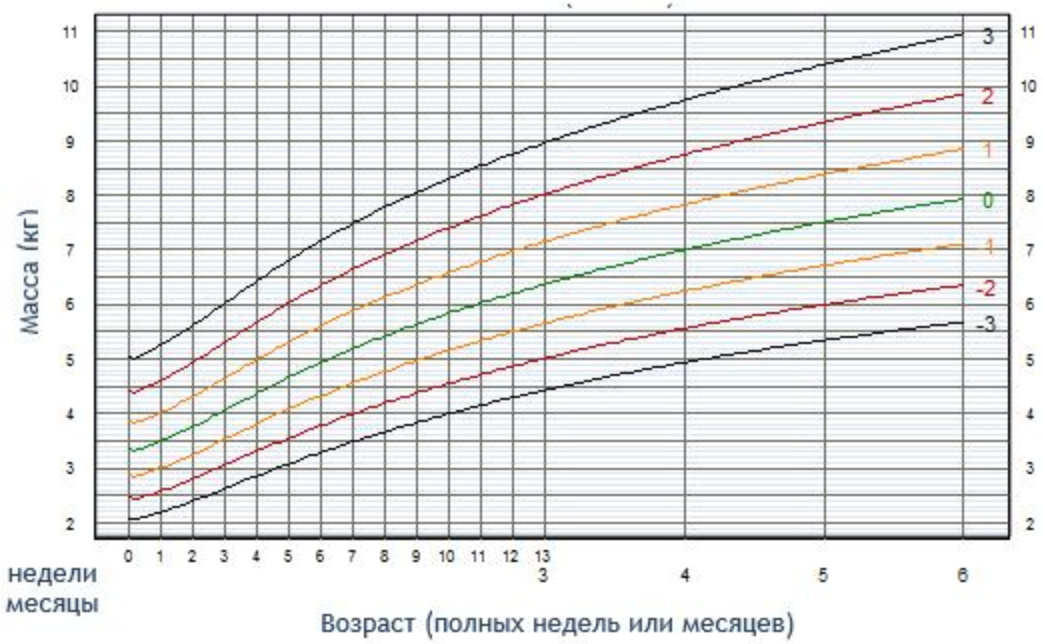
Скрининг на наследственную патологию

№	Наименование	Дата забора крови, дата аудиологического скрининга	Результат
1	ФКУ (фенилкетонурия)		
2	ВГ (врожденный гипотиреоз)		
3	Аудиологический скрининг		

Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)



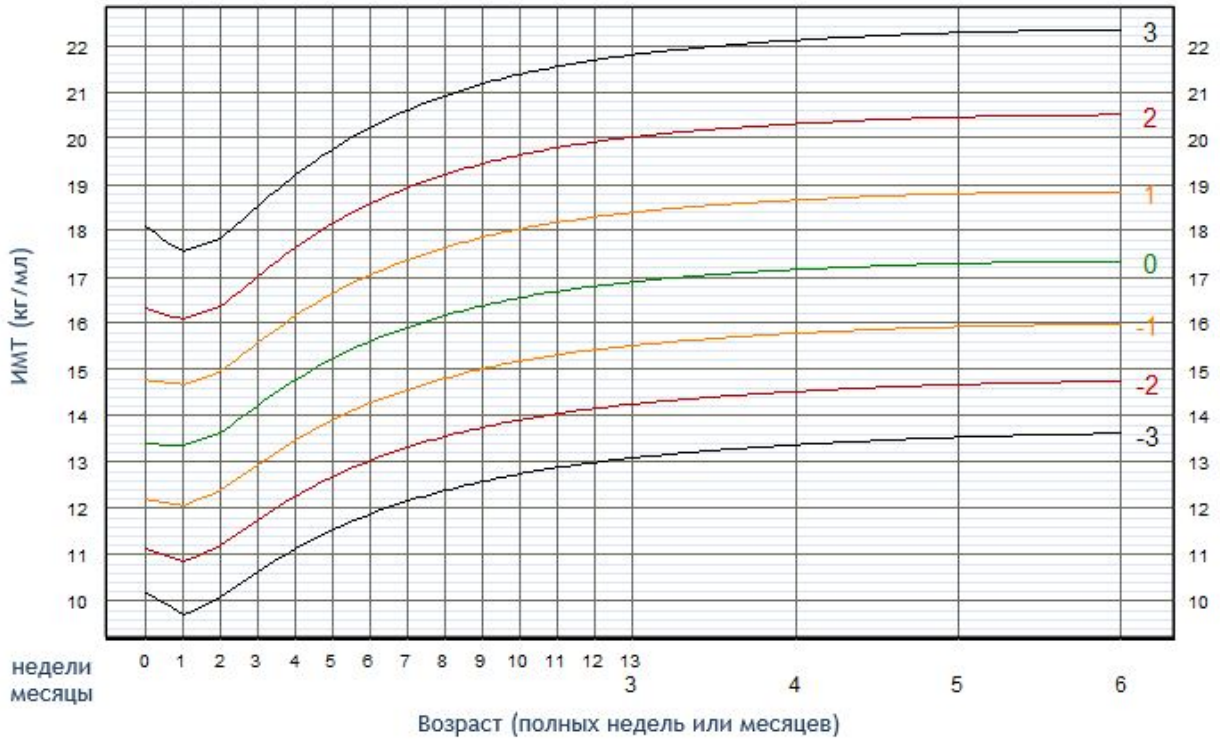
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)

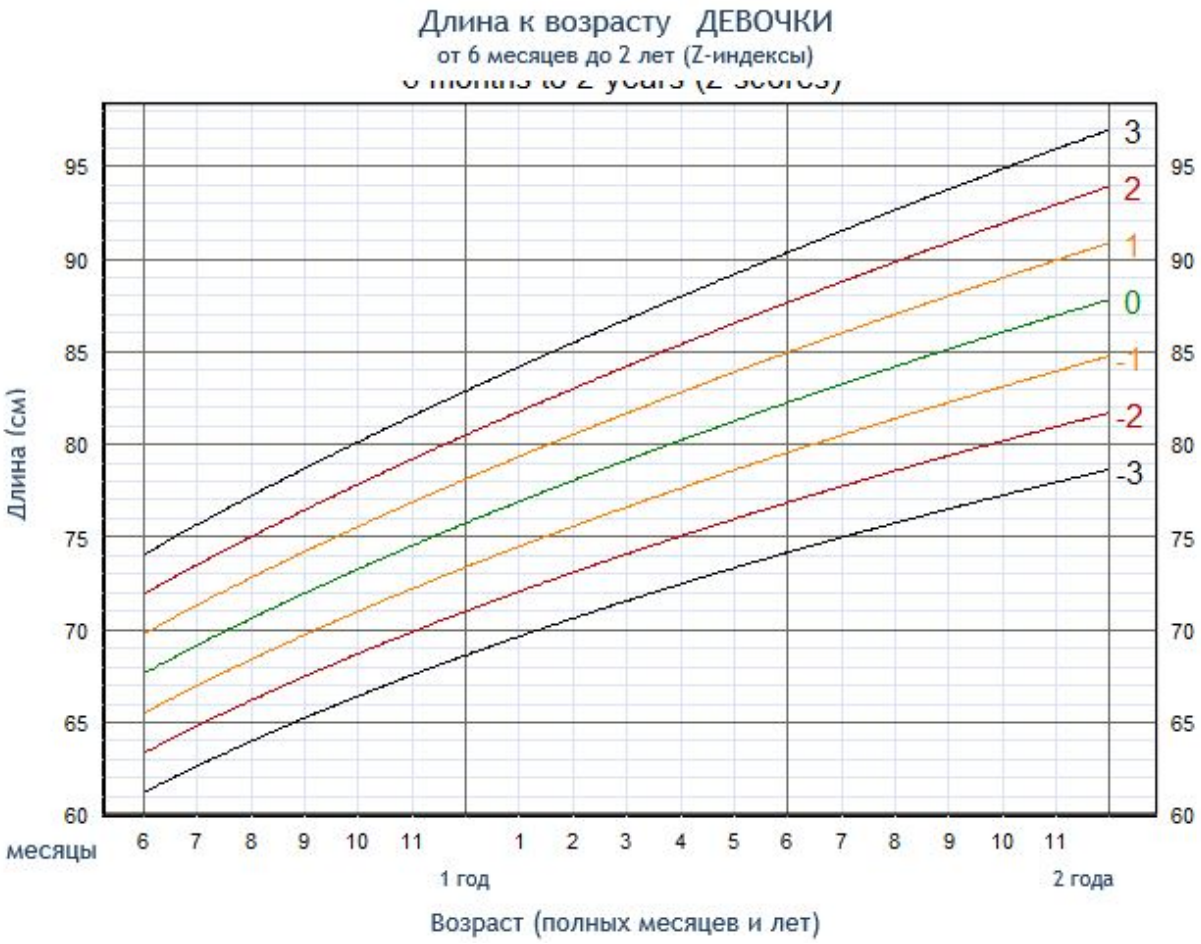


Масса к длине ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)

ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ

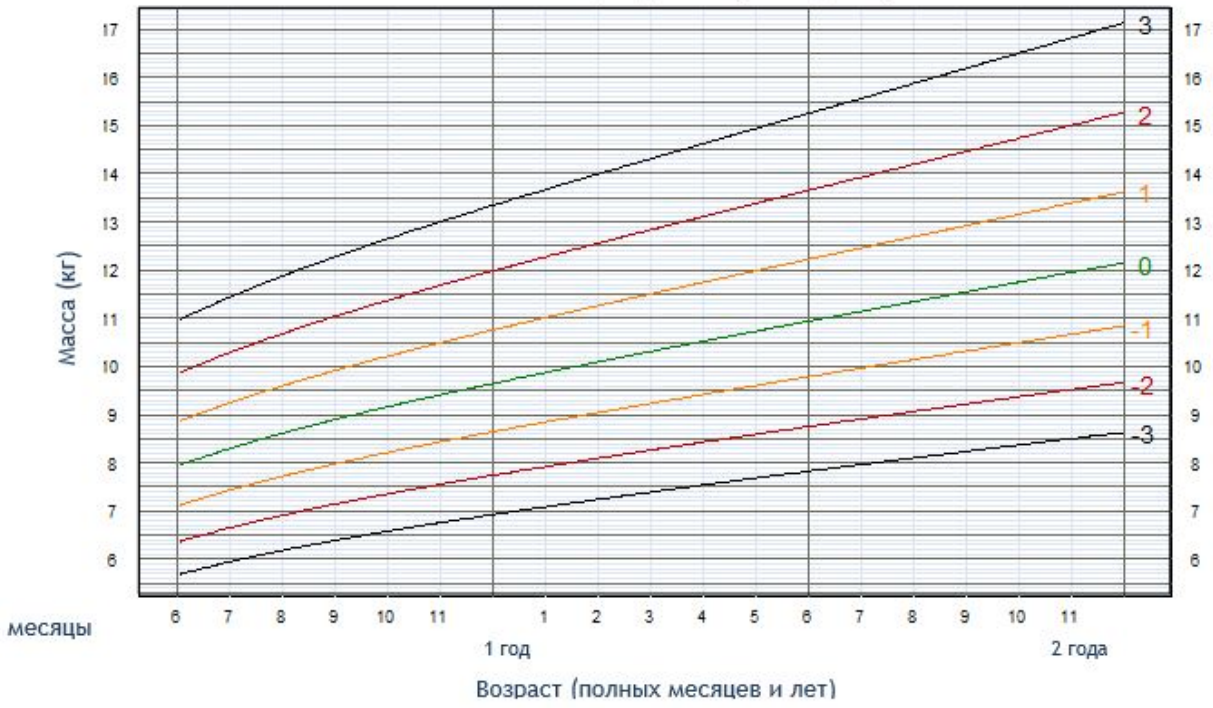
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)




Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)
Длина (см)
95
90
85
80
75
70
65
60
3
2
1
0
-1
-2
-3
месяцы
6 7 8 9 10 11 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
1 год
2 года
Возраст (полных месяцев и лет)

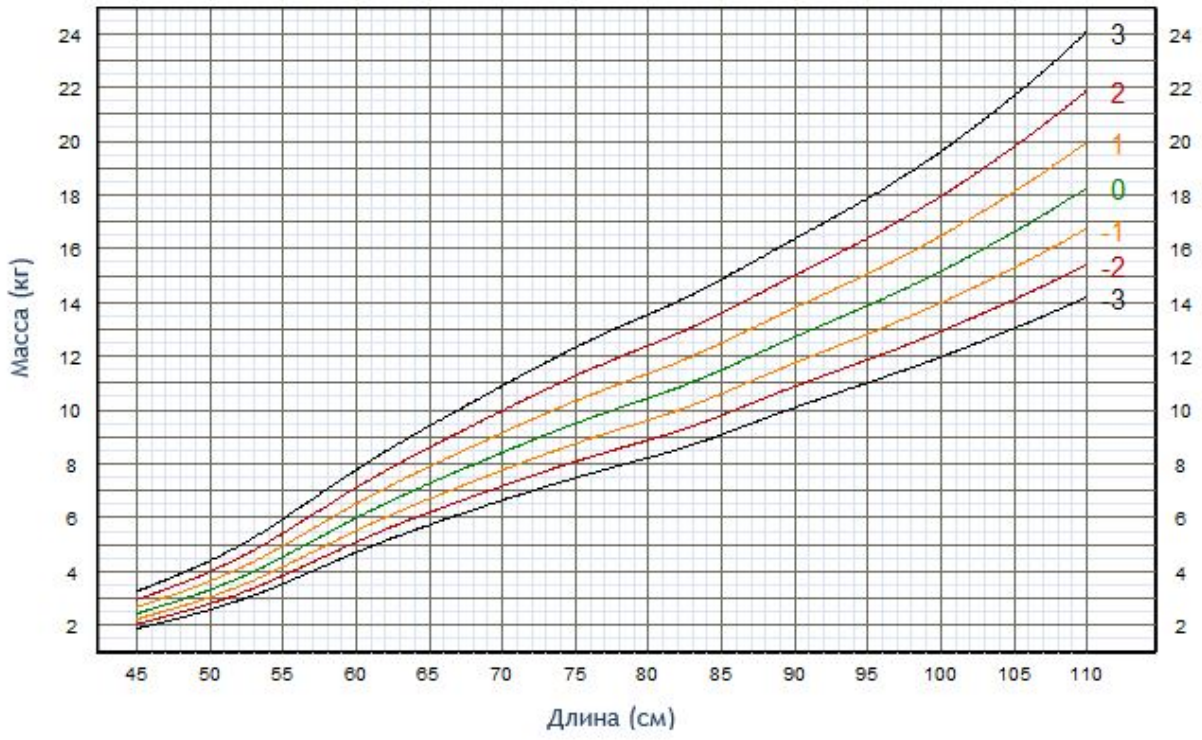
Масса к возрасту ДЕВОЧКИ

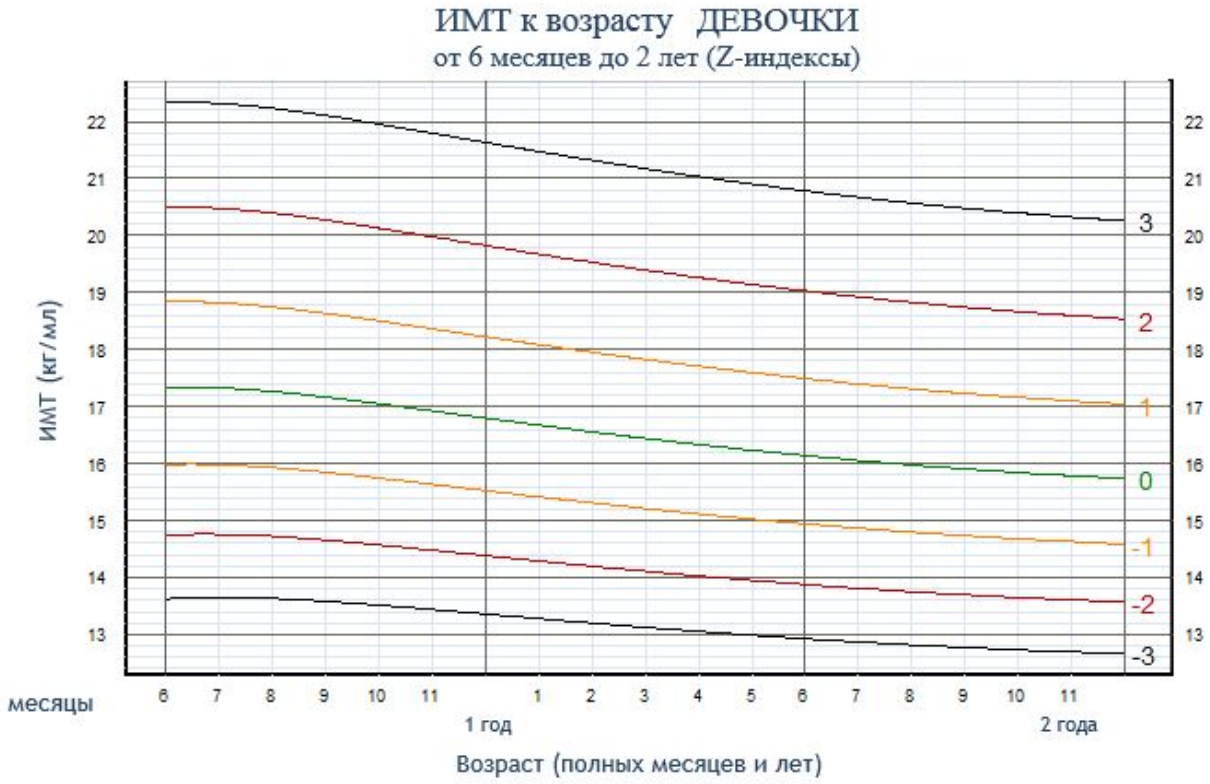
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)



Масса к длине ДЕВОЧКИ

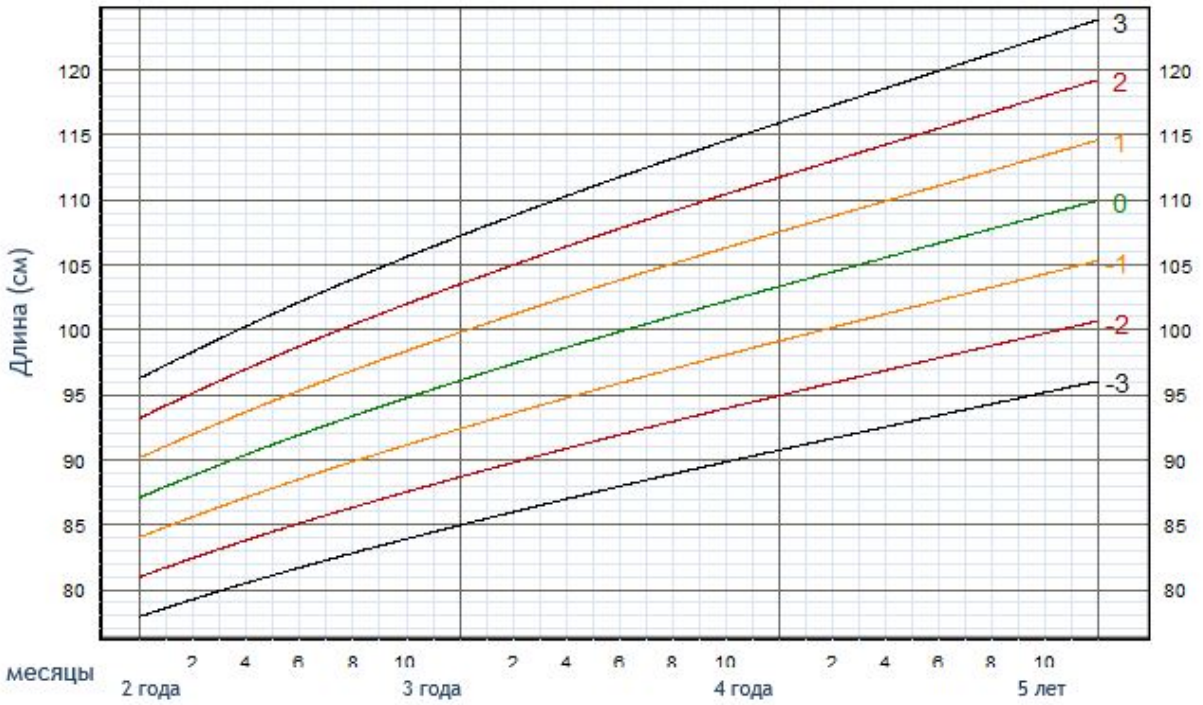
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)




ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ
от 6 месяцев до 2 лет (Z-индексы)
ИМТ (кг/мл)
22
21
20
19
18
17
16
15
14
13
3
2
1
0
-1
-2
-3
месяцы
6 7 8 9 10 11 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
1 год
2 года
Возраст (полных месяцев и лет)

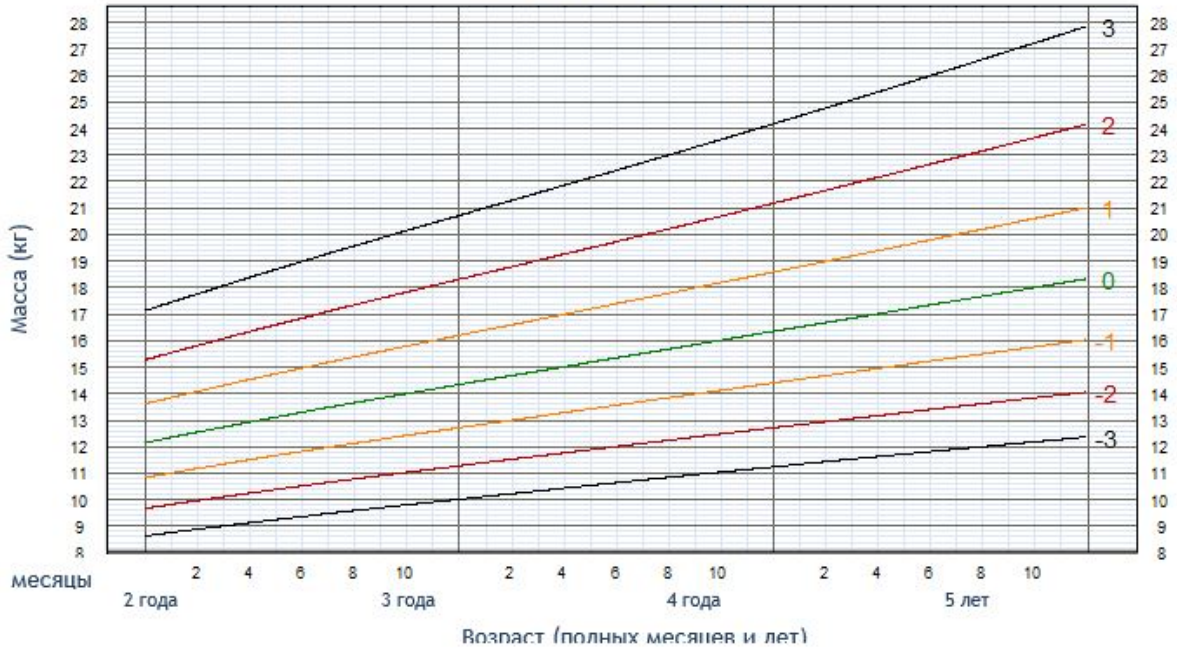
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ

т 2 до 5 лет (Z-индексы)

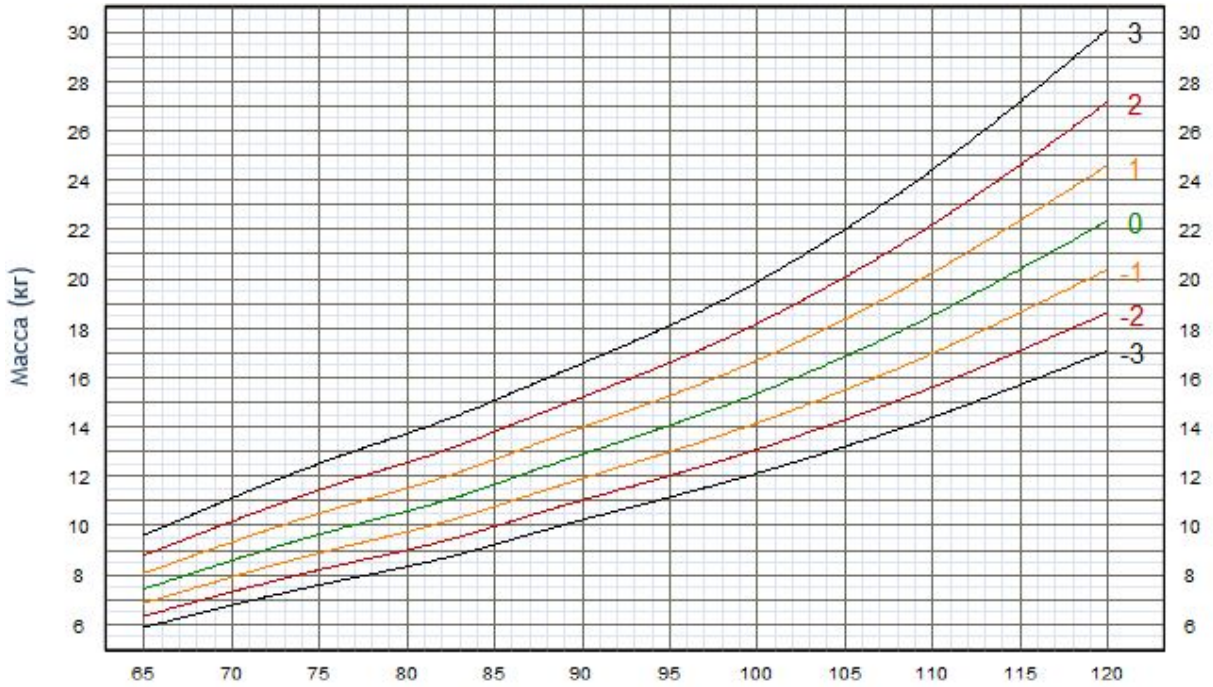


Масса к возрасту ДЕВОЧКИ

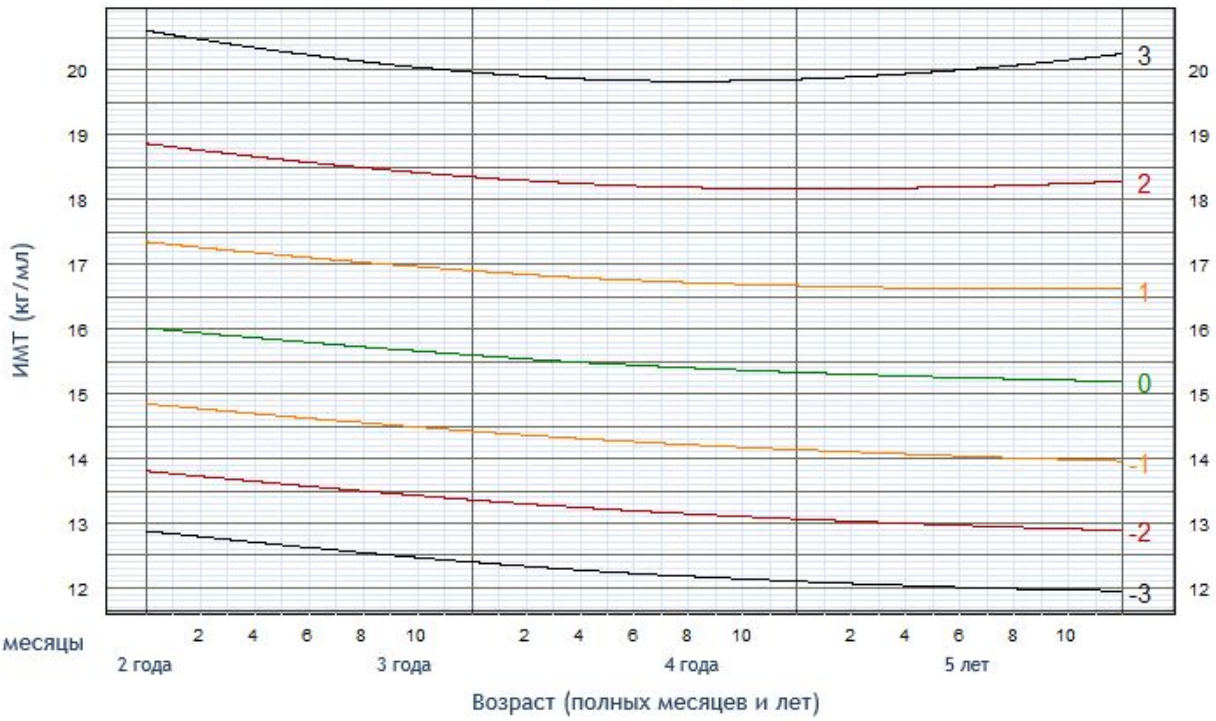
от 2 до 5 лет (Z-индексы)



Масса к длине ДЕВОЧКИ
от 2 до 5 лет (Z-индексы)



ИМТ к возрасту ДЕВОЧКИ
от 2 до 5 лет (Z-индексы)



Дата получения информации из женской консультации_____

Название женской консультации_____

Дата проведения первого дородового патронажа_____

1.	**Ф.И.О. (при его наличии) беременной:**
	Дата рождения и возраст (полных лет)
	ЖСН/ИИН_____
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Место работы, профессия
	Профессиональная вредность: влажность, запыленность, химикаты, тяжести, другая (подчеркнуть)_____
2.	Биологический анамнез беременной:
	Срок настоящей беременности
	Беременность по счету_____, запланированная, желанная, нежеланная (нужное подчеркнуть)
	Предыдущих беременностей было всего_____, в том числе:
	● закончились родами - ● искусственным прерыванием беременности-у ● выкидышем- ● всего детей в семье- ● другая информация о детях в семье (умершие от заболеваний, в каком возрасте, инвалиды детства)_____
	Межродовый интервал при настоящей беременности
3.	Социальный анамнез и здоровье семьи:
	Семья полная, неполная_____
	Образовательный уровень матери_____ отца_____
	Психологический микроклимат в семье: неблагоприятный, благоприятный
	Наличие алкоголизма, наркомании в семье Да_____ нет
	Наличие курящих членов семьи Да_____ нет
	Курящая мать Да_____ нет
	Физическая активность матери низкая, достаточная

	Материальное положение семьи: удовлетворительное, неудовлетворительное (скученность, сырость, холод, малообеспеченность, низкий уровень доходов, другие факторы)
	Санитарная культура семьи: низкая_____достаточная_____
	Наличие заболеваний инфекционных заболеваний в семье (ВИЧ, ИППП, туберкулез, краснуха, другие)_____
	Наличие наследственных заболеваний (какие, степень родства, поколение)_____ _____ _____
	Наличие врожденных пороков развития у других детей да: врожденные пороки сердца, ЖКТ, ЦНС, мочеполовой системы, легких, другие_____нет
	Флюорография членов семьи (муж): да нет
4.	Состояние здоровья беременной:
	Наличие хронических соматических заболеваний да _____нет
	Наличие экстрагенитальных заболеваний да_____нет
	Наличие осложненной беременности да_____нет
	УЗИ пройдено (в какой срок)_____где_____
	Выявленная патология на УЗИ да_____нет
	АД _____
	Заключение терапевта _____
	Беременность протекает на фоне: ● дефицита массы тела (ИМТ до беременности менее 19) ● нормальной массы тела (ИМТ до беременности 19-24) ● избыточной массы тела (ИМТ до беременности 25-30) ● ожирения (ИМТ до беременности свыше 30)
5	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. Кровотечение из половых путей 2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Прочие сведения:
Заключение	
Степень и направленность риска: ● По материально-бытовым условиям и санитарному состоянию жилья: нет риска, умеренный риск, высокий риск ● По вредным привычкам у родителей: нет риска, умеренный риск, высокий риск ● По состоянию здоровья беременной: нет риска, умеренный риск, высокий риск	

● По течению настоящей беременности: нет риска, умеренный риск, высокий риск ● По другим факторам: Кто адресно оповещен о высоких рисках: Заведующий женской консультацией_____ Заведующий поликлиникой (терапевтическая служба)_____ Другие ведомства или местная власть_____
Рекомендации: ● По соблюдению оптимального режима дня, отдыха, сна, физической активности ● По поддержанию оптимального питания (пирамида питания) ● Профилактическому приему препаратов (железа, фолиевой кислоты, йодсодержащих) ● Профилактика ВИЧ, ИППП и туберкулеза ● О соблюдении личной гигиены и благоустройстве жилья ● О влиянии курения, употребления алкоголя и наркотиков на развитие плода

Медсестра /Фельдшер

Второй дородовый патронаж

Название женской консультации_____

Дата проведения второго дородового патронажа_____

1.	**Ф.И.О. (при его наличии) беременной:**
	Дата рождения и возраст (полных лет)
	ЖСН/ИИН
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Предполагаемое место родов (учреждение)
2.	Состояние здоровья беременной: _____ Наличие осложнений беременности да_____нет
3	Наличие инфекционных и хронических больных в близком окружении (в семье, у близких соседей, родственников)
4	Состояние молочных желез
	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. Кровотечение из половых путей

5	2. Судороги 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Редкое или отсутствие шевеления плода 5. Высокая температура 6. Излитие околоплодных вод 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Подготовка уголка новорожденного: Места, кроватки, белья, одежды, предметов ухода
7	Прочие сведения:
Заключение	
• Состояние здоровья беременной удовлетворительное, неудовлетворительное • Наличие каких-либо вредностей да нет • Выполнение беременной предшествующих предписаний да, нет • Семья готова к рождению ребенка да, нет_____	
Рекомендации: • По подготовке к грудному вскармливанию • По оптимальному питанию беременной • По оптимальной физической активности (прогулки) • Приглашена в кабинет здорового ребенка для обучения навыкам грудного кормления и ухода за новорожденным • По подготовке уголка новорожденного и подготовке одежды для роддома	

Медсестра /Фельдшер

Карта учета профилактических прививок

Плановая вакцинация

Прививка против:	**Вакцинация или ревакцинация и кратность введения**	**Дата**	**Возраст**	**Доза**	**Серия**	**Способ введения**	**Страна производитель**	**Реакция**	
								местная	общая
	Вакцинация								
	Результат 1 мес								
	Результат 3 мес								

Туберкулеза	Результат 6 мес									
	Результат 1 год									
	1 ревакцинация									
Вирусного гепатита В	Вакцинация	1								
		2								
		3								
Полиомиелита	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Дифтерии, коклюша, столбняка	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Гемофильной инфекции	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Кори, паротита, краснухи	Вакцинация									
	Ревакцинация									
Вирусного гепатита А	Вакцинация	1								
		2								
Дифтерии, столбняка	1 ревакцинация									

	2 ревакцинация								
	3 ревакцинация								

Внеплановая вакцинация и вновь введенные вакцины

Прививка против:	**Вакцинация или ревакцинация**	**Дата**	**Возраст**	**Доза**	**Серия**	**Способ введения**	**Страна производитель**	**Реакция**	
								местная	общая

Реакция Манту:

Реакция Манту:	**Дата**	**Возраст**	**доза**	**Серия туберкулина**	**Страна-производитель**	**Размер инфильтрата**	**Результат**	**Заключение фтизиатра**

Учет результатов по проведению аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии у детей раннего возраста в организациях ПМСП

Возраст	**Результаты аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии***					
	Правое ухо			Левое ухо		
	" Прошел "	"Не прошел" **	Скрининг не проводился	" Прошел "	"Не прошел" **	Скрининг не проводился
1 месяц						
3 месяца						
6 месяцев						
9 месяцев						
1 год						

1 год 6 месяцев						
2 года						
2 года 6 месяцев						
3 года						
3 года 6 месяцев						

*Результат прохождения ребенком аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии отмечается галочкой в соответствующей графе.

**При результате регистрации отоакустической эмиссии "Не прошел" ребенок направляется в сурдологический кабинет.

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	**Возраст**	**Заключительные (уточненные) диагнозы, впервые установленные, отметить знаком "+"**	**+ –**	**Подпись врача (фамилия разборчиво)**	**Отметка о госпитализации (название стационара, дата) "(с) (по)"**

Записи патронажного наблюдения здорового ребенка
на дому и на приеме

Первичный патронаж новорожденного:
Задачи осмотра новорожденного:

1. Удостовериться в нормальной адаптации после рождения

2. Проверить на наличие опасных симптомов

3. Оценить рост и развитие

4. Проверить, нет ли врожденных пороков развития

Дата осмотра___/_____ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **При рождении Вес: _____ кг Рост _____см ИМТ _____Окружность головы _____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да _____ Нет ___ _
Анамнез: Недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Тазовое предлежание; Осложненное течение родов; Реанимация новорожденного ; Судороги в анамнезе; Медикаментозное лечение новорожденного в роддоме; другое …	Отягощенный анамнез: Да _____ Нет____
Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Проверьте рефлексы (должны быть симметричны): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро; Автоматической походки Осмотр лица: _____ (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы) Кожа: _____ (в норме розовая или интенсивно розовая) Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____ Мышечный тонус _____ (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза") Видимые врожденные пороки _____ _____ Костная система _____	

форма головы _____швы _____
большой родничок _____ малый родничок_____
оцените суставы: _____ движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома ; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы
Органы дыхания:_____ Частота дыхания (ЧД) _____ _____ (в норме 30 - 60/мин)
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____;
Пальпация бедренного пульса_____ (в норме симметрично с двух сторон)
Органы пищеварения: живот _____Печень_____ Селезенка _____
Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____
Пуповина_____ (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)
Мочеиспускание _____ (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);
Стул _____ (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____	

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :

	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте	

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	за кормлением 4 минуты. ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет ___ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ●		

	Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Проверьте прививочный статус младенца: Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня: Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ_____		Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °С) Гигиена ребенка _____		Проблемы ухода
Оценка здоровья матери: 1.Осмотр молочных желез:		Проблемы
2.Симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите): 1. глубокая тревожность и беспокойство 2. глубокая печаль 3. частые слезы 4. ощущение неспособности заботиться о ребенке 5. чувство вины 6. приступы паники 7. стресс и раздражительность 8. утомляемость и недостаток энергии 9. неспособность к сосредоточению внимания 10. нарушение сна 11. проблемы с аппетитом 12. потеря интереса к сексу 13. ощущение беспомощности и безнадежности 14. антипатия к ребенку		Советы по ведению послеродовой депрессии: 1. позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности 2. рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней 3. создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания 4. чаще прикасаться к ребенку 5. думать о ребенке 6. чаще выходить на улицу и двигаться 7. хорошо питаться 8. заботиться о себе

	9. вести дневник 10. если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту
Заключение:	

Рекомендации:

-

Преимущества и практика грудного вскармливания

-

Обеспечение исключительно грудного вскармливания

-

Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)

-

Оптимальное питание матери.

-

Личная гигиена матери

-

Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным

-

Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Уход за новорожденным, режим прогулок. Гигиенические ванны

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).

- Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО)

- Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания).

- Другие рекомендации

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому (7-й день)

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы , покраснение, уплотнение	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания

• Есть ли трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты . • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно • Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °С) Гигиена ребенка _____		Проблемы Ухода

Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

-

Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

-

Исключительно грудное вскармливание

-

Стимуляция психосоциального развития

-

Уход за новорожденным, режим прогулок

-

Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

-

Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

-

Личная гигиена матери.

-

Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Посещение врачом на дому (14-й день)

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания ; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Да ____ _ Нет _ ___
Кожа: Пуповина_____ Слизистые ротовой полости конъюнктивы_____ Большой родничок _____ Органы дыхания:_____ Частота дыхания _____ __ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ (в норме более 100 /мин); Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____ _____; Органы пищеварения: живот _____Печень_____ Селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул	Диагноз :
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :	

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Оценка ухода:		Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.		Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи: по слуху по зрению		Проблемы
Знание матери опасных признаков болезни		Да Нет
Оценка здоровья матери:		Проблемы
Заключение:		

Рекомендации:

1. Поощрение исключительно грудного вскармливания

2. Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери.

3. Уход за новорожденным.

4. Стимуляция психосоциального развития

5. Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

6. Правила поведения и уход в случае болезни ребенка

7. Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания.

8. Другое

Врач:

Патронаж медсестры на дому (21-й день)

<table>
<tr><td colspan="3">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____
Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">Оцените признаки опасности:
1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;
10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;
12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы , покраснение, уплотнение</td><td>Да __
Нет____</td></tr>
<tr><td colspan="2">Определите, есть ли проблемы кормления</td><td>Проблемы питания</td></tr>
<tr><td colspan="2">●
Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____
●
Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____
●
Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
●
Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____
●
Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____
●
Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :</td></tr>
<tr><td></td><td>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.
●</td><td></td></tr>
</table>

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°С) Гигиена ребенка _____		Проблемы ухода
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери		Проблемы
Заключение:		

Рекомендации:

●

Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

●

Исключительно грудное вскармливание

●

Стимуляция психосоциального развития

-

Уход за новорожденным, режим прогулок

-

Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

-

Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

-

Личная гигиена матери.

-

Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому (28-й день)

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы , покраснение, уплотнение	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания

• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ • Если да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа ?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно • Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25° С) Гигиена ребенка _____		Проблемы ухода

Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
- Исключительно грудное вскармливание
- Стимуляция психосоциального развития
- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за
- новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
-

Личная гигиена матери.

-

Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка 1 месяца жизни на приеме врачом и медсестрой

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____ Окружность головы ____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Пуповина_____ Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ Большой родничок _____ Органы дыхания:_____Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____ _____; Органы пищеварения: живот _____печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул	Диагноз:
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ - Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :	
	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет __ _ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц____ мм И периферических лимфоузлов _____		Визит для следующей прививки_____ ____ Дата_____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям		Доза длительность
Психомоторное развитие: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?		Не отстает Отстает на _____ _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: 1.Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику 2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком 3. Знает ли мать признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги		

; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Возможная глухота или проблемы со зрением ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери: Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

●

Практика исключительно грудного вскармливания.

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 1 до 2 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**		
Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы , покраснение, уплотнение		Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления		Проблемы питания
● Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ ● Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ ● Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз ● Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ ● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ ● Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью:	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта	

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы развития
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °С) Гигиена ребенка _____		Проблемы Ухода
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери		Проблемы
Заключение: Рекомендации врача выполняются или нет		Да __ Нет___

Рекомендации:

●

Практика исключительно грудного вскармливания.

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

●

Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Медсестра:

Осмотр ребенка 2 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы ____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**		
Жалобы матери:		
Осмотр ребенка Кожа: Пуповина_____ Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ Большой родничок _____ Органы дыхания:_____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____ _____; Органы пищеварения: живот _____печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул		Диагноз:
Определите, есть ли проблемы кормления		Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет __ _ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __	

младенец грудью в течение последнего часа?	Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2		Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Доза длительность
Психомоторное развитие: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?		Не отстает Отстает на _____ _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: 1.Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику 2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком 3. Знает ли мать признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2.Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3.Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги ; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5ºС; 8.Температура тела менее <36,5 ºС и не повышается после согревания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровотечение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение.		Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.		Да Нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Возможная глухота или проблемы со зрением ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери: Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

● Практика исключительно грудного вскармливания.

● Оптимальное питание матери.

● Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

● Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

● Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

Врач/фельдшер:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 2 до 3 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь?	

• Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____	

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно • Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы

Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°С) Гигиена ребенка _____	Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери Консультация по вопросам планирования семьи	Проблемы
Заключение: Рекомендации врача выполняются или нет	Да___- Нет___

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
-

Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

-

Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в возрасте 3 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка 3 месяцев жизни на приеме врача

<table>
<tr><td colspan="2">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____
Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см
Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Жалобы матери:</td></tr>
<tr><td>Осмотр ребенка
Кожа:
Состояние периферических лимфоузлов
Слизистые ротовой полости Зев
конъюнктивы_____
____
Большой родничок _____
_____
Органы дыхания:_____
_____ Частота дыхания _____
Органы ССС: частота сердечных сокращений (
ЧСС)_____ Сердечный ритм _____
_____; Сердечные шумы_____
;
Органы пищеварения: живот _____печень
_____ селезенка _____
Мочеиспускание _____; Стул</td><td>Диагноз:</td></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>

Определите, есть ли проблемы кормления		Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости ? Да__ Нет __ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_ ____ чашкой и ложкой		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь ? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами) ? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно • Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	

Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца_____ мм Оценка состояния периферических лимфоузлов	Визит для следующей прививки_____ ____ Дата_____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Доза длительность
Психомоторное развитие: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения

, если ребенок находится под присмотром других лиц) • Плохой аппетит.	специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери:	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка

-

Ежемесячный осмотр на приеме у врача

-

Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

-

Другое

Врач:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 3 до 4 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ - Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз	

• Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____		
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :		
Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно • Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как Вы играете с Вашим ребенком? • Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°С) Гигиена ребенка _____		Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери		Проблемы
Заключение: Выполняются рекомендации врача		Да____ Нет

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Приглашен на прием к врачу в возрасте 4 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка 4 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ ____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)__ _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____; Органы пищеварения: живот _____печень____ _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____; Стул	Диагноз:
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да_ _ Нет __ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки	

; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. ● Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 и 3 месяца _____ мм		Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Доза длительность
Психомоторное развитие: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Оценка ухода в целях развития		Не отстает Отстает на _____эпикризный

Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?	срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери:	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

●

Практика исключительно грудного вскармливания.

●

Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

-

Другое

Врач:

Медсестра

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 4 до 5 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? - Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? - Были ли судороги? - Летаргичен или без сознания?	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ - Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ - Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ - Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой:_____ чашкой и ложкой _____	
Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :	
Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___	

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы
Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).		Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°С) Гигиена ребенка _____		Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери		Проблемы
Заключение:		

Рекомендации:

●

Практика исключительно грудного вскармливания.

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

●

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 5 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ ____	

<table>
<tr><td colspan="2">Большой родничок _____
_____
Органы дыхания:_____
_____ Частота дыхания _____
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____
_____; Сердечные шумы_____
;
Органы пищеварения: живот _____печень _____ селезенка _____
Мочеиспускание _____; Стул</td><td>Диагноз:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Определите, есть ли проблемы кормления</td><td>Проблемы питания</td></tr>
<tr><td colspan="2">● Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ____ Нет_____
● Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____
● Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
● Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____
● Получает ли ребенок другую пищу или жидкости ? Да__ Нет __
● Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой_ ____ чашкой и ложкой</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :</td></tr>
<tr><td>Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в</td><td>Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.
● Способен ли ребенок брать грудь ? Для проверки прикладывания посмотрите на:
- Подбородок касается груди Да ___ Нет ___
- Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___
- Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___
- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __</td><td></td></tr>
</table>

течение последнего часа?	Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами) ? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3		Визит для следующей прививки_____ ____ Дата_____
Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)		Доза длительность
Психомоторное развитие: До= Др= Ра= Рп= Н= Э= Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с ребенком? Как Вы общаетесь с ребенком?		Не отстает Отстает на _____эпикризный срок Проблемы ухода для развития
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)		Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.		Да Нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка питания и здоровья матери:	Проблемы
Заключение:	

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 5 до 6 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____. Температура_____ **Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____**	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь?	

• Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да __ Нет____
Определите, есть ли проблемы кормления	Проблемы питания
• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет_____ • Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет_____ • Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз • Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____ • Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____ • Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при Кормлении: бутылочкой_____ чашкой и ложкой _____	

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие- либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки ; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста) :

Оцените кормление грудью: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. • Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на: - Подбородок касается груди Да ___ Нет ___ - Рот широко раскрыт Да ___ Нет ___ - Нижняя губа вывернута наружу Да ___ Нет ___ - Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Да ___ Нет __ Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо • Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно • Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Оцените уход в целях развития • Как вы играете с Вашим ребенком? • Как вы общаетесь с Вашим ребенком?		Проблемы

Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).	Проблемы
Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения_____ (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее25°С) Гигиена ребенка _____	Проблемы
Оценка состояния здоровья матери: Осмотр молочных желез:_____ Питание и режим сна и отдыха матери	Проблемы
Заключение: Рекомендации выполняются	Да__Нет ___

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 6 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ _____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2	

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм Состояние периферических лимфоузлов	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Ребенок не вступает в контакт. ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Ежемесячный осмотр на приеме у врача

-

Другое

Врач:

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	

5. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 6. Сколько перекусов за день? _____ 7. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 8. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _ _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ●	

Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения • Частые движения головой (возможно заболевания уха) • Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь • Отказ от груди или другой пищи • Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

•

Продолжение грудного вскармливания

•

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

•

Оптимальное питание матери.

•

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

•

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в возрасте 7 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом и медсестрой на приеме

<table>
<tr><td colspan="2">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____
Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см
Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Жалобы матери:</td></tr>
<tr><td>Осмотр ребенка
Кожа:
Состояние периферических лимфоузлов
Слизистые ротовой полости Зев
Конъюнктивы _____
_____
Большой родничок _____
_____
Органы дыхания:_____
_____ Частота дыхания _____
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____
_____; Сердечные шумы_____
__;</td><td>Диагноз:</td></tr>
</table>

Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет____	
Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ Какое количество пищи съедает за один прием ? _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ___	

Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 7 до 8 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: Может ли ребенок пить или сосать грудь? Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? Были ли судороги? Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители	

грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет __ __ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода

Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

● Продолжение грудного вскармливания

● Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

● Оптимальное питание матери.

● Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 8 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом и медсестрой на приеме

<table>
<tr><td colspan="2">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____
Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы____см
Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Жалобы матери:</td></tr>
<tr><td>Осмотр ребенка
Кожа:
Состояние периферических лимфоузлов
Слизистые ротовой полости Зев
Конъюнктивы _____
_
Большой родничок _____
_____
Органы дыхания:_____
____ Частота дыхания _____
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)__</td><td>Диагноз:</td></tr>
</table>

_____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____; Органы пищеварения: живот _____печень____ _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_ _____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ Какое количество пищи съедает за один прием? ___ _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая ____ __ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать	

сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 8 до 9 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: Может ли ребенок пить или сосать грудь? Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? Были ли судороги? Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	

4 Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 5 Сколько перекусов за день? _____ _____ 6 Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 7 Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 8. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 9. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней 10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет _ ___ 11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

● Продолжение грудного вскармливания

● Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

● Оптимальное питание матери.

● Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

● Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в 9 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

<table>
<tr><td colspan="2">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____
Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см
Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Жалобы матери:</td></tr>
<tr><td>Осмотр ребенка
Кожа:
Состояние периферических лимфоузлов
Слизистые ротовой полости Зев
Конъюнктивы _____
_____
Большой родничок _____
_____
Органы дыхания:_____
_____ Частота дыхания _____
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____
_____; Сердечные шумы_____
__;</td><td>Диагноз:</td></tr>
</table>

Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____	

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 9 до 10 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____	

Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет __ __ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода

Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Продолжение грудного вскармливания

●

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в 10 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивы _____ _____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (	Диагноз:

ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет__ ___	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да __ __ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ___	

_ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 10 до 11 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_	

_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Продолжение грудного вскармливания

●

Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

●

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в 11 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом и медсестрой на приеме

<table>
<tr><td colspan="2">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____
Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см
Оцените физическое развитие, используя графики:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Жалобы матери:</td></tr>
<tr><td>Осмотр ребенка
Кожа:
Состояние периферических лимфоузлов
Слизистые ротовой полости Зев
Конъюнктивы _____
_____
Большой родничок _____
_____
Органы дыхания:_____
_____ Частота дыхания _____
Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____
_____; Сердечные шумы_____
__;</td><td>Диагноз:</td></tr>
</table>

Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____	

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в возрасте 12 месяцев

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 11 до 12 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да___Нет____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_	

_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3 Корь + краснуха + паротит Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения ● Частые движения головой (возможные заболевания уха) ● Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь ● Отказ от груди или другой пищи ● Ребенок не вступает в контакт.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

● Продолжение грудного вскармливания

● Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

● Оптимальное питание матери.

● Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

● Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Приглашен на прием к врачу в 12 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 12 месяцев

врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ ____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)__ _____ Сердечный ритм _____;	Диагноз:

Сердечные шумы_____; Органы пищеварения: живот _____печень____ _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул Тревожные признаки, требующие специализированной помощи: по слуху по зрению	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на ____ эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_ _____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _ _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____	

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы Ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от пищи	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Ежеквартальный осмотр на приеме у врача.

-

Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов.

-

Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог.

Врач:

Медсестра:

Лист профилактического осмотра 1 год
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 3 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Жалобы матери:**	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок

Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_ _____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _ _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема	

пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от еды	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 3 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Органы дыхания:_____ Частота дыхания __ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)__ _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____;	Диагноз:

Органы пищеварения: живот _____печень_____ _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_ _____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ Какое количество пищи съедает за один прием? ___ _____ мл. ● Какова густота пищи? Густая _____ Ежемесячный осмотр на приеме у врача _____ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	

Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от еды	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 6 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Жалобы матери:**	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_ _____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
7. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 8. Сколько перекусов за день? _____ 9. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 10. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 11. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 12. На прошлой неделе ребенок ел:	

• Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: • Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям • Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком • Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи • Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение • Не смотрит на движущие предметы • Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и

• Нет аппетита, отказывается от еды	обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

• Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

• Оптимальное питание матери.

• Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

• Массаж и гимнастика соответственно возрасту

• Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

• Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

• Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы_____ _____ Органы дыхания:_____ ____ Частота дыхания __ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)__ _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____; Органы пищеварения: живот _____печень____ _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
- Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____	

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_ _____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ Какое количество пищи съедает за один прием? ___ _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая ____ __ На прошлой неделе ребенок ел: o Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ o Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ o Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ___	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ●	Проблемы ухода

Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от пищи	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

●

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

●

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 9 месяцев

<table>
<tr><td colspan="2">Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____
Жалобы матери:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Оцените признаки опасности:
●
Может ли ребенок пить или сосать грудь?
●
Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
●
Были ли судороги?
●
Летаргичен или без сознания?</td></tr>
<tr><td>Оценка ухода в целях развития
Как Вы играете с Вашим ребенком?
Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?</td><td>Проблемы ухода для развития</td></tr>
<tr><td>Оценка психомоторного развития:
До=
Др=</td><td></td></tr>
</table>

Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ Сколько перекусов за день? _____ Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода:	

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям • Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком • Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи • Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение • Не смотрит на движущие предметы • Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц • Нет аппетита, отказывается от еды	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

•

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

•

Оптимальное питание матери.

•

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Органы дыхания:_____ ____ Частота дыхания __	

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____; Органы пищеварения: живот _____печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ Грудное вскармливание 1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____ Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз 2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да____ Нет_____	
3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да_____ Нет _____ Если Да, _____мл _____ раз в день	
1. Сколько основных приемов пищи для прикорма в день? _____ 2. Сколько перекусов за день? _____ 3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ 4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. 5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ 6. На прошлой неделе ребенок ел: 7. Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ 8. Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ 9. Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней 10. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ 11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня	

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение ● Не смотрит на движущие предметы ● Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц ● Нет аппетита, отказывается от пищи	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

-

Оптимальное питание матери.

-

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача в 24 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: ● Может ли ребенок пить или сосать грудь? ● Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? ● Были ли судороги? ● Летаргичен или без сознания?	Да____нет_____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____	
● Сколько основных приемов пищи в день? ____ _____ ● Сколько перекусов за день? _____ ___ ● Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ ● Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. ●	

Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ ● На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _ ___ Нет ____ сколько дней ● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ __ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ __ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ●	

Не вступает в контакт • Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе • Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) • Плохой аппетит	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

•

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

•

Оптимальное питание матери.

•

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

•

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

•

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

•

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача, лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Окружность головы_____см Оцените физическое развитие, используя графики:	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ ____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)__ _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____; Органы пищеварения: живот _____печень____ _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития

	Не отстает
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	

	Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____	
• Сколько основных приемов пищи в день? _____ • Сколько перекусов за день? _____ • Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ • Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл. • Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ • На прошлой неделе ребенок ел: • Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ • Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ • Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней • Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ • Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	

Визит для следующей прививки_____

Проверьте прививочный статус:
Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня
Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1
Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3
ОПВ-3
ОПВ-0
Корь + краснуха + паротит
АКДС ревакцинация HIB ревакцинация
Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

	_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

●

Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

●

Оптимальное питание матери.

●

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

-

Массаж и гимнастика соответственно возрасту

-

Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие до 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Врач:

Лист профилактического осмотра в 2 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет 6 месяцев

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: - Может ли ребенок пить или сосать грудь? -	

Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да_____Нет_____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____	
• Сколько основных приемов пищи в день? _____ • Сколько перекусов за день? _____ • Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ • Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. • Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ • На прошлой неделе ребенок ел: • Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней	

• Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ • Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: • Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям • Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком • Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи • Не вступает в контакт • Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе • Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) • Плохой аппетит	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение: :	

- Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____Оцените физическое развитие, используя графики :	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Большой родничок _____ _____ Органы дыхания:_____ _____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм _____ _____; Сердечные шумы_____ __; Органы пищеварения: живот _____ печень_____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____	
• Сколько основных приемов пищи в день? _____ _____ • Сколько перекусов за день? _____ __ •	

Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ ● Какое количество пищи съедает за один прием ? _____ мл. ● Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ ● На прошлой неделе ребенок ел: ● Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ ● Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ● Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ___ _____ мм	Визит для следующей прививки_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода

Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Не вступает в контакт ● Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе ● Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) ● Плохой аппетит	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

-

Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

-

Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

-

Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

-

Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев.

Врач:

Патронаж медсестры на дому ребенка в возрасте 3 лет

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____	
Жалобы матери:	
Оцените признаки опасности: • Может ли ребенок пить или сосать грудь? • Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья? • Были ли судороги? • Летаргичен или без сознания?	Да_____Нет_____
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра=	

Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____	
• Сколько основных приемов пищи в день? _____ • Сколько перекусов за день? _____ • Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ • Какое количество пищи съедает за один прием? _____ _____ мл. • Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ • На прошлой неделе ребенок ел: • Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ • Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____ • Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней • Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____ • Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	

Визит для следующей прививки_____

Проверьте прививочный статус:
Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня
Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1
Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3
ОПВ-3
ОПВ-0
Корь + краснуха + паротит
АКДС ревакцинация HIB ревакцинация
Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

	_____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Нет интереса к игре. ● Часто падает. ● Трудности с манипулированием мелкими предметами. ● Проблемы с пониманием простых обращений. ● Неспособность формулировать простые предложения. ● Отсутствие или незначительный интерес к еде.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

●

Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола).

●

Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача в 3 года, лабораторные исследования, консультация специалистов в 3 года.

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра________ 20__ Возраст: _____Температура_____ **Вес_____г. Рост ____ см. ИМТ_____** **Оцените физическое развитие, используя графики:**	
Жалобы матери:	
Осмотр ребенка Кожа: Состояние периферических лимфоузлов Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы Большой родничок _____ _____	

Органы дыхания:_____ ____ Частота дыхания _____ Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)__ _____ Сердечный ритм _____; Сердечные шумы_____; Органы пищеварения: живот _____печень____ _____ селезенка _____ Мочеиспускание _____ Стул	Диагноз:
Оценка ухода в целях развития Как Вы играете с Вашим ребенком? Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?	Проблемы ухода для развития
Оценка психомоторного развития: До= Др= Ра= Рп= Н= Э=	Не отстает Отстает на _____эпикризный срок
Оценка питания	
Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка? _____ _____ Грудное вскармливание 1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ___	
• Сколько основных приемов пищи в день? _____ ____ • Сколько перекусов за день? _____ • Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная_____ • Какое количество пищи съедает за один прием? ____ _____ мл. • Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____ _ • На прошлой неделе ребенок ел: • Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____ • Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней •	

Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
Проверьте прививочный статус: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 ОПВ-3 ОПВ-0 Корь + краснуха + паротит АКДС ревакцинация HIB ревакцинация Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ _ мм	Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оценка ухода: ● Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям ● Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком ● Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	Проблемы ухода
Признаки жестокого обращения с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Да Нет
Тревожные признаки, требующие специализированной помощи ● Нет интереса к игре. ● Часто падает. ● Трудности с манипулированием мелкими предметами. ● Проблемы с пониманием простых обращений. ● Неспособность формулировать простые предложения. ● Отсутствие или незначительный интерес к еде.	Проблемы При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
Оценка здоровья матери 1. Консультирование по планированию семьи	
Заключение:	

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача, лабораторные исследования, консультация специалистов в 4 года.

Врач:

Лист профилактического осмотра 3 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 4 года
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 5 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 6 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 7 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 8 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 9 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 10 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 11 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 12 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 13 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Лист профилактического осмотра 14 лет
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Переводной эпикриз в подростковый кабинет

Записи по поводу болезни ребенка
Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Имя_____Возраст_____Вес (кг)_____

Температура_____

Спросите: какие проблемы есть у ребенка_____ Первичный визит?___Повторный визит?_____

Оцените (обведите имеющиеся признаки): классифицируйте
Оцените (обведите имеющиеся признаки): классифицируйте

Ищите: очень тяжелое заболевание или местную бактериальную инфекцию		
Спросите: ● Наблюдаются ли трудности при кормлении ● Есть ли у младенца судороги?	Осмотрите, послушайте, ощутите: ● Сосчитайте число дыханий в минуту _____ Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание_____ ● Ищите выраженное втяжение грудной клетки ● Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь ● Осмотрите движения младенца. Двигается ли он только при	

	стимуляции? Остается ли он без движения даже при стимуляции? ● Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? ● Ищите кожные гнойнички	
Ищите возможную желтуху:	Да _____ Нет _____	
Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	Осмотрите и ощутите: Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Спросите: есть ли у младенца диарея?	Да._____ Нет _____	
Если да, спросите: ● Как долго?___дней ● Есть ли кровь в стуле?	Осмотрите и ощутите: ● Посмотрите на общее состояние младенца: Двигается ли он только при стимуляции? Остается без движения даже при стимуляции? Беспокоен или болезненно раздражим? ● Ищите запавшие глаза ● Проверьте реакцию кожной складки. Складка расправляется Очень медленно (больше 2 секунд)? Медленно (до 2 секунд)?	
Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар		
Проверьте: есть ли проблемы кормления или низкий вес		
Спросите: ● Ребенок кормится грудью? Да __ Нет__ ● Если да, сколько раз за 24 часа?___ ● Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да_____ _____Нет___ ● Если да, как часто?____ ● Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	● Определите соответствие веса к возрасту : Низкий____ Не низкий____ ● Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)_____	

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. (Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова). ● Способен ли младенец брать грудь? Ищите признаки правильного прикладывания: 1. Подбородок касается груди Да__Нет__ 2. Рот младенца широко открыт Да__Нет__ 3. Нижняя губа вывернута наружу Да__Нет __ 4. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да__Нет__ Приложен плохо Приложен хорошо ● Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Сосет неэффективно Сосет эффективно Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
Проверьте прививочный статус младенца: Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ_____ Гепатит В2_____ АКДС 1_____ HIB 1_____ ОПВ 1		Визит для следующей прививки_____ _____ Дата_____
Оцените другие проблемы:		

Лечение:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит_____

Объясните, когда вернуться немедленно____

Диагноз по МКБ_____

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

- _____№ рецепта
- _____№ рецепта
- _____№ рецепта
- _____№ рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ________20__ Возраст _____Вес_____ Температура_____ Визит: первичный_ повторный__ Жалобы:	**Общие признаки опасности: Да____ Нет____**
Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2.Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3.Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да___Нет___ Как долго?_____Число дыханий в минуту____Учащенное дыхание	

Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Есть ли у ребенка диарея? Да___Нет____ Как долго____Есть ли кровь в стуле_____ Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек .),	
Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да___Нет___ Как долго?_____Если более 5 дней. Каждый день?____ Болел ли корью последние 3месяца___ Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта (Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___ Есть ли гнойные выделения из уха. Их длительность более 14 дней Есть болезненное припухание за ухом	
Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___ Нет___ Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы	
Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп____	
Оцените питание (если не направляется в стационар): Кормится ли грудью да___нет___Если да. то сколько раз за сутки____Кормите ли ночью. Да____Нет___ Получает ли другую пищу или жидкость Да___ Нет___ Если Да, то какую пищу и жидкости_____ _____ _____ Сколько раз в день_____Чем пользуются при кормлении_____ Объем одной порции_____ Активное кормление Да _____ Нет_____ Изменилось ли кормление во время болезни. Да____Нет____ Если да, то как _____ _____	Проблемы питания
Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая_____ _____ локализация_____ ____ _____ Зудящая Не зудящая; Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое_____ _____ Где_____Конъюнктива глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____ Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум_____ ЧСС _____ _____	

Пульсация вен шеи. Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое_____ _ Печень размеры: _____Селезенка: размеры _____см. Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры___ _____см. Изменения со стороны черепно-мозговых нервов_____ _____ Парезы, параличи _____ _____ Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)_____ _____ _____ Дизурические явления:_____ _____ Другое_____ _____	

Лечение

Рекомендации по питанию:

Последующий визит_____

Объясните, когда вернуться немедленно___

Диагноз по МКБ_____

Решение по ИВБДВ:

1. Срочно госпитализировать, лечение перед направлением

_____

2. Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

_____№ рецепта

_____№ рецепта

_____№ рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Вкладной лист истории развития ребенка №_____

Паспорт ребенка с нарушением слуха

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

Дата рождения _____ Возраст на момент обследования _____

ИИН |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Место жительства: область _____

Район_____ город (село)_____

Улица _____ дом № _____ корп._____ кв._____

телефон домашний_____ телефон сотовый_____

Диагноз:_____
_____
_____
_____

Анамнез
Перитонеальный анамнез

Беременность _____ Особенности протекания _____

Роды _____ в _____ недель. Особенности протекания родов _____

Наличие факторов риска по тугоухости: гестоз/ токсикоз/ угроза прерывания беременности/ резус-конфликт матери и плода/перенесенные инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности _____/ототоксические препараты, применяемые матерью во время беременности и ребенком _____/ анемия/ сахарный диабет/ тиреотоксикоз/асфиксия новорожденного/внутричерепная родовая травма/гипербилирубинемия (более 20 ммоль/л)/ гемолитическая болезнь новорожденного/масса тела при рождении менее 1500 граммов/низкий балл по шкале Апгар_____/гестационный возраст более 40 недель (переношенность)/реанимация и интенсивная терапия ребенка после рождения/возраст матери более 40 лет (поздние роды)

_____

Проводился ли аудиологический неонатальный скрининг слуха:

в организации родовспоможения: да/нет, результат_____

в организации ПМСП: да/нет, результат_____

Слуховой анамнез

Нарушение слуха замечено до овладения речью/после овладения речью/в связи с задержкой развития речи в возрасте _____.

Когда и где впервые выставлен диагноз_____

Предполагаемая причина нарушения слуха: неизвестна/наследственная/приобретенная

Менингитом не болел/ болел_____

Получал ли ототоксические препараты: нет/да, какие_____в возрасте_____

____

при лечении _____

Есть ли родственники с нарушением слуха: нет/да_____

Болел ли отитом: нет/да_____

Имеет ли инвалидность по слуху: не имеет/имеет с возраста _____

Место обучения ребенка _____

Вид слухопротезирования

1. Слуховой аппарат (СА)

Протезированное ухо: левое / правое / бинауурально _____

Вид СА: аналоговый / цифровой _____

Вид ушного вкладыша _____

С какого возраста использует СА _____

2. Система кохлеарной имплантации

Название импланта _____ Вид электрода _____

Название речевого процессора _____

Имплантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции _____ Дата подключения _____

В какой клинике проведена операция _____

3. Система имплантации среднего уха

Название импланта _____ Название аудиопроцессора _____

Имплантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции _____ Дата подключения _____

В какой клинике проведена операция _____

Настройка
(слухового аппарата / речевого процессора системы кохлеарной имплантации /
аудиопроцессора системы имплантации среднего уха)

Дата настроечной сессии_____

Место проведения настройки _____

Ф.И.О. врача-сурдолога, контактный телефон _____

Средство слухопротезирования использует постоянно/иногда/только на занятиях_____
___

Эффективность: помогает/мало помогает/не помогает

Условия коррекционно-педагогической помощи

Наличие специальной помощи по месту жительства_____

Количество индивидуальных занятий в неделю _____

Частота, регулярность занятий дома_____

Особенности настройки

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Оценка слухового восприятия	Оценка развития речи
1 – отсутствие реакции на звуки 2 – наличие реакции на звуки 3 – распознавание неречевых звуков 4 – распознавание звуков речи без считывания с губ 5 – распознавание отдельных слов 6 – фразы 7 – понимание речи без считывания с губ 8 – понимание разговора по телефону	0 – отсутствие речи 1 – лепет 2 – использование нескольких простых слов 3 – односложные предложения 4 – предложения из 2-х слов 5 – предложения из 3-х слов 6 – сложные предложения 7 – сложные предложения с простыми рассказами 8 – полностью "беглая" речь

Рекомендации

1. Речевая среда

Постоянное ношение _____

2. Наблюдение за реакциями ребенка на разные звуки.

3. Регулярные (ежедневные) занятия ребенка дома с родителями.

4. Индивидуальные занятия с сурдопедагогом, логопедом, психологом по месту жительства.

5. Развитие слуха и речи родителями в ситуациях бытового общения.

Настройка через _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись врача _____

Сурдопедагогическое обследование настройки

(слухового аппарата/речевого процессора системы кохлеарной имплантации/аудиопроцессора системы имплантации среднего уха)

Дата _____

Место проведения обследования _____

Ф.И.О. сурдопедагога, контактный телефон _____

Особенности слухового восприятия

Сформированность УДР: сформирована / не сформирована

Различение градаций громкости звуков тихо – хорошо – громко: сформирована / не сформирована

Расстояние стабильных реакций

Звуки	**Неречевые**	**Речевые**
низкочастотные громкие		
низкочастотные тихие звуки		

среднечастотные громкие звуки		
среднечастотные тихие звуки		
высокочастотные громкие звуки		
высокочастотные тихие звуки		
шепотная речь		
голос разговорной громкости		

Различение

Звуков		**Слов**		**Фраз**	
гласных	согласных	в закрытом выборе	в открытом выборе	в закрытом выборе	в открытом выборе
		с разной слоговой структурой	с разной слоговой структурой		
		с одинаковой слоговой структурой	с одинаковой слоговой структурой		
		отличающихся одним звуком	отличающихся одним звуком		

Различение предложений_____

Понимание обращенной речи_____

Понимание разговора по телефону_____

Рекомендации (нужное выделить, дополнить)

1. Развитие УДР на звук_____

2. Формирование понятия градации звука по громкости_____

3. Развитие внимания на окружающие звуки_____

4. Формирование навыков по:

дифференциации звуков (гласных, согласных в слогах, в словах)_____

различению слов с разной/одинаковой слоговой структурой_____

различению фраз _____

различению предложений _____

пониманию прочитанного текста_____

5. Развитие слухового внимания к тихим звукам_____

6. Формирование речевого самоконтроля_____

7. Работа над дыханием _____

8. Артикуляционная гимнастика_____

9. Работа над мимической мускулатурой_____

10. Работа над голосом_____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Подпись сурдопедагога _____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 116/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 116/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
ҚазақстанРеспубликасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 127/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 127/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 127/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20 ____ жыл үшін

Наркологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы

Журнал регистрации предоставления справки из наркологического диспансера за 20__ год

№ п/п	**Өтініш берген күні Дата обращения**	**Көрсетілетін Қызметті алушының тегі, аты, әкесініңаты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество получателя услуги (при его наличии)**	**ЖСН / ИИН**	**Жынысы Пол**	**Туған күні Дата рождения**	**ӘАОЖ коды Код КАТО**	**Үйінің мекенжайы Домашний адрес**	**Жұмыс орны Место работы**	**Анықтаманың № № справки**	**Анықтаманы берген дәрігердің тегі Фамилия врача, выдавшего справку**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Сноска. Приложение дополнено Формой № 127-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство	

здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 127-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 127-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

20 _____ жыл үшін

Психоневрологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы

Журнал
регистрации предоставления
справки из психоневрологического диспансера за 20__ год

Р/с №№ п/п	**Өтініш берген күні Дата обращения**	**Көрсетілетін Қызметті алушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество получателя (при его наличии)**	**ЖСН / ИИН**	**Жынысы Пол**	**Туған күні Дата рождения**	**ӘАОЖ коды Код КАТО**	**Үйінің Мекенжайы Домашний адрес**	**Жұмыс Орны Место работы**	**Анықтаманың № № справки**	**Анықтаманы берген дәрігердің тегі Фамилия врача, выдавшего справку**
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 128/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 128/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

	Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 128/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 129/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 129/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 129/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20 ____ жыл үшін

Туберкулезге қарсы диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы

Журнал

регистрации предоставления

справки из противотуберкулезного диспансера за 20__ год

№ п/п	**Өтініш берген күні Дата обращения**	**Көрсетілетін Қызметті алушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество получателя (при его наличии)**	**ЖСН / ИИН**	**Жынысы Пол**	**Туған жылы Дата рождения**	**ӘАОЖ коды Код КАТО**	**Үйінің мекенжайы Домашний адрес**	**Жұмыс Орны Место работы**	**Анықтаманың № № справки**	**Анықтаманы берген дәрігердің тегі Фамилия врача, выдавшего справку**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Формат А6

А6 форматы

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 130/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 130/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Ұйымның мөртабаны, шифры

Штамп, шифр организации

РЕЦЕПТ

БАЛАҒА АРНАЛҒАН ЕРЕСЕККЕ АРНАЛҒАН

ДЛЯ РЕБЕНКА ДЛЯ ВЗРОСЛОГО

(сызып қою керек - подчеркнуть)

20__ жылғы (года) "__" _____

(рецептің жазылған күні - дата выписки рецепта)

Сырқаттың ТАӘ, жасы (ФИО больного, возраст) _____

Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____

_____

_____

ТЕҢГЕ ТИЫН	Rp.
ТЕҢГЕ ТИЫН	Rp.

D.S_____

Рецептің жарамдылығы (рецепт действителен): 10 күн (дней),

1 ай (1 месяц), арнайы тағайындау бойынша: "апта сайын" немесе

"ай сайын" (по специальному назначению: "еженедельно" или "ежемесячно")

(сызып қою керек - нужное подчеркнуть)

ДӘРІГЕРДІҢ ҚОЛЫ МЕН ЖЕКЕ МӨРІ _____ м.о.

ПОДПИСЬ И ЛИЧНАЯ ПЕЧАТЬ ВРАЧА _____ м.п.

Келесі беттегі 130/е н.

Оборот ф. 130/у

Дәрігердің жадынамасы

1. Емдеу-профилактикалық ұйымының шифры баспаханалық тәсілмен басылады немесе мөртабан қойылады.

2. Рецепт латын тілінде, анық, айқын жазылады, шариктi қаламмен толтырылады, түзетуге тыйым салынады.

3. Бір бланкіге мыналар жазылуы мүмкін:

а) құрамында 8 - оксихинолиннен шыққан заттар, улы заттар, гормондық стероидтер, клонидин , анаболикалық стероидтер бар бір дәрілік зат;

б) қалған дәрілік заттарға бір, екі дәрілік зат.

4. Ережеде қабылданған рецептуралық қысқартуларға ғана рұқсат етіледі.

5. Қатты, сусымалы заттар грамдарда (0,001; 0,02; 0,3; 1,0), сұйық заттар - милилитрлерде , грамдар мен тамшыларда жазылады.

6. Қолдану тәсілі мемлекеттік немесе орыс тілдерінде жазылады.

7. "Ішке", "Сыртқа", "Белгілі" деген және басқа да жалпы нұсқаулармен шектеуге рұқсат етілмейді.

8. Рецептіні толтырған кезде (ересекке арналған, балаға арналған) қажеттісінің астын сызу керек.

9. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдарында жазылып берілген рецептілер республиканың бүкіл аумағында жарамды:

а) құрамында 8 - оксихинолиннен шыққан заттар, улы заттар, гормондық стероидтер, клонидин , анаболикалық стероидтер бар дәрілік заттар жазылған күннен бастап - 10 күннің ішінде сатып алынса;

ә) тұрақты (ұзақ) емдеуді қажет ететін сырқаттарға дәрілік заттарды (а) тармағында көрсетілген жағдайларда берілетін дәрілік заттарды коспағанда) жазып беру кезінде рецептілердің жарамдылық мерзімі үш айға дейін белгіленеді. Бұл ретте "Арнайы тағайындалған" деген жазудың және дәрілердің дәріханадан босату мерзімділіктерінің ("апта сайынғы" немесе "ай сайынғы") қажеттісінің астылары сызылып, рецепті жазып берген дәрігердің қолымен және оның жеке мөрімен расталуы тиіс;

б) қалған рецептілер жазып берген күннен бастап бір айға дейін жарамды.

10. Дәрігердің қолы оның жеке мөрімен расталуы тиіс.

Памятка врачу

1. Шифр лечебно-профилактической организации печатается типографским способом или ставится штамп.

2. Рецепт выписывается на латинском языке, разборчиво, четко, шариковой ручкой, исправления запрещаются.

3. На одном бланке может быть выписано:

а) одно лекарственное средство содержащее производные 8-оксихинолина, ядовитые вещества, гормональные стероиды, клонидин, анаболические стероиды;

б) одно, два лекарственных средства на остальные лекарственные средства.

4. Разрешаются только принятые Правилами рецептурные сокращения.

5. Твердые сыпучие вещества выписываются в граммах (0,001; 0,02; 0,3; 1,0), жидкие - в миллилитрах, граммах и каплях.

6. Способ применения указывается на государственном или русском языках.

7. Не допускается ограничиваться общими указаниями: "Внутреннее", "Наружное", "Известно" и другие.

8. При заполнении подчеркнуть предназначение рецепта (для взрослого, для ребенка).

9. Рецепты, выписанные в организациях здравоохранения Республики Казахстан, действительны на территории всей республики:

а) на получение лекарственных средств, содержащих производные 8-оксихинолина, ядовитые вещества, гормональные стероиды, клонидин, анаболические стероиды - в течение 10 дней со дня их выписывания;

б) больным, нуждающимся в постоянном (длительном) лечении (за исключением случаев, указанных в пункте а) - до трех месяцев. При этом, подчеркиваются надписи "По специальному назначению" и по периодичности отпуска лекарств из аптеки ("еженедельно" или "ежемесячно"), скрепляются подписью и личной печатью врача, выписавшего рецепт;

в) остальные репепты - в течение одного месяца со дня их выписывания.

10. Подпись врача должна быть заверена его личной печатью.

Жеке дайындалған препараттардың № (№ препаратов индивидуального приготовления)		Дәріхананың мөртабаны (штамп аптеки)	
Қабылдады (принял)	Дайындады (приготовил)	Тексерді(проверил)	Босатты (отпустил)

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 131/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 131/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 131/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 6 форматы

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 132/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 132/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ТҮБІРТЕГІ-КОРЕШОК

Түбіртегі денсаулық сақтау ұйымында қалдырылады да,

кейін бухгалтерияға тапсырылады

Корешок остается в организации здравоохранения, затем

передается в бухгалтерию

Серия _____ № _____

20__ жыл (год) "__" _____

(рецептінің жазылған күні, дата выписки рецепта)

Науқастың ТАӘ, жасы (ФИО больного, возраст) _____

_____

Медициналық құжаттың (Медицинская документация) № _____

Диагнозы (диагноз) _____

Мекенжайы (домашний адрес) _____

Учаскенің (участок) № _____

Теңге: тиын: Rp: _____

_____

D.S. _____

Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____

Формат А 6

Сноска. Форма № 132/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 4 форматы

Формат А 4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 133/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 133/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 133/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 4 форматы

Формат А 4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 134/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 134/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Дұрыс жазылып берілмеген рецептілерді тіркеу журналы
Журнал учета неправильно выписанных рецептов

№	Күні дата	Денсаулық сақтау ұйымының атауы Наименование организации здравоохранения	Дәрігердің ТАӘ ФИО врача	Рецептінің құрамы Содержание рецепта	Анықталған бұзылушылықтар Выявленные нарушения	Қолданған шаралар Принятые меры	Фармацевтикалық қызмет объекті маманының ТАӘ ФИО специалиста объекта фармацевтической деятельности

А5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

АУРУ БАЛА КҮТУ ҮШІН ЖҰМЫСТАН УАҚЫТША БОСАТУ ТУРАЛЫ
№ ____ АНЫҚТАМАНЫҢ ТЕКСЕРУ ТАЛОНЫ
КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ № ____
О ВРЕМЕННОМ ОСВОБОЖДЕНИИ ОТ РАБОТЫ ПО УХОДУ
ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

Берілген күні (Дата выдач и) 20__ жылғы (года) "__" _____

Жұмыстан босатылған адамның тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя,

отчество, освобожденного от работы) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

Баламен туыстығы (астын сызыңыз) - анасы, әкесі, әжесі және басқа

отбасы мүшелері (жазыңыз) (Родственные отношения с ребенком

(подчеркнуть) - мать, отец, бабушка и др. члены семьи (вписать))

_____

Бала туралы мәліметтер (Сведения о ребенке) _____

тегі, аты, жасы (фамилия, имя, возраст)

Диагноз _____

Мектепке дейінгі ұйым, мектеп (Дошкольное учреждение, школа) __

_____

Жұмыстан босатылды (Освобожден (а) от работы бастап (с) 20__

жылғы (года)__(до)_____дейін

Анықтаманы берген адамның тегі (Фамилия лица, выдавшего справку)

_____

анық (разборчиво)

Анықтаманы алған адамның қолы (Подпись получившего справку)

Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 138/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

АУРУ БАЛАНЫ КҮТУ ҮШІН ЖҰМЫСТАН УАҚЫТША БОСАТУ ТУРАЛЫ
№ _____ АНЫҚТАМА
СПРАВКА № _____
О ВРЕМЕННОМ ОСВОБОЖДЕНИИ ОТ РАБОТЫ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

Берілген күні (Дата выдачи) 20__ жылғы (года) "__" _____.

Азаматқа берілді (Выдана гражданину(ке)) _____

оның ауру баланы күту үшін жұмыстан босатуға мұқтаж екендігі туралы

(в том, что он (а) нуждается в освобождении от работы по уходу за

больным ребенком).

Жұмыс орны (Место работы) _____

Бала туралы мәліметтер (Сведения о ребенке) _____

тегі, аты, жасы (фамилия, имя, возраст)

Диагноз _____

_____

Мектепке дейінгі ұйым, мектеп (Дошкольное учреждение, школа) ___

_____

_____

_____

№ 138/е.н. артқы беті Оборотная сторона ф. № 138/у

_____

Жұмыстан босатылуы Освобождение от работы

қай күннен бастап с какого числа	қай күн аралығында по какое число (включительно)	дәрігердің лауазымы мен тегі должность и фамилия врача	дәрігердің қолы подпись врача	ДКК төрағасының қолы подпись председателя ВКК

_____

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша

(число, месяц, (число, месяц про-

год); писью)

_____

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша

(число, месяц, (число, месяц про-

год) писью)

_____

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша

(число, месяц, (число, месяц про-

год) писью)

Жұмысқа кірісуі (Приступить к работе) (с) 20__ жылғы (года)

_____ бастап

Ұйымның мөрі

Печать организации

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 278/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 278/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 278/у с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Амбулаториялық науқастарды тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации амбулаторных больных
(за) _____ 20__ жыл (год) бойынша

Р/с № п/п	Ай күндері Числа месяца	Науқастың алғашқы, немесе қайталап қабылдануы (жазыңыз) Принят больной первично, повторно (вписать)	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Жынысы Пол	Туған жылы, 1 жасқа дейінгі балалар үшін-күні Год рождения, для детей до 1 года дата	Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс орны Место работы	Диагноз	Емдеудің атауы Название лечения	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Примечание. В медицинских организациях, имеющих автоматизированные рабочие места медицинских работников, журнал ведется в электронном виде.

При ведении журнала в электронном виде в день регистрации пациента записи о регистрации пациента присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан РеспубликасыДенсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 278-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 278-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 278-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Тексеріп-қарау кабинетінің (ер, әйел) күн сайын қабылдау журналы

Журнал ежедневного приема смотрового (мужского, женского) кабинета

№	Қабыл-дау күні/ Дата приема	Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жасы/ Возраст	Мекен-жайы / Домашний адрес	65 және одан асқан жаста (+ белгілеу)/ 65 лет и старше (отметить +)	"Д" есебіндегі тұлғалар (+ белгілеу) /Лица из группы "Д" учета (отметить +)	Цитологиялық материал-ды алған күн / Дата забора цитологического материала	Цитологиялық материал-ды нәтижесі/ Результат цитологического материала	Қара Резу осмо
										дені сау/ здор

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 278-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 278-2 /у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 278-2/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналдары /
Журналы учета пациентов по скринингам на уровне ПМСП

Маммографиялық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы /
Журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу

№	ТАӘ (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Мекенжайы, телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, год рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн/ Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7

Маммография күні /Дата маммографии	BI-RADS нәтижесі (бірінші оқу)/ Результат BI-RADS (первая читка)	BI-RADS нәтижесі (бірінші оқу)/ Результат BI-RADS (вторая читка)	Онкологке, маммологке жіберілген күні/ Дата направления к онкологу, маммологу	Емханалық Диагноз/ Клинический диагноз
8	9	10	11	12

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

-алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/ участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні№6 бағансыз)/ в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).

- 5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с/ Графа 5 – отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

- 6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет/ Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациентки на скрининг.

- 8, 9-бағандар – М1, М2 және с.с. шифрлауға сәйкес нәтижелер қойылады/Графы 8, 9 – выставляется результат в соответствии с шифровкой М1, М2 и т.д.

- 11-баған – маман (онколог, маммолог) қойған немесе маммография нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады/ Графа 11 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (онкологом, маммологом) либо в соответствии с результатом маммографии.

Цитологиялық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы/

Журнал учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу

№	**ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО(при его наличии)**	**ЖСН / ИИН**	**Мекенжайы, телефон/ Адрес, телефон**	**Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, год рождения**	**Жас тобы/ Возрастная группа**	**Скринингке шақырылған күн/ Даты приглашения на скрининг**
1	2	3	4	5	6	7
…						

			Жұғынды қайтадан	

Цитологияға жұғынды алынған күн/Дата взятия мазка на цитологию	Bethesda бойынша нәтиже/ Результат по Bethesda	Bethesda бойынша нәтиже алынған күн/ Дата получения результата по Bethesda	алынды, күні/ Мазок взят повторно, дата	Bethesda бойынша нәтиже, қайтадан/ Результат по Bethesda, повторно
8	9	10	11	12

Кольпоскопия өткізу күні / Дата проведения кольпоскопии	CIN бойынша кольпоскопия нәтижесі/ Результат кольпоскопии по CIN	CIN бойынша нәтиже алынған күн/Дата получения результата по CIN	Гинекологқа, онкологқа жіберілген күн/Дата направления к гинекологу, онкологу	Емханалық диагноз/ Клинический диагноз
13	14	15	16	17

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні №6 бағансыз)/в смотровом кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).

- 5-бағанда–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 30, 35және с.с./Графа 5 – отмечается возрастная группа скрининга – 30, 35 и т.д.;

- 6-бағаң – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет/Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациентки на скрининг.

- 8, 11-бағандар – Bethesda жіктегішіне сәйкес нәтижелер қойылады/Графы 8, 11 – выставляется результат в соответствии с классификацией Bethesda

13-бағаң – CIN жіктегішіне сәйкес нәтижелер қойылады/Графа 13 – выставляется результат в соответствии с классификацией CIN

16-бағаң –маман (гинеколог, онколог) қойған немесе цитология (Bethesda бойынша) немесе гистология (CIN бойынша) нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады/Графа 16 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гинекологом, онкологом) либо в соответствии с результатом цитологического (по Bethesda) или гистологического (по CIN) заключения.

Колоректалдық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы /

Журнал учета пациентов, подлежащих колоректальному скринингу

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Мекенжайы, телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, год рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн/ Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7
…						

Скринингтен өткен күн / Дата прохождения скрининга	Гемокульт-тестілеу өткізілген күн/Дата проведения гемокульт-теста	Гемокульт-тестілеудің нәтижесі/Результат гемокульт-теста	КСтуралы ақпараттандыру күні/Дата информирования о КС	КС жіберілген күні /Дата направления на КС
8	9	10	11	12

КС өткізілген күн/Дата проведения КС	КС нәтижесін алған күн/Дата получения результата КС	КС нәтижесі/ Результат КС	Маманға жіберілген күн/Дата направления к специалисту		Емханалық диагноз/ Клинический диагноз
			гастро-энтерологке, коло-проктологке/ гастро-энтерологу, коло-проктологу	Онкологке /онкологу	
13	14	15	16	17	18

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен /участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні №6 бағансыз/ в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).

- 5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с/Графа 5 – отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

- 6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациенткаңың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет/Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациента на скрининг.

- 7-баған – пациенттің скринингтен өту үшін АМСК хабарласқан күні/Графа 7 – дата обращения пациента в ПМСП по случаю прохождения скрининга.

- 9-баған – тестінің нәтижесі көрсетіледі: "оң" немесе "теріс"/Графа 9 – указывается результат теста: "положительный" или "отрицательный".

- 10-баған – оңтайлы гемокульт-тест алған жағдайда пациентпен колоноскопия өту туралы, ішекті дайындау тәртібі, салдары туралы әңгімелесу күні көрсетіледі/Графа 10 – указывается дата беседы с пациентом при получении положительного гемокульт-теста о необходимости прохождения колоноскопии, правилах подготовки кишечника, возможных последствиях.

-

11-бағаң–колоноскопия кабинетіне кезекке тұрғызылған күні көрсетіледі. Күні эндоскопиялық кабинеттің зертханашысымен телефон арқылы хабарланады немесе эндоскопиялық кабинетпен келісілген жолдамалар кестесіне сәйкес колоноскопияға қойылады/Графа 11 - указывается дата постановки на очередь в кабинет колоноскопии. Дата сообщается лаборантом эндоскопического кабинета по телефону либо выставляется в соответствии с согласованным с эндоскопическим кабинетом графиком направлений на колоноскопию.

14-бағаң – CS 1, CS 2 және с.с. шифрлауға сәйкес нәтижелер қойылады/Графа 14 – выставляется результат в соответствии с шифровкой CS 1, CS 2 и т.д.

17-бағаң – маман (гастроэнтеролог, колопроктолог, онколог) қойған немесе колоноскопия нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады /Графа 17 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гастроэнтерологом, колопроктологом, онкологом), либо в соответствии с результатом колоноскопии .

Қылтамақ және асқазан қылтамағы скринингісінен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы /

Журнал учета пациентов, подлежащих скринингу рака пищевода и рака желудка

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии)	ЖСН/ ИИН	Мекенжайы, телефон / Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/Дата, месяц, год рождения	Жас тобы/ Возрастная группа
1	2	3	4	5	6
…					

Скринингке шақырылған күн/Даты приглашения на скрининг	Скринингтен өткен күн / Дата прохождения скрининга	ЭГДС кезекке қойылған күн/Дата постановки на очередь на ЭГДС	ЭГДС өткізілген күн/Дата проведения ЭГДС	ЭГДС нәтижесін алған күн / Дата получения результата ЭГДС
7	8	9	10	11

ЭГДС нәтижесі/ Результат ЭГДС	Маманға жіберілген күн / Дата направления к специалисту	

А	Б	В	Г	Д	Е	гастроэнте-рологке/ гастроэнте-рологу	Онкологке/ онкологу	**Емханалық диагноз/ Клинический диагноз**
12	13	14	15	16	17	18	19	20

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні №7 бағансыз)/в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 7 – Дата приглашения на скрининг).

6-баған –скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с./Графа 6 – отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

7-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет. Осы жерде және әрі қарай барлық күндер жылын көрсетпей 27.05. (чч.мм.) форматта толтырылады, өйткені журнал жыл сайын жаңарып отырады/Графа 7 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациента на скрининг. Здесь и далее все даты заполняются в формате 27.05 (чч.мм) без указания года, так как журнал ежегодно обновляется.

8-баған – пациенттің скринингтен өту үшін АМСК хабарласқан күні (025-08/У нысаны толтырылған, ЭГДС жүргізуге келісім алынды, эндоскопиялық зерттеуге жолдама берілді)/Графа 8 – дата обращения пациента в ПМСП по случаю прохождения скрининга (заполнена форма 025-08/У, получено согласие на проведение ЭГДС, дано направление на эндоскопическое исследование).

9-баған – эндоскопия бөлімшесіне кезекке тұрғызылған күні көрсетіледі. Күні эндоскопия бөлімшесінің зертханашысымен телефон арқылы хабарланады немесе эндоскопиялық кабинетпен келісілген жолдамалар кестесіне сәйкес ЭГДС қойылады/ Графа 9 – указывается дата постановки на очередь в отделение эндоскопии. Дата сообщается лаборантом отделения эндоскопии по телефону

либо выставляется в соответствии с согласованным с эндоскопическим кабинетом графиком направлений на ЭГДС.

- 12-бағаң – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес ЭГДС өткізу көлемі көрсетіледі /Графа 12 – указывается объем проведенной ЭГДС в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

- 13-бағаң – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес өңеш пен асқазанның таза болу дәрежесі көрсетіледі/Графа 13 – указывается степень чистоты пищевода и желудка в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

- 14-бағаң – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес ЭГДС өткізу кезіндегі асқынулар көрсетіледі/Графа 14 – указываются осложнения при проведении ЭГДС в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

- 15-бағаң – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес биопсия жүргізу көрсетіледі/Графа 15 – указывается проведение биопсиив соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

- 16-бағаң – ES1, ES 2, GS1, GS2 және с.с. шифрлеуге сәйкес ЭГДС нәтижелері қойылады/Графа 16 – выставляется результат ЭГДС в соответствии с шифровкой ES1, ES 2, GS1, GS2 и т.д.

- 17-бағаң – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес биопсия жүргізілген жағдайда гистологиялық зерттеу нәтижелері көрсетіледі/Графа 17 – указывается результат гистологического исследования в случаев проведения биопсии в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

-

20-бағаң – маман (гастроэнтеролог, онколог) қойған немесе эндоскопия нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады/Графа 20 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гастроэнтерологом, онкологом), либо в соответствии с результатом эндоскопии.

Қуықалды безі қылтамағының скринингісінен өтуі тиіс ПСА пациенттердің қан үлгілерін есепке алу журналы/

Журнал регистрации образцов крови на ПСА пациентов, подлежащих скринингу рака предстательной железы

АМСК ЖН/ ИН ПМСП	**Пациенттің РН/ПН пациента**	**Қан алған күн/ Дата взятия крови**	**Пациенттің ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии) пациента**	**ЖСН / ИИН**	**Жасы/ Возраст**	**Тұратын жерінің мекенжайы/ Адрес места жительства**	**Үлгілерді ИХТ зертханаға жіберу күні/Дата отправки образцов в лабораторию ИХА**
1	2	3	4	5	6	7	

Зерттеу нәтижесі/Результат исследования					**Нәтижені алған күн/ Дата получения результата**	**Урологқа/ онкоурологқа жіберілген күн/Дата направления к урологу/ онкоурологу**
Жалпы ПСА/ Общий ПСА	Бос ПСА/ Свободный ПСА	[-2] проПСА/ [-2] проПСА	РНІ	Талдауды қайталау қажет етіледі/ Требуется повторить анализ		
8	9	10	11	12	13	14

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/ Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің қаналу кабинетінің / зертхананың/ дәрігерге дейінгі кабинеттің емдеу медбикесімен/процедурной медсестрой в кабинете забора крови / лаборатории / доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи;

- алдыналу бойынша учаскелік медбикемен/ участковой медсестрой по профилактике.

1-бағаң – АМСК ұйымының жеке нөмірі көрсетіледі, Денсаулық сақтау басқармасымен беріледі/Графа 1 – указывается идентификационный номер организации ПМСП, присваивается Управлением здравоохранения.

- 2-бағаң – қан алу кезінде алмаспайтын нөмірлеуге сәйкес берілетін, пациенттің реттік нөмірі көрсетіледі/Графа 2 – указывается порядковый номер пациента, который присваивается согласно сквозной нумерации во время забора крови.

- 5-бағаң – пациенттің жастық тобы көрсетіледі (50, 54, 58 және с.с.)/Графа 5 –указывается возрастная группа пациента (50, 54, 58 и т.д. лет).

- 8-бағаң – ПСА толық (жалпы, бос және[-2] проПСА) зерттеуді алған жағдайда ұсынылған екеудің ішінен жалпы ПСА бірінші көрсеткіші көрсетіледі/Графа 8 – в случае получения развернутого исследования ПСА (общий, свободный и [-2] проПСА) указывается первый показатель общего ПСА из представленных двух.

- 12-бағаң – ақау табылған жағдайда биоматериалды қайтарған жағдайда толтырылады/Графа 12 – заполняется в случае возврата биоматериала вследствие выявленного дефекта.

- 13-бағаң – нәтижені алған күн немесе биоматериалды қайтарған күн көрсетіледі/ Графа 13 – указывается дата получения результата или дата возврата биоматериала.

- 14-бағаң – пациентті урологқа/онкоурологқа терең зерттеуге жіберген жағдайда толтырылады/Графа 14 – заполняется в случае направления пациента на углубленное обследование к урологу/ онкоурологу.

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 279/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 279/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 279/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Приложение 4 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 4 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования) .

А4 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 003-4//у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Медбикенің қолы (Подпись медсестры) _____ ТАӘ (ФИО)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ ТАӘ (ФИО)

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 025-6//у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 058-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 058-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 058-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 058-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 058-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 058-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 060-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 060-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 060-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 060-2/у нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 060-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның атауы Наименование организации	Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

АИТВ-инфекциясын жұқтырғандардың (ИБ (+) тіркеу журналы
Журнал регистрации ИБ(+) ВИЧ-инфицированных

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

№	ТАӘ ФИО	Мекен-жайы Адрес	Туған жылы Дата рождения	Азамат-тығы Граж-данство	Жы-нысы Пол	Жұмыс орны Место работы
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Анықталған орны Место выявления	ИБ № № ИБ	ИБ күні Дата ИБ	Коды Код	Шұғыл хабарламаны телефон арқылы жеткізген күні және сағат Дата и час сообщения экстренного извещения по телефону	Алғашқы шұғыл хабарламаны жіберген күні Дата первичной отсылки экстренного извещения
8	9	10	11	12	13

продолжение таблицы

Шұғыл хабарламаны жіберген адамның ТАӘ ФИО, передавшего экстренное извещение	Шұғыл хабарламаны қабылдаған адамның ТАӘ ФИО, принявшего экстренное извещение	Жұқпа көзі (ТАӘ, күні, ИБ №) Источник инфекции (№ ИБ, дата, ФИО)	Жұғу жолы Путь передачи	Ескерту (қайтыс болды, "Д" есептен шыққан) Примечание (умер, выбыл с "Д" учета)
14	15	16	17	18

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 067-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 067-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 067-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ОКУД бойынша мекеменің коды Код учреждения по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 107/е нысанды медициналық құжаттама
Мекеменің аты. Наименование учреждения	Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 107/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 098/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 098/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 098/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 109/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 109/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 109/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 110/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 110/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Жедел және шұғыл медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы
Карта вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи

Тегі Фамилия	Жынысы Пол е. ә м. ж.	Қызмет көрсету уақыты Дата обслуживания	Күні Дата	Айы Месяц	Жылы Год	
Аты Имя	Қайта шақыру Повтор иә жоқ да нет	№ шығу бригадасының құрамы Состав выездной бригады №				
		дәрігер (фельдшер I) врач (фельдшер I)				
Әкесінің аты Отчество	Нәтиже Результат	фельдшер II (медбике) фельдшер II (медсестра)				
Жасы Возраст Жылы айы күні Лет месяцев дней	1-диагноз Диагноз 1	Жүргізуші водитель				
Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Асқыну, қосымша Осложнения дополнения	ЖМЖ бригадасына актив Актив для бригады СМП	№		Уақыты время	
Жұмыс орны Место работы	Басқа аурулары Сопут. диагнозы	Учаскелік дәрігерге актив Актив для участ. врача	тел.		қабылдады принял	
Қаралу, көмек көрсету,ауруха-наға жатудан бас тарту Отказ от осмотра, оказания помощи, госпитализации	Жарақат түрі Вид травматизма		тел.		қабылдады принял	
Мен _____ қаралу, көмек көрсету, ауруханаға жатудан бас тартамын. Жедел жәрдем бригадасы қызметкерлерімен мүмкін болар асқыну мен бас тартудың салдары туралы ескертілдім. Қолы _____	Алкоголь иә жоқ да нет	Шақыру бойынша қосымша ақпарат Дополнительная информация по вызову				
	Жету уақыты Доезд	Жеткізілді және тапсырылды Доставлен и передан				
		Мекемеге В учреждение	Уақыты время	Ауруханаға жатқызу госпитализация	қолы роспись	

Я _____ Отказываюсь от осмотра, помощи, госпитализации. Сотрудниками бригады скорой помощи я предупрежден о возможных осложнениях и последствиях своего отказа. Подпись	Бригада босауы Освобожде-ние бригад	Сараптама бағасы Экспертная оценка														
	Қашықтық (км) Километраж (км)	Сараптама кезеңі Этап экспертизы	1	2	3	4	5	6	7	8	9			Сараптық Эксперт		
		Аға дәрігер Старший врач														
		Бөлімше мең еруш. Зав. отделением														
		Бас дәріг.орынб. Зам. главного врача														

Шағымы / Жалобы: _____

Осы аурудың анамнезі / Анамнез настоящего заболевания: _____
_____-

Өмір сыртартқысы / Анамнез жизни: _____

Жалпы жағдайы Общее состояние					Везикулярлық везикулярное пуэрилдік пуэрильное қатқыл жесткое әлсізденген О С ослаблено П Л бронхореялық бронхорея	5	
1 2 3	Қанағаттанарлық удовлетворител. Орташа средней тяжести нашар тяжелое агониялық агональное биологиялы өлім биологи-ческая смерть	3 4 5 6	Сарғыш желтушные көгіс (көк ала) цианоз (акроцианоз) қызғылт гиперемия құрғақ-дымқыл сухие-влажные таза-бөртпе чистые-сыпь гипостаза	3	Сырылы: жоқ Хрипы: нет Құрғақ сухие Ылғалды влажные	6	
	Санасы Сознание	Жүрек - қан тамыр.жүйесі Сер.-сосудист. система					
1 2	Айқын ясное айқын емес 1,2 оглушен-ность 1,2	1	Жүрек дыбысы: айқын, Тоны сердца:ясные тұншыққан, тұнық приглушенные, глухие	4	Демікпесі: жоқ экспираторлы инспираторлы аралас		

3 4	сопор кома 1,2,3 ессіз отсутствует	2	Шуылы: жоқ, Шумы:нет систолик, диастолик.,		Одышка: нет Экспираторная Инспираторная смешанная	7
Көңіл күйі Поведение		3	Тамыр соғуы: Пульс Қанағаттанарлық Удов. качес Ырғақты ритмичный Ырғақсыз аритмичный Толымды напряжен Толымсыз слабого наполнения Жоқ отсутствует	Жүйке жүйесі: Невролог. Статус:		
				1	Патологиясыз Без патологии	8
1 2	Сабырлы спокоен қозған возбужден әлсіз вял, тежелген заторможен			2	Менингеалдық симптомдары: сірескен __ Кернига (+-) Брудзинский (+-) Менингеальн. Симпт. Регидность п.п. Кернига (+-) Брудзинский (+-)	9
Көз қарашығы Зрачки						Аңқасы: Зев:
1 2 3 4	Қалыпты нормальное миоз-мидриаз жарыққа әсері: реакция на свет жанды живая әлсіз ослабленная жоқ отсутствует анизокария D S	Тыныс алу жүйесі Дыхательная система		3	Көз ұясы: Парез қыли О С көлденең, тік Глазные яблоки: парез взора П Л Нистагм.гориз. верт.	1 2 3 4
		1	Көкірек керілуінің күйі: Экскурсия груд.кл: қалыпты; нормаль. төмендеген О С снижена П. Л. дем алуы ауытқулы; патолог. дыхание жоқ отсутствует	4	ЧМН: птоз О С мұрын-ерін қатпары жазық; жұтынуы бұзылған; тілі ауытқулы О С төменгі еріннің салбырауы ЧМН:птоз П Л Носогубн.скл.сглаж. нарушения глотания отклон.языка ПЛ опущение угла рта	
Тері қабаты Кожные покровы		2	Тынысын тыңдау: Дыхание аускульт:			Ас қорыту жүйесі: Пище-вари-тель-ная сист:
1 2	физиолог. Түсті бозғылт бледные бозғылт					1

продолжение таблицы

Сіңір рефлекстері: қалыпты екі	жағындымен обложен налетом		Етеккір циклы: бұзылмаған бұзылған	Емдеу нәтижесі Результаты лечения:

жақты төмендеген О С Ж Т жоғарылаған О С Ж Т жоқ Сухожильн. рефлексы: нормальн. Симметр. Снижены П Л В Н Повышен П Л В Н отсутствует	2	Іші: жұмсақ, ауырсынбайды, ауырсынады,. керілген, кеуіп тұр; тыныс алуға қатысуда (иә,жоқ) Живот: мягкий безболезн,болезн, напряжен,вздут участ.в дых. (да,нет)		2	_____ Менструальный цикл: Без нарушений Нарушения	жақсарды өзгеріссіз нашарлады улучшение без изменений ухудшение
				Периферияльқ ісіну Периферические отеки:		
Қозғалу сферасы: парез (плегия) О С Ж Т ет қуаты жоғарылаған (төмендеген) О С Ж Т Двигатель. Сфера парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н	3	Симптомдары: Щеткин-Бл. + - Ровзинга + - Ситковский + - Ортнер + - Симптомы: Щеткина-Бл + - Ровзинга + - Ситковского + - Ортнера + -		1 2 3	Жоқ отсутствует ісіңкі _____ пастозность іскен _____ _____ Отечность	
Ауру сезімталдығы төмендеген О С Ж Т Болевая чувствитель снижен П Л В Н	4	Бауыры: қалыпты __ см-ге ұлғайған қатты ауырсынады Печень: в норме увеличена см плотная болезнен	Көк б. қалыпты см-ге ұлғайған қатты ауырсынады Селезенка в норме увеличена см плотная болезнен	ТАЖ ЧДД		
Афазия: моторлы сенсорлы, тоталды Афазия: моторная, сенсорная, тотальная				t ғ Т С		
Бабинский симпт. О С Оппенгейм симп. О С периферияльқ нервтердің тартылу симптомы с.Бабинского П Л		Несеп жыныс жүйесі Мочеполовая система		Пульс		
	1	Несеп жүруі: қалыпты дизурия _____				

с. Оппенгейма П Л с. натяж. периф.нервов		Мочеотделение: Нормальное Дизурия	ЖСЖ ЧСС			
			АҚҚ оң сол АД прав			
Қалыпты спокойный Қызарған гиперимия Ісіңкі отечность Таңдай:ұлғай ан., іркілдеп тұр., іріңдеп тұр Миндалины: увелич,рыхлы , пробки бездері		ССПО - + (О С) ССПО - + (П Л)				
			Қалыпты қан қысымы SaO			
			Қан құ- рамын- дағы қант Сахар крови	ммоль/л		ммоль/л
Тілі: таза, ылғалды- құрғақ Язык: чистый, влажный-сухой						

Status localis		Емдеу іс-шаралары Лечебные мероприятия	Шығын: Расход
Жедел жәрдем диагнозы Диагноз скорой помощи	Диагностиканың аспаптық әдітері Инструментальные методы диагностики:		

Картаны толтырған дәрігер(фельдшер) _____ (Колы)

Карту заполнил: врач (фельдшер) _____ (Подпись)

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 110-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 110-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРГЕ ЖІБЕРІЛЕТІН ДАБЫЛ ПАРАҒЫ
СИГНАЛЬНЫЙ ЛИСТ УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ

20__ жылғы (года) "__" _____ сағ. (час.) _____

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) _____

_____

Туған күні (Дата рождения) _____

АҚҚ (АД) _____ ЖСЖ (ЧСС) _____

ТАЖ (ЧД) _____ Дене қызуы (Температура) _____

Диагнозы: _____

_____

_____

_____

_____

Үйінде қалдырылған науқасқа көрсетілген көмек (Оказанная помощь

больному, оставленному дома):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

АҚҚ (АД) _____

ЖСЖ (ЧСС) _____

ТАЖ (ЧД) _____

Дене қызуы (температура) _____

Шығу бригадасының дәрігері

(Врач выездной бригады) _____

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство	

здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 110-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы + ӘАОЖ коды Наименование организации + Код КАТО	Медицинская документация Форма № 110-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 110-2/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы

Карта вызова бригады санитарной авиации

Аймақтық өтініштің келіп түсу уақыты мен күні/Дата и время поступления заявки в регион	**РСАО өтініштің келіп түсу уақыты мен күні/ Дата и время поступления заявки в РЦСА**	**Өтініштің авиа компанияға тапсырылу уақыты мен күні/ Дата и время передачи заявки в авиа компанию**	**Ұшудың белгіленген уақыты мен күні/Дата и время назначенного вылета**	**Ұшудың нақты уақыты мен күні/Дата и время фактического вылета**	**Елді мекенге ұшып келі уақыты мен күні/ Дата и время прилета в населенный пункт**	**Стационарға келу уақыты мен күні/Дата и время прибытия в стационар**	**Стационардан шығу уақыты мен күні/ Дата и время выезда из стационара**	**Ел ме ұш уа кү и вы на пу**

Штрих код ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О.пациента (при его наличии)	
Туған күні (Дата рождения): Жасы (Возраст): Жынысы Ә/Е(керекті астын сызыңыз) Пол: М /Ж (нужное подчеркнуть) ЖСН (ИИН) ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|	
Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства)	
Диагнозы (Диагноз): 10-АХЖ коды (код МБК-10)	
Зақымдану жағдайы (Обстоятельства травмы)	
Дәрігер (Врач) Фельдшер(Фельдшер)	
Стационарда қарау кезіндегі шағымдар (Жалобы при осмотре в стационаре):	
Обьективті мәліметтер (Объективные данные): _____ Глазго шкаласыбойынша сана деңгей (Уровень сознания по шкале Глазго):	

Status localis:

Шағымы / Жалобы:_____
_____

Осы аурудың анамнезі / Анамнез настоящего заболевания: _____
_____

Өмір сыртартқысы / Анамнез жизни:_____
_____

Жалпы жағдайы Общее состояние								жағындымен обложен налетом	
1 2 3	Қанағаттанарлық (удовлетвори тельное) орташа (средней тяжести) нашар (тяжелое) агониялық (агональное) биологиялық өлім (биологическая смерть)	3 4 5 6	Сарғыш (желтушные) көгіс (көк ала) (цианоз (акроцианоз)) қызғылт (гиперемия) құрғақ (сухие) дымқыл (влажные) таза (чистые) бөртпе (сыпь) гипостаза		Везикулярлық везикулярное пуэрилдік пуэрильное қатқыл жесткое әлсізденген О С ослаблено П Л бронхореялық бронхорея	5	Перкуторлыдыбыс: Анық өкпелік Тұйықталған (немесе тұйық) Тимпанит дабылды Қорпты Перкуторный звук: Ясный легочный Притупленная (или тупой) Тимпанический Коробочный	2	Іші: жұмсақ, ауырсынбайды, ауырсынады,. керілген, кеуіп тұр; тыныс алуға қатысуда (иә,жоқ) Живот: мягкий безболезн, болезн., напряжен, вздут участ.в дых. (да,нет)
						6	Сіңір рефлекстері : қалыпты екі жақты төмендеген О С Ж Т жоғарылаған О С Ж Т жоқ Сухожильн.рефлексы : нормальн. симметр. снижены П Л В Н повышен П Л В Н отсутствует		
	Санасы Сознание		Жүрек - қан тамыр.жүйесі Сер.-сосудист . система	3	Сырылы: жоқ Хрипы: нет Құрғақ сухие Ылғалды влажные	7	Қозғалу сферасы: парез (плегия) О С Ж Т ет қуаты жоғарылаған (төмендеген) О С Ж Т Двигательн. сфера парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н	3	Симптомдары: Щеткин-Бл. + - Ровзинга + - Ситковский + - Ортнер + - Симптомы: Щеткина-Бл. + - Ровзинга + - Ситковского + - Ортнера + -
1 2	Айқын (ясное) айқын емес 1,2 (оглушенность	1	Жүрек дыбысы (Тоны сердца): айқын (ясные), тұншыққан (приглушенные), тұнық (глухие)	4	Демікпесі: жоқ экспираторлы инспираторлы аралас Одышка: нет				1 2 3

3 4	1,2) сопор кома 1,2,3 ессіз (отсутствует)	2	Шуылы: жоқ, Шумы:нет систолическ , диастолическ .,		Экспираторная Инспираторная смешанная	8	Ауру сезімталдығы төмендеген О С Ж Т Болевая чувствительн. снижен П Л В Н	4	Бауы ры: қалып ты __см-ге ұлғай ған қатты ауырсынады Печень: в норме увели чена, см плотная болезненна	Көк б. қалып -ты см-ге ұлғай ған қатты ауыр сы-нады Селе зенка в норме увеличена см плотная болезненна	ТАЖ
	Көңіл күйі Поведение				Жүйке жүйесі: Невролог. статус:						
				1	Патологиясыз Без патологии						
		3	Тамыр соғуы : Пульс Қанағаттанар лық Удов. качест. Ырғақты ритмичный Ырғақсыз аритмичный Толымды напряжен Толымсыз слабого наполнения Жоқ отсутствует	2	Менингеалдық симптомдары: сірескен __ Кернига (+-) Брудзинский (+-) Менингеальн. симпт. Ригидность п . п. Кернига (+-) Брудзинский (+-)	9	Афазия:моторлы сенсорлы,тоталды Афазия:моторная, сенсорная, тотальная			tº
1 2	Сабырлы (спокоен) қозған (возбужден) әлсіз (вял), тежелген (заторможен)					10	Бабинский симпт. О С Оппенгейм симпт. О С перифериялық нервтердің тартылу симптомы с.Бабинского П Л с. Оппенгейма П Л с. натяж.периф.нервов				Пул
									Несеп жыныс жүйесі Мочеполовая система		
	Көз қарашығы Зрачки						Аңқасы: Зев:	1	Несеп жүруі: қалыпты дизурия_____ Мочеотделение: Нормальное Дизурия		ЖСЖ ЧСС
			Тыныс алу жүйесі Дыхательная система		Көз ұясы: Парез қыли О С көлденең , тік Глазные яблоки: парез взора П Л				ССПО - + (О С) ССПО - + (П Л)		АҚК оң сол АД пра
	Қалыпты (нормальное) миоз-мидриаз жарыққа әсері: (реакция на		Көкірек керілуінің күйі: Экскурсия груд.кл:				Қалыпты спокойный Қызарған гиперемия				Отт сат

1 2 3 4	свет) жанды (живая) әлсіз (ослабленная) жоқ (отсутствует) анизокория DS	1	қалыпты; нормаль. төмендеген О С снижена П. Л. дем алуы ауытқулы; патолог. дыхание жоқ отсутствует	3	Нистагм гориз., верт.	1 2 3 4	Ісіңкі отечность Таңдай:ұлғайған., іркілдеп тұр., іріңдеп тұр Миндалины:увелич, рыхлые,пробки бездері				Сат кис
					ЧМН: птоз О С мұрын-ерін қатпары жазық; жұтынуы бұзылған; тілі ауытқулы						Қан мын қан Сах
Тері қабаты Кожные покровы						Ас қорыту жүйесі: Пищеварительная сист:					
1 2	физиолог. Түсті бозғылт бледные бозғылт	2	Тынысын тыңдау: Дыхание аускульт.:	4	О С төменгі еріннің салбырауы ЧМН: птоз П Л Носогубн. скл. сглаж. нарушения глотания отклон. языка П Л опущение угла рта	1	Тілі: таза, ылғалды-құрғақ Язык: чистый, влажный-сухой				

№ 110-2/е н. артқы беті
(Оборотная сторона ф. № 110-2/у)

Медициналық қызметтер (Медицинские услуги)

телемедицина өткізілген/өткізілмеген (телемедицинапроведена/не проведена):
өткізілген мекеме (проведена с какой организацией):
өткізген мамандар (с какими специалистами):

телемедицина қорытындысы (заключение телемедицины):

Консультация (түзету емдеу), пациентке операция жасау (Консультация (коррекция лечения), операция пациента)	**Гемодинамика көрсеткіштері (Показатели гемодинамики)**							
	ТҚЖ (ЧДД)	Т	PS	ЖСЖ (ЧСС)	АҚ (АД)	Сатурация	Қандағы қант (Сахар крови)	Қосымша тексеру Дополнительные обследования

Дейін (До)								
Кейін (После)								

Қорытынды:кеңес берілді, операция жасалды, орнында қалдырылды, тасымалданды (астын сызу). (Результат: консультирован, оперирован, оставлен на месте, транспортирован) (подчеркнуть)

Дәрігер-кеңесшінің диагнозы (Диагноз врача-консультанта):		Ұсынымдар Рекомендации

Жедел медициналықкөлігіндегі шағымдары (Жалобы в машине скорой медицинской помощи):

Тасымалдау кезінде пациентті динамикалық бақылау (Динамическое наблюдение пациента при транспортировке):	Гемодинамика көрсеткіштері (Показатели гемодинамики)							Ұшу кезіндегі шағымдары (Жалобы во время полета)
	ТҚЖ (ЧДД)	Т	PS	ЖС (ЧСС)	АҚ (АД)	Сатурация	Қандағы қант (Сахар крови)	
Бір сағат (один час)								
Екі сағат (два часа)								
Үш сағат (три часа)								
Төрт сағат (четыре часа)								

Уақыты (Время)	Медициналық мәндегі бұйымдар және мөлшері (Медицинские средства и дозы)	
Бір сағат (один час)		
Екі сағат (два часа)		
Үш сағат (три часа)		
Төрт сағат (четыре часа)		

Тасымалдау әдісі (Метод транспортировки):	Жеңіл арбада (на коляске)	Зембілмен (на носилках)	Қолмен (на руках)

Медицинское оборудование

Пациент тасымалдауды сезінді: жақсы, қанағаттанарлық, нашар, қайтыс болды (астын сызу) (Транспортировку пациент перенес): (хорошо, удовлетворительно, с ухудшением, умер) (подчеркнуть)

Күні (Дата) _____ Уақыты (время) _____ _____ науқасты медициналық ұйымның(МҰ) қабылдау бөліміне немесе жедел жәрдем

бригадасына табыстады(передачи больного в приемный покой медицинской организации (МО) или бригаде скорой медицинской помощи).

Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә._____ _____ Код _____ Қолы (подпись)

(Ф.И.О. врача, доставившего пациента):

МҰ немесе жедел медициналық көмекбригадасының қабылдаған дәрігердің Т.А.Ә._____ _____ Қолы (подпись)

(Ф.И.О. врача, принимающей МО или бригады скорой медицинской помощи):

Пациент тасымалданды (Пациент транспортирован в) _____

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**	**А5 форматы** **Формат А5**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 114/е нысанды медициналық құжаттама	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохране Республики Казахстан
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 114/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	Ұйымның атау Наименование организации

Сноска. Форма № 114/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына жіберіледі) Талон к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи (после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой помощи) №_____

Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі)
Ілеспе парағы /Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни)
№_____

Тегі/Фамилия_____ Аты/ Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам)

Туған күні (Дата рождения)_____

Көшеден, пәтерден, жұмыс орнынан, медициналық ұйымнан, қоғамдық орындардан және т.б. әкетілді (Взят с улицы, квартиры, рабочего места, из медицинской организации, общественного места и др)). _____

жазыңыз (вписать)

Жедел жәрдем жолдаған кездегі диагнозы (Диагноз при направлении скорой помощи) _____

Жеткізілді (Доставлен в)_____

"____" сағ. (час). "____" мин._____

__20____ жылғы (года)

Қабылданған шақырту бойынша: (По вызову принятому в): "____" сағ. (час). "____" мин.

Тасымалдау зембілмен, қолмен көтеріп, аяғымен (Переноска на носилках, на руках, пешком)

Жеткізілді (Доставлен в) _____

20____ жылғы (года)_____сағ.час _____ мин._____

қабылданған шақырту бойынша (по вызову, принятому в) _____

Дәрігер (Врач)_____

Фельдшер Тегін анық жазыңыз (Фамилия - разборчиво)

Тегі/Фамилия_____

Аты/Имя_____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/ Отчество (при его наличии)_____

сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам)

Туған күні (Дата рождения)_____

Дәрігер (Врач)_____

Тегін анық жазыңыз (Фамилия - разборчиво)

Фельдшер_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Мекенжайы (Адрес)_____

Көшеден, пәтерден, жұмыс орнынан, медициналық ұйымнан, қоғамдық орындардан және т.б. әкетілді (Взят с улицы, квартиры, рабочего места, из медицинской организации, общественного места и др))._____

жазыңыз (вписать)

Қашан және не болды. (Когда и что случилось)_____

20_____жылғы (года) "__"_____

Көрсетілген көмек (Оказанная помощь)

Емдеу ұйымының ескертулері (жедел жәрдем қызметінің кемшіліктерін көрсетіңіз)

разборчиво)
Жедел, шұғыл жәрдем, емхана жолдағандағы диагнозы (керекті астын сызыңыз) және диагнозын жазыңыз) Диагноз при направлении скорой помощи, неотложной помощи, поликлиники (нужное подчеркнуть) и вписать диагноз)_____
_____
_____
_____
_____
_____
Қабылдау бөлімшесінің диагнозы (Диагноз приемного отделения)_____
_____
_____
Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)___
_____
_____
_____
Операция 20____ жылғы (года) "____"_____
сағ. (час)._____
Амбулаториялық қызмет көрсетілді (Обслужен амбулаторно),)_____
өткізген күндері (провел дней)_____
_____сағ. час._____
Шықты: жазылып, жағдайы жақсарып, жақсарусыз, мертігулерімен, қайтыс болды
(Выписан: здоровым, с улучшением, без улучшения, с увечьем, скончался)
20___ жылғы (года) _____
__
----------линия отреза ----------

Замечания лечебной организации (указать недостатки обслуживания скорой помощью):
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Дәрігер (Врач)_____
_____бөлімше (отделения)_____
тегін анық (фамилия разборчиво)

Қосымша мәліметтер алу қажет болған жағдайда жедел жәрдем станциясына телефон соғыңыз (В случае необходимости получить дополнительные сведения следует звонить на станцию скорой помощи).

Жедел жәрдем станциясы жеткізген науқастардың барлығы емдеу ұйымдарының қабылдау бөлімшелерінде міндетті түрде қабылдануы тиіс (Все больные, доставляемые станцией скорой помощи, подлежат обязательному приему в приемные отделения лечебных организаций.)

Жедел жәрдем қызметкерлерінің ескертулері
(Замечания персонала скорой помощи)
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
Басқа ескертулер (Прочие замечания)_
_____
_____
_____
__
_____
_____
__
_____
_____
___
және т.б. (и т. д.)
---------- линия

	отреза ----------

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____ _____ Санитарлық авиация бөлімінің (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе парағына қосымша парақ Вкладной лист к сопроводительному листу Отделения санитарной авиации Санитарлық авиацияның ілеспе парағы (сырқатнамасына тігіледі) Сопроводительный лист санитарной авиации (подшивается к истории болезни) №_____ Тегі/Фамилия_____ __ Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____ _____ сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам) ЖСН (ИИН) ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Туған күні (Дата рождения)_____ _____ __ Пациенттің тұрғылықты мекенжайы (Место жительства пациента)_____ _____ Бағыттап отырған стационардың диагнозы (Диагноз направившего стационара)_____ _____ _____ _____ Жарақаттану жағдайы (Обстоятельства травмы)_____ Қай жерден жеткізілді (Откуда доставлен) __ _____ Қай жерге жеткізілді (Куда доставлен)_____ _____ медициналық ұйымның атын жазыңыз (впишите название медицинской организации) Көрсетілген көмек (Оказанная помощь)_____ _____ _____ _____ Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы (Состояние пациента на момент доставки в стационар): _____	ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____ Санитарлық авиация бөлімінің (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе парағына қосымша парақ Вкладной лист к сопроводительному листу Отделения санитарной авиации Санитарлық авиацияның ілеспе парағына талон (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін санитарлық авиацияға жіберіледі) Талон к сопроводительному листу санитарной авиации (после выписки или смерти больного пересылается в центр санитарной авиации) №_____ Тегі/Фамилия_____ _____ Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____ _____ сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам) ЖСН (ИИН) ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____| Туған күні (Дата рождения)_____ _____ _____ Пациенттің тұрғылықты мекенжайы (Место жительства пациента)_____ _____ Бағыттап отырған стационардың диагнозы (Диагноз направившего стационара)_____ _____ _____ _____ Жарақаттану жағдайы (Обстоятельства

_____ АҚ (АД)_____, ЖСЖ (ЧСС)_____, ТҚЖ (ЧДД) _____, PS_____, Т_____, Сатурация_____ _____ Жеткізілді (Доставлен в) "____" сағ. (час), "____" мин._____20___ жылғы (года) Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. врача, доставившего пациента)_____ _____ _____ тегін анық жазыңыз (фамилию пишите разборчиво) САОМБ құрамы (Состав МБСА): _____ Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)_ _____ _____ Операция 20____ жылғы (года) "____"_____ сағ. (час)._____ Аурудың арты (Исход заболевания): шығарылды (выписан), с улучшением, без улучшения, с увечьем, _____(переведен в другой стационар) қайтыс болу (смерть), (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) Шыққан (қайтыс болу) күні (Дата выписки) (смерти)) _____ Емдеген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. лечащего врача) _____ Емдеу ұйымының ескертулері (санитариялық авиация бригадасының қызмет көрсету кемшіліктерін көрсетіңіз). Замечания лечебной организации (указать недостатки обслуживания бригады санитарной авиации):_____ _____ _____ _____	травмы)_____ Қай жерден жеткізілді (Откуда доставлен) _____ Қай жерге жеткізілді (Куда доставлен)__ _____ медициналық ұйымның атын жазыңыз (впишите название медицинской организации) Көрсетілген көмек (Оказанная помощь)___ _____ _____ _____ _____ _____ Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы (Состояние пациента на момент доставки в стационар): _____ _____ _____ АҚ (АД)_____, ЖСЖ (ЧСС)_____, ТҚЖ (ЧДД) _____, PS_____, Т_____, Сатурация_____ _____ Жеткізілді (Доставлен в) "____" сағ. (час), "____" мин._____20___ жылғы (года) Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. врача, доставившего пациента)___ ___ _____ _____ тегін анық жазыңыз (фамилию пишите разборчиво) САОМБ құрамы (Состав МБСА): _____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 115/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 115/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 117/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 117/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

20__ жыл бойынша шақыртулардың қабылдануын, олардың шұғыл және жоспарлы-консультациялық көмектер бөлімшесінің орындауын тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации приема вызовов, их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи за 20__ год

_____

Р/с № № п/п	Шақыртудың күні мен уақыты Дата и время вызова	Кім және қайдан шақырды Откуда и кем сделан вызов	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Диагнозы немесе шақырту себебі Диагноз или причина вызова	Науқас қайда орналасқан Местонахождение больного
1	2	3	4	5	6

№ 117/е н. артқы беті

Разворот ф. № 117/у

Консультант немесе бірге жүрген тұлға Консультант или сопровождающий		Көлік түрі Вид транспорта	Ұшып шығу (шығу) уақыты Время вылета (выезда)	Ауада қанша уақыт болды Налет часов	Көрсетілген көмек Оказанная помощь	Шақыртуды орындаған адамның қолы Подпись выполнявшего вызов
тегі, аты фамилия, имя	лауазымы, мамандығы должность, специальность					
7	8	9	10	11	12	13

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 118/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 118/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Санитариялық ұшуға
ТАПСЫРМА
ЗАДАНИЕ
на санитарный полет
№ _____

20__ жылғы (года) "__" _____ сағ.(час) ___ мин.____

Командирге (Командиру) _____

авиаотрядтың, бөлімнің, экипаждың (авиаотряда, звена, экипажа)

20__ жылғы (года) "__" _____ сағ.(час.) мин. ұшып барып келесі тапсырмамен (произвести полет)

(по следующему заданию):

Ұшу бағдары Маршрут полета	Қону пункті Пункт посадки	Медицина қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество медицинского работника	Ұшу мақсаты Цель полета
1	2	3	4

Ескертпе (Примечание) _____

_____

М.О.

М.П. Шұғыл және жоспарлы-консультациялық көмек

бөлімшесінің меңгерушісі

(Заведующий отделением экстренной и

планово-консультативной помощи)

№ 118/е н. артқы беті

Оборотная сторона ф. № 118/у

МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ

өтінімнің орындалуы туралы (о выполнении (заявки) _____

_____ санавиациямен (санавиацией)

Р/с № № п/п	Іс жүзіндегі ұшу бағдарының ұшып шығу және қону пункттері Пункты отправления и	Уақыты Время				Қанша километр өткені	Қону пунктіндегі тұрған уақыты	Ұшқан сағаты Налет часов
		Ұшып келу прилета		Ұшып шығу вылета				
			мин.		мин.			

	прибытия по фактическому маршруту полета	сағат час		сағат час		Пройдено километров	Время стоянки в пунктах посадки	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ұшқыш (Пилот) _____

Ұшақты пайдаланған адамның қолы (Подпись лица, пользовавшегося

самолетом) _____

Тапсырманың орындалмау себептері (Заявка не выполнена по причинам)

_____

_____

_____

Авиабөлімше командирінің қолы 20__ жылғы (года) _____

(Подпись командира авиаподразделения)

_____

жеке орналасқан ұшақтың, тікұшақтың ұшқышы

(пилота отдельно базирующегося самолета, вертолета)

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН_____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 118-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 118-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 118-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Дереу (иә/жоқ)/Срочно (да/нет)

№ ___Оралымды мәлімдеме/

Оперативная заявка № ____

20___ ж. "____" _____

на "____" _____ 20___ г.

Тапсырыс беруші (Заказчик): _____

(ұйымның, министрліктің, ведомство атауы)

(наименование организации, министерства, ведомства)

Пайдаланушы (Эксплуатант):_____

(авиакомпания атауы)

(наименование авиакомпании)

Ұшу мақсаты (Цель полета)_____

(транспорттау, операция жасау, кеңес беру, донорлық органдарды тасымалдау)

(транспортировка, операция, консультация, транспортировка донорских органов)

Әуе кемесінің түрі (Тип воздушного судна)_____

Ұшып кету уақыты (Время вылета)_____

(дата, время вылета (время Астаны))

(күні, ұшып кету уақыты (Астана уақытымен))

Әуе кемесінің маршруты және жүк темесі бойынша ұшу кезеңдері

(Маршрут и загрузка воздушного судна по этапам полета):

Жөнелту әуежайы Аэропорт отправления	**Келу әуежайы Аэропорт прибытия**	**Жүктеу (Загрузка)**			
		САОМБ қызметкерлерінің саны Количество сотрудников МБСА	Пациенттердің саны Количество пациентов	Алып жүрушілер саны Количество сопровождающих	Тасымалдау тәсілі (отырыпкелу, жатып келу, қолда, кувездің ішінде) Способ транспортировки (сидя; лежа; на руках; в кувезе)

Жедел өтінімді алу/бас тарту туралы ақпарат

(Информация по получению/отказа оперативной заявки эксплуатантом):

Жедел өтінімді алған күні мен уақыты Дата и время получения оперативной заявки	**Жедел өтінінім орындауға қабылданды Оперативная заявка принята на исполнение**	**Жедел өтінім орындауға қабылданбады. Бас тарту себебі Оперативная заявка не принята на исполнение. Причина отказа:**

Ауысымның аға дәрігері (Старший врач смены): _____ (қолы, Т.А.Ә.) (подпись, Ф.И.О.) М.О. (болған жағдайда) М.П. (при наличии)	"Пайдаланушы" өкілі Представитель "Эксплуатанта": _____ (қолы, Т.А.Ә., лауазымы) (подпись, Ф.И.О., должность) М.О. (болған жағдайда) М.П. (при наличии)

Тапсырыс берушінің жедел өтінімді жою бойынша ақпарат

(Информация по отмене оперативной заявки заказчиком):

ЖӨ жою уақыты Время отмены ОЗ	**ЖӨ жою себебі Причина отмены ОЗ**	**Дополнительная информация по отмене ОЗ ЖӨ жою туралы косымша ақпарат**	**Ауысымның аға дәрігерінің қолы, Т.А.Ә. Подпись, Ф.И.О. старшего врача смены**

А4 формат Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 119/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

(Консультант-дәрігерге)
ТАПСЫРМА
ЗАДАНИЕ
(врачу-консультанту)
№ _____

_____

Шұғыл жоспарлы-консультациялық көмек бөлімшесі (Отделение экстренной планово-консультативной помощи) _____

_____

Шығуы жоспарлы, шұғыл. Көлік түрі (Выезд плановый, экстренный. Вид транспорта)

_____

_____ (астын сызыңыз (подчеркнуть))

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____
_____
Лауазымы, мамандығы (Должность, специальность) _____
Баратын жері (Пункт назначения) _____
Тапсырманың мазмұны (Содержание задания) _____
Шұғыл жоспарлы-консультациялық көмек бөлімшесінің меңгерушісі (Заведующий отделением экстренной и планово-консультативной помощи) _____
_____

КОНСУЛЬТАНТТЫҢ ЕСЕБІ
ОТЧЕТ КОНСУЛЬТАНТА
1.Консультация алған науқастар (Проконсультировано больных):

№ р/с п/п	Науқастың ТАӘ ФИО больного	Амб., стац.	Емдеу ұйымы қойған диагнозы Диагноз установленная ЛПО	Консультанттың қойған диагнозы Диагноз консультанта	Көрсетілген көмек Оказанная помощь

Профилактикалық қаралған адамдар саны (Число лиц, осмотренных профилактически)
_____
_____
2. Операция жасалынған науқастар: (стационарлық, емханалық) (Прооперировано больных: (стационарных, поликлинических)
Науқастардың тегі, аты, әкесінің аты, диагнозы, операциялар аты (Фамилии, имена, отчества больных, диагноз, название операций)
_____
_____
_____
_____
_____
3. Флюорография жасалды (Сделано флюорографий) _____
рентгеноскопия (рентгеноскопий) _____
рентгенография (рентгенографий) _____ басқа аппаратық, аспаптық зерттеулер (қандай екенін жазыңыз) (других аппаратных, инструментальных исследований (вписать какие) _____
_____
4. Науқастарға толығымен талдау жүргізілді (Произведено подробных разборов больных) _____
Қатысқан дәрігерлер (Присутствовало врачей) _____
_____
5. Ұйымдастыру – әдістемелік жұмыстары (зерттелген ұйымдарды, өткізілген семинар, конференцияларды көрсетіңіз) (Организационно-методическая работа (указать обследованные организации, проведенные семинары, конференции))
_____
_____
Консультант (Консультант) _____
қолы (подпись)
М.О.
М.П. Бас дәрігер (Главный врач) _____
қолы (подпись)

продолжение

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 119/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 119/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Тапсырманың орындалғаны туралы
АНЫҚТАМА
СПРАВКА
о выполнении задания

_____
_____
Консультант: тегі, аты, әкесінің аты (Консультант: фамилия, имя, отчество) _____
_____
Лауазымы, мамандығы (Должность, специальность) _____
Баратын жері (Пункт назначения) _____
_____
Аванс берілді (Выдан аванс) _____
(Р.О.Н.) _____
Белгіленген пунктке шығуы және келуі туралы белгілер:
(Отметки о выбытии и прибытии в пункт назначения):
Шықты (Выбыл из) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)
Келді (Прибыл в) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)
Шықты (Выбыл из) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)
Келді (Прибыл в) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)
Бухгалтерия төлесін (Бухгалтерии оплатить за) _____ тәулікке, есеппен (
суток из расчета по) _____ тенге
тәулігіне және шығыстар (в сутки и расходы) _____
_____
Шұғыл, жоспарлы-консультациялық көмек бөлімшесінің меңгерушісі (Заведующий
отделением экстренной и планово-консультативной помощи) _____
_____
_
қолы (подпись)

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 120/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 120/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 120/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 121/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 121/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета приема детей в дом ребенка

20__ жыл (год) _____ бойынша (за)

_____

Р/с № п/п	Түскен күні Дата поступления	Баланың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество ребенка	Туған күні (жылы, күні, айы) Дата рождения (год, число, месяц)	Кім жіберді Кем направлен
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Жіберу себебі Причина направления	Балалар үйіне қандай құжаттармен жіберілді С какими документами направлен в дом ребенка	Баланың туыстарының (әкесінің анасының, басқа жақын туыстарының, қамқоршының) тегі, аты, әкесінің аты, және мекенжайы Фамилия, имя, отчество и адрес родных ребенка (отца, матери, других близких родственников,опекунов)	Қайда ауыстырылды, балалар үйінен баланы кім қабылдап алды Куда переведен, кто принял ребенка из дома ребенка
6	7	8	9

продолжение таблицы

Баланың ауыстырылған немесе шыққан күні Дата перевода или выписки ребенка	Баланы қабылдаған ұйымның және адамның мекенжайы Адрес организации и лица, принявшего ребенка	Бала қандай құжаттар бойынша шықты және баланы қабылдаған адамның қолхаты По каким документам выписан ребенок и расписка лица, принявшего ребенка
10	11	12

продолжение таблицы

Баланы балалар үйінен кім шығарды Кто выписал ребенка из дома ребенка	Шығарған адамның қолы Подпись выписавшего	Қайтыс болған жағдайдағы белгілер (қайтыс болған күні және қайда екенін көрсету керек: ауруханада, балалар үйінде) Отметки о случае смерти (указать дату и где умер: в больнице, в доме ребенка)
13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 122/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 122/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 122/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 123/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 123/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 123/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 124/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 124/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

	Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 124/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 150/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 150-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 150-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 150-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 150-4/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 202/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 202/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 202/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 203/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 203/у Утверждена приказом

	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 203/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 209/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 209/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 209/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 212/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 212/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 212/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 213/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 213/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 213/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 213-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 213-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 213-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 225/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 225/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 226/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 226/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 229/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 229/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 229/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 231/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 231/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 231/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 243/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 243/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 243/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 243-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 243-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 243-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 246/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 246/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 246/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 247-3/1е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 247-3/1у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-3/1у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 247-3/2е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-3/2у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-3/2у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-4/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

	Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-5/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-6/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-7/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ-ға антиденелеріне зерттеуге

№_____ тізімдік жолдама

Направление посписочное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

Ұйымның атауы_____

(Наименование организации)

Бөлімше_____

(Отделение)

Р/р № (п/п №)	**МҰ тіркеу № (Регистрационный № МО)**	**Алынған күні (Дата забора)**	**Зертхананың тіркеу № Регистрационный № лаборатории**	**Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)**	**Туған күні (Дата рождения)**	**Жынысы (Пол)**	**ЖСН ИИН**	**Гражданство**	**ӘАОЖ коды (Код КАТО)**	**Код**	**Диагноз (Диагноз)**

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі, қолы (толық) (Должность, фамилия, подпись лица (разборчиво), направившего материал)

_____

Жіберген ұйымның мөрі

(Место печати направившего учреждения) _____

Тексеріс қорытындысы (Результаты исследований)_____

Қорытындыны берген дәрігердің қолы, жылы, айы, күні

Дата, подпись врача выдавшего результат _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге № __ жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к направлению №____ посписочному на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

АИТВ инфекциясы бар аналардан туған балаларға арналған ПТР жолдама

Направление на ПЦР для детей, рожденных от ВИЧ инфицированных матерей

АИТВ ДНК вирустықанықтама (определение провирусной ДНК ВИЧ)

Тегі:_____

Фамилия

Аты: _____

Имя:

Әкесінің аты (болған жағдайда):_____

Отчество (при его наличии)

Жынысы:_____Туған күні: _____

Пол Дата рождения

ӘАОЖ коды:_____ЖСН/ИИН_____

Код КАТО:

Мекен жайы: _____

Место жительства:

Тексеру кезіндегі диагнозы: _____

Диагноз на момент обследования:

Анасының Т.А.Ә., туған жылы:_____

Ф.И.О. матери,год рождения

Анасының иммуноблотының №: _____

№ иммуноблота матери

Материалды жіберген мекеменің атауы, мекен жайы:_____

Адрес и наименование учреждения, направившего материал

Материалды алған күні мен уақыты : _____
Дата и время забора материала

ЖИТС РО-на жіберілген күні мен уақыты

Дата и время отправки в РЦ СПИД: _____

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, Т.А.Ә. (болған жағдайда)

_____

Должность, Ф.И.О.(при его наличии)

направившего материал_____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге
№ __жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к направлению №____ посписочному
на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

АИТВ-ға вирустық жүктеме
жолдамасы
Направление
на вирусную нагрузку на ВИЧ

Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О(при его наличии)): _____

Туғанкүні (Дата рождения): _____

Жынысы (Пол): _____

Тексерукезіндегі диагнозы (Диагноз на момент обследования): _____

109 кодқажүктілікмерзімі (Срок беременности для кода 109):_____ апта/нед.

Иммуноблотнөмірі (Номер иммуноблота): _____

Берлігенкүні (Дата выдачи) ИБ __.__.____ж.

Вирусқақарсытерапияныңбасталғанкүні (Дата начала противовирусной терапии):

АРТ-ты тоқтатумерзімі (Дата прерывания АРТ):_____

Тоқтатылғаннанкейінгі АРТ-нықаңартумерзімі (Дата возобновления АРТ после прерывания):
_____

АИТВ-ғавирустықжүктеменітексерудіңалдыңғынәтижесі мен оныңмерзімі

(Дата и результат предыдущего обследования на вирусную нагрузку на ВИЧ):

_____

СД4-ке соңғытексерумерзімі мен нәтижесі (Дата и результат последнего обследования на СД4)
:__

_____

АРТ-ғабейімделудеңгейініңсоңғыбағасы (жыл, тоқсан, бейімделуі (%), төменбейімделіктіңсебебі):
Последняя оценка уровня приверженности АРТ (год, квартал, приверженность (%), причина низкой приверженности):_____

_____

Материалдыжолдағанұйымныңатауы мен мекенжайы (Адрес и наименование организации, направившей материал): _____

Материалдыалумерзімі мен уақыты (Дата и время забора материала):___ _____

Плазманытоңазытумерзімі мен уақыты (Дата и время замораживания плазмы): _____

ЖИТС РО-на жіберілгенкүні мен уақыты (Дата и время отправки в РЦ СПИД): _____

Материалдыжолдағандәрігердіңтегі (Фамилия врача, направившего материал): _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге № жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к направлению №____ посписочному
на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

Қан үлгілерін ифт әдісімен аитв антиденелерін зерттеуге

№_____ жеке жолдамасы

Направление индивидуальное № _____

на исследование образцов крови методом ифа на антитела к вич

Тексеруге жіберген ұйымның және бөлімшенің атауы _____

(Название организации и отделение направляющего на исследование)

_____

Т.А.Ә.(болған жағдайда)(Ф.И.О.(при его наличии)

_____

Туған күні (Дата рождения)_____ЖСН(ИИН)_____

Азаматтығы(Гражданство)_____

Жынысы(Пол)_____

Тұлғаны растайтынқұжаттың атау мен нөмірі_____

(Наименование, номер документа, удостоверяющего личность)

.....

Жұмысорныжәне лауазымы _____

(Место работы, должность)

Код _____

Диагнозы (Диагноз)_____

_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Қанды алған күн (Дата забора крови)_____

Зертханаға қанның түскен күні (Дата поступления крови в лабораторию)_____

Материалды лабораторияға жібергенкүні _____

(Дата отправки материала в лабораторию)

Материалды жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы_____

(Должность, фамилия(разборчиво), подпись лица, направившего материал)

_____

Тексеріс қорытындысы (Результат исследования)_____

_____
_____

Қорытынды берілген күн, дәрігердің қолы_____

Дата, подпись врача, выдавшего результат

Мен,_____ менің персоналдық деректерімді электрондық ақпараттық ресурстарға енгізуге және тестілеуге және консультация жасауға келісемін ("Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 18.09.2009ж. №193-4 Кодексінің 28-бабы).

Я, _____согласен(на) на консультированние и тестирование, и внесение моих персональных данных в электронные информационные ресурсы (ст. 28 Кодекса РК О здоровье народа и системе здравоохранения от 18.09.2009 N 193-4).

Күні (Дата)_____ Қолы (Подпись)_____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге № жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к направлению №____ посписочному
на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

АИТВ-ның антиретротровирустық препараттарға резистенттілігіне жолдама

Направление на резистентность ВИЧ к антиретровирусным препаратам

Тегі/Фамилия_____

Аты/Имя_____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии)_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Күні, ИБ № (Дата, № ИБ) _____

Вирустарға қарсы препараттардың үзілісі мен ауыстыруды көрсете отырып АРТ басталу күні (Дата начала АРТ, с указанием перерывов и смены противовирусных препаратов) _____
_____

_____
_____

АРВ перпараттары (АРВ препараты) _____

_____

Емделуді сақтауы (Приверженность) _____

Зертханалық зерттеулердің соңғы нәтижелері (Результаты последних лабораторных исследований):

СД4, күні (дата)_____

ВН, күні (дата)_____

Материалды жолдаған ұйымның атауы мен мекенжайы (Адрес и наименование организации, направившей материал): _____

_____

_____

Жіберілген күні (Дата отправки): _____

Материалдыжолдаған адамның Т.А.Ә., лауазымы (Должность, Ф.И.О., направившего материал)___
_____
_____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге № жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к направлению №____ посписочному
на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

АИТВ-ның антиретровирустық препараттарға төзімділігін зерттеу нәтижесі

Результат исследования резистентности ВИЧ

к антиретровирусным препаратам

Тіркеу (Регистрационный) № _____

Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О.)(при его наличии)

_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Иммуноблоттын № (№ иммуноблота) _____

Материалды жіберген ұйымның атауы :
(наименование организации, направившей материал)

_____

ЖИТС РО зертханасына материалдың келіп түскен айы, күні_____

(Дата поступления материала в лабораторию РЦ СПИД)

АРВ препараттары (АРВ препараты)	**Зерттеулер нәтижесі (Результат исследования)**
КТНИ (НИОТ)	
лимивудин (3TC)	
абакавир (ABC)	
зидовудин (AZT)	
ставудин (D4T)	
диданозин (DDI)	
эмтрицитабин (FTC)	
тенофовир (TDF)	
КТЕНИ (ННИОТ)	
делавердин (DLV)	
рилпивирин (RPV)	
эфавиренз (EFV)	
этравирин(ETR)	
невирапин (NVP)	
Протеаза ингибиторлары-ПИ (Ингибиторы протеазы - ИП)	
атазанавир/r (ATV/r)	
дарунавир/r (DRV/r)	
фосампренавир/r (FPV/r)	
индинавир/r (IDV/r)	
лопинавир/r (LPV/r)	
нелфинавир (NFV)	
саквинавир/r (SQV/r)	

типранавир/r (TPV/r)	
Интегразаингибиторлары (ИИН) (Ингибиторы интегразы (ИИН))	
Ралтегравир	
элвитегравир (EVG)	
долутегравир(DTG)	
Қосылу ингибаторлары (Ингибиторы слияния)	
энфувиртид	

АИТВ-ның субтипі (Субтип ВИЧ)
КТНИ -қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к НИОТ)
КТЕНИ -қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к ННИОТ)
ПИ-қа төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к ИП)
ИИН-ге төзімділігінің мутациясы (Мутации резистентности к ИИН)

Зерттеукүні (Дата исследования) _____

Нәтиженің берліген күні (Дата выдачи результата) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ антиденелеріне тізімдік зерттеуге № жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к направлению №____ посписочному
на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

Референс зертханаға қанда АИТВ-ға антиденелердің болуын зерттеуге жолдама

№_____

Направление на исследование крови на наличие антител к ВИЧ – в референс лабораторию

Тегі/Фамилия_____ Аты/Имя_____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

Жынысы (Пол)_____ Туған күні (Дата рождения)_____ Азаматтығы (Гражданство)_____

ЖСН(ИИН)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Тұрғылықты мекен жайы (Место жительство: ауыл, қала/город, село) _____

_____

Жұмыс, оқу орны (Место работы, учебы) _____

Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение) _____

Контингент коды (Код контингента) _____

Жіберуші-зертханада алынған ИФА қорытындысы

Результаты ИФА, полученные в лаборатории-отправителя

Сарысудың № сыворотки (S2)	**Қойылған күні Дата постановки**	**Тест-жүйелердің атауы Наименование тест-системы**	**Жарам-дылық мерзімі/Серия № Срок годности /№ серии**	**Қиын жағдайдағы ОТ ОП-критическая**	**ОТ-сарысуы ОП-сыворотки**
S2					

Сарысуды жіберген ұйымның мекенжайы, атауы (Адрес и наименование организации, направившей сыворотку)_____

_____

(ұйымның тел.) (тел.организ.) телетайп, телеграф, электрондық пошта мекенжайы (адрес электронной почты)

Материалды жіберген адамның лауазымы, тегі, қолы (Должность, фамилия, подпись лица, направившего материал)_____

_____

Ескертпе: "контингенткоды" бағанына тексерілуші жататын тізімдегі барлық кодтар кіреді. 113, 117 және 2 кодтары үшін толық диагнозы жазылады (Примечание: в графу "код контингента" заносятся все коды из списка, к которым относится обследуемый. Для кодов 113,117 и 2 развернутый диагноз)

ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес республикалық орталығының зертханасына жіберіледі ; мекенжайы 480008. Алматы қаласы, Әуезов көшесі, 84

Представляется в лабораторию Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД по адресу:480008 г. Алматы. ул. Ауэзова, 84.

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 264-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 264-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Вирусқа қарсы АИТВ дезоксирибонуклеиндық қышқылды (ДНҚ) анықтау үшін полимеразды тізбекті реакцияға (ПТР) түскен материалды тіркеу журналы
Журнал регистрации материала, поступившего на полимеразную цепную реакцию (ПЦР) для определения провирусной дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) ВИЧ

Алғашқы/ салдарлық (Первичный/ повторный) (1,2,3)	Тіркеу № № регистра-ционный	Түскен айы, күні Дата поступ-ления	ТАӘ ФИО	Туған жылы Дата рожде-ния	Қайдан келіп түсті Откуда посту-пил	ПТР жүргі-зілген тексе-рістің қорытын-дысы Резуль-тат исследо-вания ПЦР	Берілген айы, күні Дата выдачи	Дәрігер-зертха-нашының қолы Подпись врача-лабо-ранта	Ескерт-пе Приме-чание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 264-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 264-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы
Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ

Тіркеу № № регист-рационный	Түскен айы, күні Дата поступ-ления	Иммуно-блоттың № № иммуно-блота	ТАӘ ФИО	Туған жылы Дата рождения	Жынысы Пол	Қайдан келіп түсті Откуда поступил	АИТВ-инфекциясының сатысы Стадия ВИЧ-инфекции
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение:

Терапияның басталу	ВЖ соңғы тексеру уақыты және қорытындысы	Тексеру қорытындысы	Берілген күні	Зертханашы-дәрігердің қолы Подпись	

мерзімі Дата начала терапии	Дата и результат последнего исследования на ВН	Результат исследования	Дата выдачи	врача-лаборанта	Ескертпе Примечание
9	10	11	12	13	14

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 264-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-4/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-4/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-5/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-6/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-7/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-8/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-9/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-9/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-10/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-10/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

АИТВ-тың антиретровирустық препараттарға тұрақтылығын анықтау нәтижелерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации результатов на определение резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

№	Тіркеу номері	ТАӘ ФИО	Туған күні	Өңір Регион	Түскен күні	ИБ № (№ИБ)	Зертханалық талдаудың соңғы нәтижелері Последние результаты лабораторных анализов	

	Регистра-ционный номер		Дата рождения		Дата поступ-ления		CD4*, күні (дата)	ВЖ**/ВН, күні (дата)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

АРТ баста-лу уақыты Дата начала АРТ	АРВ препарат-тары АРВ препараты	Зертханалардағы зерттеудің нәтижесі Результаты исследования в лаборатории				Зерттеу күні Дата исследо-вания	Нәтиженің берілген күні дата выдачи результата
		*** КТНИ НИОТ	**** КТНЕИ ННИОТ	***** ПИ ИП	субтип		
10	11	12	13	14	15	16	17

* CD4 – ішке иммундық жасушаларды енгізу үшін АИТВ-ға қажетті

Т-лимфоциттердің бетіндегі кластерлік айырмашылық антигені (антиген

кластерной диференциации, находится на поверхности Т-лимфоцитов,

необходимый ВИЧ для внедрения внутрь иммунных клеток);

** ВЖ - вирустық жүктеме (ВН-вирусная нагрузка);

*** КТНИ - кері транскриптазаның нуклеотидті ингибиторы

(НИОТ-нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы);

**** КТНЕИ - кері транскриптазаның нуклеотидті емес ингибиторы

(ННИОТ- ненуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы);

***** ПИ протеазаның ингибиторы (ИП-ингибитор протеазы).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 265/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 265/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 265/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 265-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 265-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 265-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 266/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 266/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Зерттеуге келген материалды тіркеу журналы
Журнал регистрации материала, поступившего на исследование

Р/с №№ п/п	Жынысы Пол	Материалдың келіп түскен күні Дата поступления материала	Қан сарысуының зертханалық нөмірі __дан __ дейін Лабораторный номер сыворотки с __ по __	Код бойынша үлгілер саны Количество образцов по кодам	Материалды жіберген емдеу ұйымы Лечебная организация, откуда поступил материал	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 267/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 267/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы оң нәтижелі
қан сарысулары мониторингінің
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
мониторинга положительных сывороток в ИФА на антитела к ВИЧ

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

№ п/п	Қан сарысуының тіркеу № (Регистрационный № сыворотки)	ТАӘ (ФИО)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Код	Сарысу қайдан түсті (Откуда поступила сыворотка)
1	2	3	4	5	6	7
	1					
	2					

продолжение таблицы

1 - реакция				II - реакция			
Қою күні, хаттама № (Дата постановки, № протокола)	Тест-жүйе атауы (Название тест-системы)	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)	Қою күні, хаттама № (Дата постановки, № протокола)	Тест-жүйе атауы (Название тест-системы)	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)
8	9	10	11	12	13	14	15

продолжение таблицы

III - реакция				Қорытынды нәтиже (Окончательный результат)	2-ші қан сарысуының түскен күні (Дата поступления 2-й сыворотки)	Тест-жүйе атауы (Название тест-системы)	ЖИТС РО жіберу күні (Дата отправки в РЦ СПИД)	Иб күні және қорытындысы (Дата и результат ИБ)	Үлгілердің қозғалысы (Движение образцов)	Ескерту (Примечание)
Қою күні, хаттама № (Дата постановки, № протокола)	Тест-жүйе атауы (Название тест-системы)	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)							
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 267-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 267-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 267-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 267-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 267-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 267-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 267-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 267-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
Мониторинга положительных сывороток в ИФА на _____

Р/р № № п/п	Қан сарысуының № № сыворотки	1 - реакция				II - реакция	
		Қою күні Дата постановки	Тест-жүйенің атауы название тест-системы	Көрсет-кіштер Показатели	Қорытынды результат	Қою күні Дата поста-новки	Тест-жүйенің атауы Название тест-системы
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

II - реакция		III - реакция				Аөқырғы қорытынды Окончатель-ный результат	Ескерту Примеча-ние
Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже результат	Қою күні Дата постанов-ки	Тест-жүйенің атауы Название тест-системы	Көрсет-кіштер Показатели	Нәтиже результат		
9	10	11	12	13	14	15	16

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 268/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 268/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

АИТВ-инфекциясын
жұқтырған адамдардың оң нәтижелі сарысуы қозғалысының
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
движения положительных сывороток от ВИЧ-инфицированных

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

20___ жылғы (года) "___" _____ 20__ жылғы (года) "___" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

№	Сарысудың № № сыворотки	Мақсаты Цель	Кім қабылдады (ТАӘ) Кто получил (ФИО)	Қабылдағаны туралы қолхаты Расписка о получении	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6

Ескертпеде сарысудың кейінгі жай-күйі көрсетіледі (В примечании

указывается дальнейшая судьба сыворотки)

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 269/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 269/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
обеззараживания инфицированных материалов

Күні Дата	Материал			Қысым күшімен қыздыру уақыты Время автоклавирования	
	Атауы Наименование	Қаптама Упаковка	Мөлшері Количество	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Қысым күшімен қыздыру режімі Режим автоклавирования		Бақылау-тесті Тест-контроль		Қолы Подпись
Қысым Давление	Қызуы Температура	Химикалық Химический	Бактериялық Бактериологический.	
7	8	9	10	11

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 270/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ-ға антиденелерді тексеру
қорытындысы
(ЖИТС РО диагностикалық зертхана)
Результат
исследования на антитела к ВИЧ
(диагностическая лаборатория РЦ СПИД)

№_____

ЖИТС ОҚО (ОГЦ СПИД) _____

Тексерілушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (обследуемого) (при его наличии)_____

_____

ЖСН/ИИН_____

Жынысы (Пол)_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Тексеру коды (Код обследования) _____

Азаматтығы (Гражданство) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Мекенжайы (Адрес)_____

Место работы

Зерттеу (Исследования)	**Күні (Дата)**	**Тест жүйенің түрі (Тип тест-системы)**	**Қиын жағдайдағы ОП Қан сарысуының ОП ОП критическая ОП сыворотки**	**Нәтиже (Результат)**
ИФА		1. 2. 3.		
Иммуноблот			Белоктардың бейіні	

			(Профиль белков)	Нәтиже (Результат)

Қорытынды (Заключение):_____

Дәрігер /Зертхананың маманы (Врач/Специалист лаборатории) _____

Нәтижені беру күні (Дата выдачи результата):_____

Диагностикалық зертхананың басшысы/меңгерушісі (Руководитель/заведующий диагностической лабораторией) _____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 270-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-2/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 270-2/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы

Журнал учета летальности при ВИЧ-инфекции

Басталды " "_____ ж.

Начат " "_____ г.

Аяқталды " "_____ ж.

Окончен "___" _____г.

№	Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Туған жылы Год рождения	Тексеру коды мен жұқтыру жолы Код обследования и путь заражения	ӘАОЖ коды Код КАТО	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Анықталған күні (референс зертхананың нәтижесі бойынша) Дата выявления (по результатам референс лаборатории)	"Д" есепке алынған күні Дата взятия на "Д" учет	Емдеуге жатқызылған күні мен орны (ЕПМ, бөлімше) Дата и место госпитализации (ЛПУ, отделение)	Қайтыс болған күні Дата смерти	Қайтыс болған орны Место смерти
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бекітілген № 270-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын есепке алу журналы
Журнал учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	АИТВ анықталған күні (ИБ №) Дата выявления ВИЧ (№ ИБ)	Қауіп тобына қатынасы Отношение к группе риска	№ 4 нысанды бойынша тексеру коды (Код обследования по форме № 4)
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

АИТВ-инфекциясының кезеңі Стадия ВИЧ-инфекции	Жүктілік мерзімі Срок беременности	Жүктілік бойынша есепке алу күні Дата постановки на учет по беременности	Алғашқы немесе қайталанған жүктілік Первичная или повторная беременность	Жүкті әйелді профилактикалық емдеу (мерзімдері) Профилактическое лечение беременной (сроки)	АРТ терапиясы (препараттар және терапияны бастау күні) АРТ терапия (препараты и дата начала терапии)	Жүктіліктің аяқталуы Исход беременности
8	9	10	11	12	13	14

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство	

здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 270-4/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін консультация беруді есепке алу журналы

Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ

Басталды " "_____ ж.

Начат " "_____ г.

Аяқталды " "_____ ж.

Окончен "___" _____г.

Р/с № п/п	**Күні Дата**	**Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)**	**ЖСН / ИИН**	**Код**	**Жынысы Пол**	**Туған жылы Дата рождения**	**ӘАОЖ коды Код КАТО**	**Үйінің мекенжайы Домашний адрес**	**Жұмыс, оқу орны, бала мектептік мекемесі Место работы, учебы, детское дошкольное учреждение**	**Тәуекел тобы Группа риска**	**Диагнозы Диагноз**	**АИТВ-ға тестілеу (өткізу мерзімі) (ия/жоқ) Тестирование на ВИЧ (дата проведения) (да/нет)**	**Тест консу беру күні Дате консу (дат прове /нет**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	

А4 форматы Формат А4	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау	

министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-5/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 270-5/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ-инфекциясын жұқтырған пациенттерге антиретровирустық емдеу жүргізуді есепке алу журналы

Журнал учета проведения антиретровирусного лечения ВИЧ–инфицированным пациентам

Басталды " "_____ ж.

Начат " "_____ г.

Аяқталды " "_____ ж.

Окончен "___" _____г.

№	**Аурудың ТАӘ (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) больного**	**ЖСН / ИИН**	**Туған жылы (Год рождения)**	**ИБ № және күні (Дата и № ИБ*)**	**Диспансерлеу есепке алу күні (Дата взятия на диспансерный учет)**	**Болған орны (үйі , ТИ, БАО)** (Место нахождения (дома, СИ , МЛС)**	**Клиникалық диагнозы, (Клинический диагноз)**	**ФГ-зерттеу күні, №, нәтижесі (Дата ФГ-исследования , №, результат)**	**ДБК (ВКК)***	
									Изониазидті тағайындау күні (Дата назначения изониазида)	Курс ұзақ (Длитель курс

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

1. Журнал номерленіп, тігіліп және мекеменің мөрімен бекітілуге тиісті (Журнал должен быть пронумерован, прошнурован и закреплен печатью учреждения).

2. 1,4,5,7,8,10,12,14 және 16 бағандары бойынша айлық жинақтау жүргізіледі (По графам 1,4,5,7,8,10,12,14 и 16 проводить ежемесячный свод).

ҚР ДСМ " АИТВ-инфекциясы және туберкулез бойынша бағдарламаларды шоғырландыру туралы" 16.11.2009ж. №722 бұйрығына сәйкес ахуалды тиімді бағалау және мониторинг жүргізу үшін АИТВ-инфекциясы мен ТБ бірлескен ауруларға қатаң бақылау жүргізу қажет (Согласно Приказу МЗ РК № 722 от 16.11.2009г "Об интеграции программ по туберкулезу и ВИЧ- инфекции", для эффективной оценки ситуации и проведения мониторинга необходим строгий контроль больных с сочетанной инфекцией- ВИЧ/ТБ).

*ИБ-иммуноблот , **ТИ (СИ) – тергеу изоляторы (следственный изолятор), **БАО (МЛС) – бостандығынан айыру орталығы (места лишения свободы), ***ДБК (ВКК)- дәрігерлік бақылау комиссиясы (врачебная контрольная комиссия)

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы
Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери

					Анықталған күні, анасының	Толық клиникалық	Профилактикалық емдеу,

№	ТАӘ (ФИО)	Туған күні (Дата рождения)	Мекенжайы (Домашний адрес)	Инфекцияланған анасының ТАӘ ФИО инфициро-ванной матери	иммуноблот № Дата выявления, № иммуноблота матери	диагнозы (Полный клинический диагноз)	тамақтандыру (Профилакти-ческое лечение, Вскармливание)
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение:

Биохимиялық зерттеулер нәтижелері (Результаты биохими-ческих иссле-дований)	АИТВ-ға тестілеу нәтижелелері (Результаты тестирования на ВИЧ)	1 және 2 жастағы баланың толық клиникалық диагнозы (Полный клинический диагноз в 1 и 2 года)	Диспансерлік бақылау кезеңіндегі стационарлық ем (Стационарное лечение за период диспансерного наблюдения)	ИФТ, ИБ, ПТР теріс нәтижелерінен кейін диспансерлік есептен шығырылған күні (Дата снятия с диспансерного учета после отрицательных результатов ИФА,ИБ, ПЦР)	АИТВ жұқтырғандар тобына ауыстырылған күні (Дата перевода в группу ВИЧ инфициро-ванных)	Өлген күні (Дата смерти)
9	10	11	12	13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 271/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 271/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации обследования сотрудников лаборатори

20__ жылғы (года) 20__ жылғы (года)

"__" _____ басталды (начат) "__" _____ аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Қан алу күні Дата забора крови	Талдау өткізілген күн Дата проведения анализа	Тест-үйесінің түрі, сериясы Тип тест-системы, серия	Нәтиже Результат	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5	6	7

А4 форматы Формат А4	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 272/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 272/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 272/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ қарсы антиденелерге тексерілгені туралы сертификатты беру журналы

Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ

Басталды " "_____ ж.

Начат " "_____ г.

Аяқталды " "_____ ж.

Окончен "___" _____г.

Сертификаты жазу күні Дата выписки сертификата	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия , имя, отчество (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жынысы Пол	Күні, туған жылы Дата, год рождения	ӘАОЖ коды Код КАТО	Мекенжайы Адрес	Жұмыс орны Место работы, должность	Төлқұжатының сериясы, № №, серия паспорта	Талдаудың №, нәтижесі № анализа, результат	Қай елге кетті Страна выезда	Қандай мерзім На какой срок
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 272-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 272-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ЖИТС РО диагностикалық зертханасына қайта тексеруге түскен қан сарысуының

нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы

Журнал

регистрации и учета результатов сывороток крови,

поступивших на переконтроль в диагностическую лабораторию РЦ СПИД

Басталды " "_____ ж.

Начат " "_____ г.

Аяқталды " "_____ ж.

Окончен "___" _____г.

Түскен күні (Дата поступления)	**Сарысу № (№ сыворотки)**	**Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)**	**ЖСН / ИИН**	**Туған жылы (Год рождения)**	**Жынысы (Пол)**	**Коды Код**	**Сарысу қайдан түсті (Откуда поступила сыворотка)**	**Анализдің қою күні (Дата постановки анализа)**	**Тест-жүйе, сериясы (Тест-система, серия)**	**Сарысудың ОТ (ОП сыворотки)**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 273/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 273/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 274/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 274/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 274/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 274-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 274-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 274-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 275/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 275/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ЖИТС-пен ауырған немесе АИТВ-инфекциясын тасушы адаммен жасырын әңгімелесу
ПАРАҒЫ
ЛИСТ
конфиденциального собеседования с лицом, больным СПИД или носителем ВИЧ-инфекции

Мен (Я), _____

ТАӘ (ФИО)

Туған күні (Дата рождения) _____

тұратын мекенжайым (проживающий(ая) по адресу) _____

_____

осы күні дәрігердің жазбаша хабарлауын алғанымды растаймын

(подтверждаю письменно, что сего числа оповещен(а) врачом)

_____

_____

дәрігердің ТАӘ (ФИО врача)

_____

облыстық (қалалық) ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес

орталығының дәрігері АИТВ-инфекциясын жұқтырғаным (ЖИТС-пен

ауратыным) туралы хабарлағанын жазбаша түрде растаймын (областного

(городского) центра по профилактике и борьбе со СПИДом о том, что

являюсь ВИЧ инфицированным (больным СПИДом)).

Қазақстан Республикасының күшіндегі заңдары бойынша

АИТВ-инфекциясын таратқаны үшін жүктелетін қылмыстық жауапкершілік

туралы ескертілдім.

АИТВ-инфекциясының басқа адамдарға жұғу жолдары туралы,

АИТВ-сырқатымен ауыратыным туралы жыныстық серіктеріме, вена арқылы

есірткі қабылдайтын серіктеріме, медициналық жәрдем алуға келгенде

медицина қызметкерлеріне хабарлауым міндетті екендігі, маған донор

болуға өмір бойы тыйым салынғаны туралы ескертілдім.

Қауіпсіз жыныстық қатынас амалдары үйретілді.

Диспансерлік бақылау және облыстық (қалалық) ЖИТС-тың алдын алу

және оған қарсы күрес орталығында медициналық көмек алу тәртібімен

таныстым.

Уведомлен(а) об уголовной ответственности за распространение

ВИЧ-инфекции по действующему законодательству Республики Казахстан

Поставлен(а) в известность: о путях передачи ВИЧ-инфекции

другим лицам; об обязанности сообщения о своем ВИЧ-заболевании

половым партнерам, партнерам по внутривенному употреблению

наркотиков, медицинским работникам при обращении за медицинской

помощью; о пожизненном запрещении мне быть донором.

Обучен(а) приемам безопасного секса.

Ознакомлен(а) с порядком диспансерного наблюдения и получения

медицинской помощи в областном (городском) центре по профилактике и

борьбе со СПИД.

Күні (Дата) _____

АИТВ инфекциясын жұқтырған адамның қолы (Подпись ВИЧ инфицированного

лица) _____

Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача) _____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 276/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (

вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А3 форматы

Формат А3

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 277/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 277/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Зертханашы – дәрігердің жұмысын есепке алу
КҮНДЕЛІГІ
ДНЕВНИК
учета работы врача - лаборанта

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

Орындалған жұмыстың түрі Вид выполненной работы	Күнделікті атқарылған жұмыстар Выполненная работа по дням															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Күнделікті атқарылған жұмыстар Выполненная работа по дням															Бір айдағы жалпы саны Итого в месяц
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Тіркеу күнделігін зертханашы – дәрігер толтырады және атқарылған

жұмысты есепке алу үшін зертхана меңгерушісіне тапсырады (Дневник

учета работы заполняется врачом – лаборантом и сдается заведующему

лабораторией для учета выполненной работы)

а) өткізілген талдаулар (проведено анализов)

б) құжаттамамен жұмыс істеу (работа с документацией)

в) қайта тексерілетін сарысулармен жұмыс істеу (работа с

переконтрольными сыворотками)

г) әдістемелік жұмыстар және т.б. (методическая работа и т.д.)

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 280/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 280/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Бракераждық журнал

Бракеражный журнал

Басталуы / начат " _____" _____ 20___ж / г

Аяқталуы / окончен " _____" _____ 20__ж / г

Бракераж туралы ақпаратты қабылдауға және жіберуге жауапты қызметкерлердің қолдарының сәйкестендіргіші / Идентификатор подписей сотрудников ответственных за прием и передачу информации о бракераже

Күні/дата	Қызметкердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии) сотрудника	Қолы/подпись

Р/с № № п/п	зертханасындағы тіркеу № № регистрационный в лаборатории	Түскен жылы, айы, күні Год, месяц, день поступления	Материалды алып келген мекеменің атауы Название учреждения, доставившего материал	Бракераждау себебі Причина бракеража	Қабылданған шаралар Принятые меры	Бракераж туралы ақпарат алған қызметшының аты жөні және қолы(болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии) (инициалы) подпись сотрудника ответственного за получение информации о бракераже	Дәрігер-лаборантт /сапа жөніндегі менеджердің қолы Подпись врача-лаборанта /менеджера по качеству
1	2	3	4	5	6	7	8

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 281/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 281/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қанды CD- 4, CD-8 тексеру үшін берілген жолдама
№ _____
Направление на исследование крови на CD- 4, CD-8
Т.А.Ә. (болған жағдайда)
Ф.И.О.(при его наличии):_____
Жынысы (Пол) : _____
ЖСН/ИИН_____
_____
Туған күні (Дата рождения): _____
Тексеру кезіндегі диагнозы: _____
_____
(Диагноз на момент обследования)
Иммуноблоттың номері (Номер иммуноблота)_____
_____
Вирусқа қарсы емнің басталған уақыты: _____
_____
(Дата начала противовирусной терапии)
CD- 4, CD-8 бұдан бұрынғы тексеріс уақыты және қорытындысы _____
_____
(Дата и результат предыдущего обследования на CD-4.CD-8)
Қанды алған күні, уақыты (Дата и время забора крови)_____
Материалды жіберген мекеменің атауы және мекенжайы (Адрес и наименование учреждения , направившего материал): _____
_____
_____
_____
Материалды жіберген дәрігердің тегі (Фамилия врача, направившего материал):_____
_____
Жіберілген күні (Дата отправки) :_____

CD -4, CD-8 тексерілген қанның қорытындысы
Результаты исследования крови на CD -4, CD-8
№ _____
Т.А.Ә.(Болған жағдайда)
(Ф.И.О.):при его наличии_____
_____
Жынысы(Пол):_____ЖСН/ИИН_____
Туған күні (Дата рождения)_____
Иммуноблоттың № (№ иммуноблота) _____
Қанды зертханаға жеткізген күні, уақыты _____
(Дата и время доставки крови в лаборатории)
Талдауға қойған күні, уақыты_____
(Дата и время постановки)
CD4_____ CD3 _____CD8 _____CD4/CD8 _____
_____
Зертханашы-дәрігер _____
_____
(Врач-лаборант/специалист лаборатории
Берілген күні (Дата выдачи) _____

_____

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 281-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

CD-4,CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы
Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4,CD-8

Қанды алған күні, уақыты Дата и время забора крови	Материалдың зертханаға келіп түскен күні, уақыты Дата и время поступления материала в лабораторию	Иммуноблоттың номірі Номер иммуноблота	Тіркеу нөмірі Регистра-ционный номер	ТАӘ ФИО	Туған жылы Год рож-дения	Қайдан жіберілді Откуда направлен
1	2	3	4	5	6	7

продолжение:

Талдаудың келіп түскен күні, уақыты Дата и время постановки анализа	Қорытынды Результат				Қорытынды берілген жылы, айы, күні Дата выдачи результата	Зертханашы-дәрігердің қолы Подпись врача-лаборанта
	CD - 4	CD - 8	CD - 3	CD-4/CD-8		
8	9	10	11	12	13	14

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 281-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 281-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Приложение 5 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 5 исключено приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Приложение 5 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года

Сноска. Правый верхний угол в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сноска. Приложение 6 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 200/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 200/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

(№ _____ сериялы бақылаудағы сарысудың қайта өндірілуінің параметрлерін зерттеу нәтижелерін)
БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ
КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
(контроль воспроизводимости результатов исследования параметров контрольной сыворотки серии № _____)

_____

_____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация) _____ бөлімше (отделение) _____

палата _____ учаске (участок) _____

медициналық карта (медицинская карта) № _____

C

+2S | ----------

+1S | ……

X | __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

-1S | ……

-2S | ----------

| __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Күні (Д)

2 3 4 5 6 7 8 9 …… ай күндері (дни месяца)

С – компоненттер қанықтығы (концентрация компонентов);

Д – зерттеу күні (дата исследования);

Тексеру мағыналары (Контрольные значения):

Х – орта арифметикалық мөлшер (средняя арифметическая

величина);

S – орта квадраттық ауытқу (среднеквадратическое отклонение);

Шартты белгілер (Условные обозначения):

- компоненттер (мысалы, глюкоза _____; несепнәр xxxxxxxx)

компонентов (например, глюкоза _____; мочевина хххххххх)

- айлар (қаңтар – қызыл түспен; ақпан – көк және тағы басқа)

месяцев (январь – красным цветом; февраль – синим и так далее)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 201/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 201/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан талдауына жолдама

Направление на анализ крови

№_____ 20___ жылғы (год) “____” _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК
(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

	Қант диабетінің мониторингі/ Мониторинг сахарного диабета	Дәрілік мониторинг/ Лекарственный мониторинг ☐ Вальпрой қышқылы/ Вальпроевая кислота

Аутоиммунды аурулардың диагностикасы
Диагностика аутоиммунных заболеваний

- Жиынтықты антиядерлы антиденелер скринингі (ANA screen /Суммарные антиядерные антитела скрининг (ANA screen)
- Екі спиральды (жасанды) ДНҚ IgG класының антиденесі (анти-дсДНК IgG, anti-double-stranded (native) DNA IgG antibodies, anti-dsDNA IgG/ Антитела класса IgG к двуспиральной (нативной) ДНК (анти-дсДНК IgG, anti-double-stranded (native) DNA IgG antibodies, anti-dsDNA IgG)
- Антифосфолипидті скрининг (IgM/IgG)/ Антифосфолипидный скрининг (IgM/IgG)
- IgG класының Антинейтрофилдық цитоплазмалық антиденелері (ANCA combi)/ Антинейтрофильные цитоплазматические антитела класса IgG (ANCA combi)
- Экстракцияланған ядерлыантиденелер (ENA screen) / Экстрагируемые ядерные антитела (ENA screen)
- Гистондарға антиделер (Anti Haston)/ Антитела к гистонам (Anti Haston)
- Антимитохондриалды антиденелер (AMA-M2)/ Антимитохондриальные антитела (AMA-M2)

Жүрек-тамыр ауруларының тәуекел маркерлері және кардио өзіндік ақуыздар/
Кардиоспецифичные белки и маркеры риска сердечно-сосудистых заболеваний

- Натриуреттік гармон (B-типі) N-сонғысы пропептид (proBNP)/Натриуретического гормона (B-типа), N-концевой пропептид (Pro-BNP)
- Глюкоза қосылған гемоглабин/ Гликозилированный гемоглобин

Гематология

- формуламен берілген ОАК/ ОАК с формулой
- Ретикулоциттерді санау/ Подсчет ретикулоцитов

Остеопороз диагностикасы/
Диагностика остеопороза

- Остеокальцин
- b-CrossLaps

Бедеулік диагностикасы (қосымша түтікше) /
Диагностика беспложия (доп. пробирка)

- Қандағы антиспермалдық антиденелер/ Антиспермальные антитела
- Анти-Мюллеров гормон
- b-ХГЧ антиденесі / Антитела к b-ХГЧ

Сепсис маркерлері/
Маркеры сепсиса

- Прокальцитонин
- Циклоспорин
- Такролимус

Мерез (қосымша түтікше)/
Сифилис (доп. пробирка)

- Treponema pallidum жиынтық антиденесі/ Суммарные антитела к Treponema pallidum
- RW
- Микрореакция

Бауыр фиброзының маркерлері/
Маркеры фиброза печени

- ELF-тест
- Қан тобы және Резус-фактор (қосымша түтікше)/ Группа крови и Резус-фактор (доп. пробирка)
- АИТВ (қосымша түтікше)/ВИЧ (доп. пробирка)
- Шетелдік азаматтарға АИТВ (қосымша түтікше)/Вич для иностранных

			граждан (доп. пробирка)

Клиникалық химия / Клиническая химия	Гормондар/ Гормоны	Жұқпа (ЭХЛ әдісімен)/ Инфекции(методом ЭХЛ)	ПЦР Real time
АЛТ	ТТГ	А гепатитінің HAV/HAV гепатит А	Хламидиоз
АСТ	Т3 жалпы/Т3 общий	В гепатитінің HBsAg /HBsAg гепатит В	Микоплазмоз
Жалпы ақуыз/ Общий белок	Т4 жалпы /Т4 общий	С гепатитінің Anti HCV/ Anti HCV гепатит С	Уреаплазмоз
Жалпы билирубин/ Билирубин общий	Т3 еркін /Т3 свободный	Жалпы клиникалық зерттеу/ Общеклинические исследования	Гарднереллез
Тура билирубин / Билирубин прямой	Т4 еркін/ Т4 свободный	Несептің физико-химиялық микроскопиямен зерттелуі/ Физко-химическое исследование мочи с микроскопией	Трихомониаз
Несеп қышқылы/ Мочевая кислота	Анти-ТГ	Нечипоренко тәсілімен жасалған несеп талдауы/Анализ мочи по Нечипоренко	Кандидоз
Несепнәр / Мочевина	ТТГ рецепторынына антиденелер/ Антитела к рецеп. ТТГ	Уретро бөлетін микроскопиялық зерттеу/ Микроскопическое исследование отделяемого уретры	Цитомегаловирус (CMV)
Креатинин	Анти-ТПО (микросомалды тиреопероксидазаға антиденелер)/Анти-ТПО	Өт дағын анықтау/	Герпес I, II түрлері (HSV I,II)/Герпес I, II типы HSV I, II)
Глюкоза (қан қанты)/Глюкоза (сахар крови)	ФСГ		Соз/Гонорея
Үшглицеридтер/ Триглицериды	ЛГ		Флороценоз NCTM
Холестерин-ЛПВП	Пролактин		Флороценоз-Бактериалды вагиноз/ Флороценоз – Бактериальный вагиноз
Холестерин-ЛПНП	Эстрадиол		Флороценоз – Микоплазмы
Жалпы кальций (Са)/Кальций общий (Са)	Прогестерон		Флороценоз – Аэробтар /Флороценоз – Аэробы
Магний (Mg)	17-ОН Прогестерон (қосымша түтікше)/17-ОН Прогестерон (доп. пробирка)		Флороценоз – Кандидалар/Флороценоз – Кандиды
Органикасыз фосфор /Фосфор неорганический	Тестостерон		Флороценоздың комплекстік зерттеуі №1/Комплексное
	АКТГ (түтікшені мұзға қою)/ АКТГ (пробирку на лед)		

Na/K/Ca иондалған/Na/K/Ca ионизированный

Темір (Fe)/ Железо (Fe)

Трансферрин

Ферритин

ЛЖСС

СРБ

С-реактивті ақуыз кардио/ СРБ-кардио

Ревматоидты фактор/ Ревматоидный фактор

Антистрептолизин О

Иммунологиялық зерттеулер/ Иммунологические исследования

IgA (иммуноглобулин А)

IgM (иммуноглобулин М)

IgG (иммуноглобулин G)

IgE (иммуноглобулин Е)

Зәр биохимиясы/ Биохимия мочи

Креатинин

Кортизол

Онкомаркерлер/Онкомаркеры

АФП (бауыр, аналық жыныс безі)/ АФП (печень, яички)

СА 15-3 (сүт безі)/СА 15-3(мол.железа)

РЭА (ішек)/СЕА (кишечник)

СА 19-9 (асқазан, ұйқы безі) /СА 19-9 (поджел. железа, желудок)

СА 125 (аналық бездері)/ СА 125 (яичники)

ПСА жалпы (простата)/ ПСА общ. (простата)

ПСА (простата)/Пса своб. (простата)

Гемостаз

Қан плазмасында анализатормен (ПВ-ПТИ-МНО) протромбинді индекс (ПТИ) пен халықаралық қалыпты қатынасын (ХҚҚ) кезекті есептеумен протромбин уақытын (ПУ) анықтау /Опред. протромбинового времени (ПВ) с послед. расчетом протромбин. индекса (ПТИ) и международного нормализованного отношения (МНО) в плазме крови на анализаторе (ПВ-ПТИ-МНО)

Қан плазмасындағы фибриногенді талдауышта анықтау/Опред. фибриногена в плазме крови на анализаторе

Талдауышта плазмадағы белсендендірілген жартылай тромбопластин уақытын анықтау (БЖТУ)/Опред. активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) в плазме крови на анализаторе

Определение желчного пигмента

Тазалық дәрежесін тексеретін жағынды/ Мазок на степень чистоты

Еркекбездің бүкпесін тексеру/ Исследование секрета предлстательной железы

Цитология

Жатыр мойны тінін және цервикалды каналды зерттеу / Исследование соскобов шейки матки и цервикального канала

Қалқагша бездің пунктаттарын зерттеу/ Исследование пунктатов щитовидной железы

Сұйықтықты цитология аппаратындағы ПАП-тест арқылы жатыр мойны жағындысын цитологиялық зерттеу/ Цитологическое исследование мазка из шейки матки ПАП-тест на аппарате жидкостной цитологии

исследование Флороценоз №1

Флороценоздың комплекстік зерттеуі №2/Комплексное исследование Флороценоз №2

АВП/ВПЧ (сапалық/ кач.)

АВП/ВПЧ (сандық/кол.)

Жоғары қауіпті канцерогенды АВП анықтау (сандық)/ВПЧ высокого канцерогенного риска (кол.)

ВПЧ (генотиптері/ генотип)

Токсоплазмоз

CMV (сапалық/кач.)

CMV (сандық/кол.)

В гепатиті (сапалық)/ Гепатит В (кач.)

В гепатиті (сандық)/ Гепатит В (кол.)

С гепатиті (сапалық)/ Гепатит С (кач.)

С гепатиті (сандық)/ Гепатит С (кол.)

С гепатиті (генотиптері)/Гепатит С (генотип)

D гепатиті (сапалық)/ Гепатит D (кач.)

D гепатиті (сандық)/ Гепатит D (кол.)

РИФ -диагностика

□ Несепнәр/ Мочевина □ Несеп қышқылы/ Мочевая кислота □ Глюкоза (қант)/ Глюкоза (сахар)	□ Талдауышта қан плазмасындағы тромбин уақытын (ТУ) анықтау / Опред. тромбинового времени (ТВ) в плазме крови на анализаторе	□ Мұрын қуысындағы сілекей қабығы қырындысының риноцитограммасы / Риноцитограмма соскоба со слизистой обьолочки носовой полости	□ Хламидии □ Микоплазмоз □ Уреаплазмоз

* Белгіленген тестілер саны (Кол-во назначенных тестов) дәрігердің МӨ (МП врача)

_____

(бланкі толтырушы дәрігердің жазбасымен көрсетіледі (указывается прописью врачом, заполняющим бланк)

Ескертпе (Примечание): Зертхана жасалған тесттердің тізімін, зерттеу түрін, өлшем әдісін көрсетеді (Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения)

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Қанды экспресс-әдіспен талдау

Анализ крови экспресс-методом

№_____

№_____ 20___ жылғы (год) “____” _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____
_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Нәтижесі (Результат): _____

_____

_____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Қан талдауы

Анализ крови

№_____

кеңейтілген (развернутый)

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)		**Референсті мағынасы (Референсные значения)**	**Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)**	**СИ бірліктері Единицы СИ**
Гемоглобин Е (М) Ә (Ж)				
Эритроциттер Е (М) (Эритроциты) Ә (Ж)				
Түсті көрсеткіш (Цветной показатель)				
Ретикулоциттер (Ретикулоциты)				
Тромбоциттер (Тромбоциты)				
Лейкоциттер (Лейкоциты)				
Нейтрофилдер Нейтрофилы	Промиелоцитер (Промиелоциты)			
	Миелоциттер (Миелоциты)			
	Метамиелоциттер (Метамиелоциты)			
	Таяқшаядролы (Палочкоядерные)			
	Сегментядролы (Сегментоядерные)			
Эозинофилдер (Эозинофилы)				
Базофилдер (Базофилы)				
Моноциттер (Моноциты)				
Лимфоциттер (Лимфоциты)				
Плазмалық клеткалар (Плазматические клетки)				
Эритроциттердің шөгу жылдамдығы (Скорость оседания эритроцитов) Е (М) Ә. (Ж)				

Эритроциттердің морфологиясы

Морфология эритроцитов

Анизоцитоз макроциттер, микроциттер (Анизоцитоз макроциты, микроциты)

_____

Пойкилоциттер (Пойкилоциты)_____

Базофилді түйіршіктігі бар эритроцитоз (Эритроцитоз с базофильной зернистостью) _____

Полихроматология _____

_____

Жолли денешіктері, Кебот сақиналары (Тельца Жолли, кольца Кебота) _____

Эритро-нормобластар (100-лейкоцитке) Эритро-нормобласты (на 100 лейкоцитов) _____

_____Мегалобластар (мегалобласты)_____

Лейкоцитердің морфологиясы (Морфология лейкоцитов)

Ядролар гиперсегментациясы (Гиперсегментация ядер) _____

Уытты түйіршіктік (Токсогенная зернистость) _____

20____ жылғы (года) _____ _____

Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа) Орындаушының қолы (Подпись исполнителя)

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Қанды микрореакцияға жіберу

Направление крови на микрореакцию

№_____

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование) _____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Нәтиже (Результат)

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Вассерман реакциясы және тағы басқа
қан талдауы
Анализ крови
реакция Вассермана и другие

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә.(болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП),

3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Вассерман реакциясы антигендермен (Реакция Вассермана с антигенами):

кардиолипинді (кардиолипиновым) _____

_____

арнайы емес (неспецифическим)_____

_____

солғын трепанемалардан (из бледных трепанем) _____

(культуралық) (культуральным)_____

ВР сандық титрі (Количественный титр РВ) _____

_____

Вассерман реакциясы (суықта) (Реакция Вассермана (на холоде)

_____

Трепонемалар қозғалу реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі -ТҚР) (Реакция иммобилизации трепонем при наличии – (далее РИТ)

_____

Иммунофлуоресценция реакциясы - болған жағдайда (бұдан әрі - ИФР) (Реакция иммунофлуоресценции при наличии – (далее - РИФ) _____

_____

ИФР-100 (РИФ-100) _____

ИФР-200 (РИФ-200) _____

ИФР-абсорб (РИФ-абсорб) _____

Экспресс-реакциялар (Экспресс-реакции):

Плазматест _____

ВДРЛ типті белсенсіздірілген сарысумен реакция (Типа ВДРЛ (реакция с инактивированной сывороткой)) _____

_____

Нәтиже (Результат)_____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Қан талдауы
глюкозамен жүктеуге төзімділік сынамасы
Анализ крови
проба на толерантность к нагрузке глюкозой

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Нәтижесі (результат): _____

Глюкозаның концентрациясы
(Концентрация глюкозы в) (ммоль/л)

Зерттеуді орындау уақыты қанда несепте

(Время исполнения исследования) (крови) (моче)

Аш қарынға (Натощак)

_____

Бірінші жүктеме (Нагрузка первая)

Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

Жүктемеден (Через).....мин. кейін (мин после нагрузки)

Екінші жүктеме (Нагрузка вторая)

Бірінші жүктемеден кейін (После первой нагрузки через) …… мин

_____

Жүктемеден (через)….....мин. кейін (мин после нагрузки)

_____

жүктемеден (через).....….....мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через).....….....мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через)….....мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через)….....мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через)….....мин. кейін (мин после нагрузки)

жүктемеден (через)….....мин. кейін (мин после нагрузки)

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Қанның/несептің биохимиялық талдауы
Биохимический анализ крови/мочи
№_____

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.АӘ. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	**Референсті мағынасы (Референсные значения)**	**Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)**	**СИ бірліктері Единицы СИ**
Жалпы нәруыз (Общий белок)			
Альбумин			
Несепнәр (Мочевина)			
Креатинин			
Несеп қышқылы (Мочевая кислота)			
Глюкоза			
Жалпы кальций (Кальций общий)			
Йондалған кальций (Кальций иониз.)			
Калий			
Натрий			
Хлоридтер (Хлориды)			
Темір (Железо)			
Магний			
Мыс (Медь)			
Церулоплазмин			
АлаТ			
АсаТ			
Билирубин жалпы (общий)			

Билирубин тура (прямой)			
Тимол сынамасы (Тимоловая проба)			
ГГТП			
Сілті фосфатазасы (Щелочная фосфатаза)			
Холестерин			
Холестерин ЛПВН			
Холестерин ЛПНП			
Үшглицеридтер (Триглицериды)			
Липопротеидтер (Липопротеиды)			
Амилаза жалпы (общая)			
Креатинкиназа			
Липаза			
ЛДГ жалпы (общая)			
Серомукрид			

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына
қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Коагуологиялық зерттеу
Қан талдауы
Анализ крови
коагуологические исследования

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП),

3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

(повторное) (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	**Референсті мағынасы (Референсные значения)**	**Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)**	**СИ бірліктері Единицы СИ**
Гематокрит			
Тромбоциттер (Тромбоциты)			
Мөлшері (Количество)			
Адгезия			
Агрегация			
Айви бойынша қан кету ұзақтығы (Длительность кровотечения по Айви)			
I кезең (фаза) протромбин құрылуы (протромбинообразование)			
Ли-Уайт бойынша пробиркадағы ұю уақыты (Время свертывания по Ли-Уайту в пробирке)			
силиконсыз (несиликон.)			
силиконды (силиконир.)			
Аутокоагулограмма (АКТ)			
6 минутқа (на 6 мин.)			
8 минутқа (на 8 мин)			
10 минутқа (на 10 мин)			
Каолин- кефалин уақыты (каолин-кефалиновое время (АПТВ)			
II кезең (фаза) тромбин құрулуы (тромбинообразование)			
Протромбин индексі (протромбиновый индекс)			
III кезең (фаза) фибрин құрылуы (фибринообразование)			
Фибриноген А			
Тромбин уақыты (Тромбиновое время)			
Паракоагуляциялық тесттер (Паракоагуляционные тесты)			
В-нафтолды (В-нафтоловый)			
Этанолды (этаноловый)			
Протаминсульфатты (Протаминсульфатный)			
IV кезең (фаза) Антикоагулянттық жүйе (Антикоагулянтная система)			
Фибринолиз өздігінен (спонтанный)			

Эуглобулинді (эуглобулиновый)			
Ұйытындының гемостатикалық қасиеттері (гемостатические свойства сгустка)			
Плазманың гепаринге төзімділігі (Толерантность плазмы к гепарину)			
Антитромбин III			
Плазминоген			
Ретракция			
Фибриназа – XIII			

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Серологиялық зерттеулер нәтижесі
қан талдауы
Анализ крови
результат серологических исследований

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.АӘ. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

1) КБР антигендермен (РСК с антигенами) _____

а) Провачек (Провачека) _____

б) Бернет (Ку қызбасы) (Бернета (лихорадка Ку) _____

_____

в) орнитоз (орнитоза) _____

г) токсоплазмоз (токсоплазмоза) _____

2) ТКАР антигендермен (РПГА с антигенами):

а) дизентерия (дизентерийными) _____

б) сальмонеллез (сальмонеллезными) _____

в) сүзек-паратиф (тифо-паратифозными) _____

г) бөртпе сүзек (сыпно-тифозными) _____

3) Хеддельсон реакциясы (Реакция Хеддельсона) _____

4) Райт реакциясы (Реакция Райта) _____

_____

5) Латекс-агглютинация реакциясы (Реакция латекс-агглютинации)

_____

(эхинококкоз)

6) Пауль-Буннель реакциясы (Реакция Пауль-Буннеля) _____

(мононуклеоз)

7) Видаль реакциясы (Реакция Видаля) _____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Талдау
Анализ
№_____
Қанды LE- клеткаға зерттеу
(Исследование крови на LE - клетки)

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О.(при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

_____

Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования) _____

_____
_____
_____
_____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

№_____ ИФА/ИХЛ гормондар мен медиаторлардың мөлшерін анықтау қан/несеп талдауы
Анализ крови / мочи на содержание гормонов и медиаторов №_____ИФА/ИХЛ

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	**Референсті мағынасы (Референсные значения)**	**Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)**	**СИ бірліктері Единицы СИ**
ЛГ	Әйелдер(Женщины): Фоллик. фаза Циклдің ортасы (Середина цикла) Лютеин фазасы (Лютеиновая фаза Менопаузадан кейін (Постменопауза) Ерлер (Мужчины)		
ФСГ	Әйелдер(Женщины): Фоллик. фаза Циклдің ортасы (Середина цикла) Лютеин фазасы (Лютеиновая фаза Менопаузадан кейін (Постменопауза) Ерлер (Мужчины)		
Эстрадиол	Әйелдер(Женщины): Фоллик. фаза Циклдің ортасы (Середина цикла) Лютеин фазасы (Лютеиновая фаза Менопаузадан кейін (Постменопауза) Ерлер (Мужчины)		

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Қанды ИФА/ИХЛ/ЭХЛ/иммуноблот әдісімен зерттеуге
қан талдауына жолдама №___
Направление к анализу крови №__
исследование крови методом ИФА/ИХЛ/ЭХЛ/иммуноблот

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Пациент Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

_____

Туған күні (Дата рождения) _____ЖСН(ИИН)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Жынысы (Пол)_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы (болған жағдайда)

_____

Ф.И.О. (при его наличии) врача, направившего на исследование_____

_____

(МО направившая на исследование)_____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (нужное подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз)_____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " год " " ч. " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	**Референсті мағынасы (Референсные значения)**	**Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)**	**СИ бірліктері Единицы СИ**
AHAV YgM			
HbsAg			
a-Hbcor lgM			
a-HCV lgG			
a-HB cor JgG			
HbeAg			
a-Hbe			
a-Hbs			
a-HDV JgM			
a-HDV total			

Нәтиже (Результат)_____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Цитогенетикалық зерттеуге жолдама

Направление на цитогенетическое исследование

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.)_ (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.АӘ. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Кариотип (Кариотип) _____

(нормаға сәйкес, нормаға жатпайды (норма, не норма)

_____
_____

(еркектік, әйелдік (мужской, женский))

_____
_____

Жіберілген күні (Дата направления) " ___" _____20 ____ ж.(г.)

Дәрігер (Врач) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Цитогенетикалық зерттеу
Цитогенетическое исследование

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Кариотип (Кариотип) _____

(нормаға сәйкес, нормаға жатпайды (норма, не норма)

_____

Берілген күні (Дата выдачи анализа) " ___" _____20 __ ж. (г.)

Дәрігер (Врач) _____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Иммунограмма

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /(Ф.И.О.) (при его наличии)_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____ _

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	**Референсті мағынасы (Референсные значения)**	**Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)**	**СИ бірліктері Единицы СИ**
Т-белсенді (Т-активные)			
Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты)			
Т-хелперлер (Т-хелперы)			
Т-супрессорлар (Т-супрессоры)			
Аутологиялық л-ф (Аутологичные л-ф)			
In vitro әсерінен кейінгі Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты после воздействия in vitro)			
Т-левамизол			

Т-тималин			
Т-белсенді (Т-активные)			
Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты)			

Нәтиже (Результат)_____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (Ф.И.О. врача выполнившего исследование)_____

_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Иммунологиялық талдау
Иммунологический анализ

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О.(при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

№	**Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)**	**Референсті мағынасы (Референсные значения)**	**Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)**	**СИ бірліктері Единицы СИ**
1	Лейкоциттер (Лейкоциты)			
2	Нейтрофилдердің фагоцитарлық белсенділігі Фагоцитарная активность нейтрофилов			
3	Фагоцитарлық сан Фагоцитарное число			
4	Фагоцитоз аяқталу индексі Индекс завершенности фагоцитоза			
5	НСТ+нейтрофилдер НСТ + нейтрофилы			

6	НСТ+ширатылған нейтрофилдер НСТ + стимулированные нейтрофилы			
7	Ширату индексі Индекс стимуляции			
8	Комплементтің гемолиздік белсенділігі Гемолитическая активность комплемента			
9	Қанда айналып жүрген иммундық кешендер Циркулирующие иммунные комплексы			
10	Теофиллин – резисты Теофиллин – резистентные			
11	Теофиллин – сезімтал Теофиллин - чувствительные			
12	Аз сараланған жасушалар: (Малодифференцированные клетки) В-лимфоциттер (В-лимфоциты) Т-лимфоциттер (Т-лимфоциты)			
13	Т-хелперлер (Т-хелперы)			
14	Т-супрессорлар (Т-супрессоры)			
15	Т- лимфоциттердің абсолюттік саны Абсолютное количество Т-лимфоцитов			
16	В-лимфоциттер (М-РОК) В-лимфоциты (М-РОК)			
17	РТМП с ФГА Жосу индексі (Индекс миграции) Жосу көрсеткіші (Показатель миграции) Жосу тежелуінің индексі (Индекс миграции торможения) Жосу тежелуінің көрсеткіші (Показатель миграции торможения)			
18	Иммуноглобулин А			
19	Иммуноглобулин М			
20	Иммуноглобулин G			

Нәтиже (Результат)_____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Фенилкетонурия және туа біткен гипотиреозды анықтауға скринингтік зерттеудің нәтижелері
Результат скрининга на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы)

" " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	**Референсті мағынасы (Референсные значения)**	**Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)**	**СИ бірліктері Единицы СИ**
Фенилаланин			
ТТГ			

Нәтиже (Результат)_____

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

ПТР әдісімен зерттеу нәтижелерін талдау
биоматериал (қан сарысуы, плазма, тұтас, несеп, түкірік, шауқат) /
Анализ
результата исследования методом ПЦР
биоматериал (кровь-сыворотка, плазма, цельная; моча, слюна, сперма)
Тіркеу № _____
Регистрационный №

№_____ 20___ жылғы (год) "____" _____ жолданған күні (дата направления)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) / (Ф.И.О.(при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК (ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз) повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

	Референсті мағынасы	**Зерттеу нәтижесі**	**СИ бірліктері**

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	**(Референсные значения)**	**(Результат измерения)**	**Единицы СИ**
АҚТҚ-ға вирустық ДНК /Провирусная ДНК ВИЧ			
1 мл –дегі АҚТҚ РНК санының көшірмесі Количество копий РНК ВИЧ в 1 мл			
В гепатитінің ДНК-сы / ДНК гепатита В			
С гепатитінің РНК-сы / РНК гепатита С			
С гепатитінің генотипі / Генотип гепатита С			
1 мл –дегі ВГС РНК санының көшірмесі Количество копий РНК ВГС в 1 мл			

Ескертпе (Примечание): Зертхана өлшеу әдісін, рефренсты мәндерді, өлшем бірліктерін көрсетеді (Лаборатория указывает метод измерения, референсные значения, единицы измерения).

Зерттеуді орындаған дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии)

. врача выполнившего исследование)_____

Зерттеуді орындау күні және уақыты (Дата и время выполнения исследования)_____

Қан талдауы жолдамасына қосымша парақ
Вкладной лист к анализу крови

Қанды биохимиялық генетикалық скринингке жолдау
Направление крови на биохимический генетический скрининг

Ұйымның атауы және мекенжайы _____

(Название и адрес организации)

АФП, в-ХГЧ, РАРР-А, НЭ жолдау (керегін сыз)

(Направление на АФП, в-ХГЧ, РАРР-А, НЭ (нужное подчеркнуть)

Қан алу күні (Дата забора крови)_____

Жүкті әйелдің ТАӘ. (ФИО беременной) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Салмағы (Вес) _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны (Телефон) _____

Соңғы етеккір күні _____ жүктілік мерзімі_____ апта (күні, айы, жылы)

(Дата последней менструации) (срок беременности) недель (день, месяц, год)

1 триместрде ультрадыбыстық зерттеу:
Ультразвуковое исследование 1 триместра:

УДЗ күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта

(Дата УЗИ) (срок беременности) (недель)

ҚТК (құйымшақ-төбе көлемі)_____(мм)

КТР(копчико-теменной размер)

ЖКҚ (жаға кеңістігінің қалыңдығы)_____(мм)

ТВП (толщина воротникового пространства)

2 триместрде ультрадыбыстық зерттеу:
Ультразвуковое исследование 2 триместра:

УДЗ күні _____ жүктілік мерзімі _____ апта

(Дата УЗИ) (срок беременности) (недель)

БПК (бипариеталдық көлем)_____(мм)

БПР(бипариетальный размер)

Қосымша мәліметтер:

Дополнительные сведения

Шылым шегу _____

(Курение)

Егіз, үш егізек _____

(Двойня, тройня)

Қант диабеті _____

(Сахарный диабет)

Экстракорпоралдық ұрықтандыру _____

(Экстракорпоральное оплодотворение)

Сыртартпадағы Даун синдромы _____

(Синдром Дауна в анамнезе)

Сыртартпадағы Эдвардс синдромы _____

(Синдром Эдвардса в анамнезе)

Сыртартпадағы невралдық түтік ақауы _____

(Дефекты невральной трубки в анамнезе)

Дәрігер _____

(Врач) ТАӘ, қолы, дербес мөрі (ФИО, подпись, личная печать)

Ұйым _____тел._____

(Организация)

Жіберу күні _____

(Дата направления)

Форма

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 202/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 202/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 202/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 204/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 204/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 204/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Микробиологиялық зерттеуге (алғашқы рет, қайталап) жолдама
Направление на микробиологическое исследование (первичное, повторное)
№_____
_____ 20____ жылғы (года) _____ сағат (час) _____ минут.

материалды алу күні мен уақыты (дата и время взятия материала)

(в) _____зертханаға (лабораторию)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН/ИИН_____

медициналық карта (медицинская карта) №_____ұйым (организация)_____

Бөлімше (Отделение)_____ палата _____ учаске (участок) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Тұрақты мекенжайы (уақытша болса, тексерілуші кімнің үйінде тұрып жатыр, Т.А.Ә. көрсетіңіз) (Адрес постоянного места жительства, временного с указанием Ф.И.О.,

у которого проживает обследуемый) _____

Жұмыс, оқу орны (балалар мекемесінің, мектептің атауы) (Место работы, учебы (наименование детского учреждения, школы) _____

_____

Диагнозы, ауырған күні (Диагноз, дата заболевания): _____

_____

Зерттелу көрсеткіштері: науқас, бұрын ауырған, реконвалесцент, бактерия тасушы, түйісуші, профилактикалық зерттеу (Показания к обследованию: больной, переболевший, реконвалесцент, бактерионоситель, контактный, профилактическое обследование)

_____
_____

(керекті астын сызыңыз) , толықтырып жазыңыз (нужное подчеркнуть), вписать

Материал: қан, несеп, нәжіс, қақырық, дуоденум сүйықтығы, жұлын сұйықтығы, пунктат, жарадан аққан сұйықтық, ірің, жалқық, секциялық материал, сілемейлі жағындысы, қырынды және басқалар (Материал: кровь, моча, кал, мокрота, дуоденальное содержимое, спинномозговая жидкость , пунктат, раневое отделяемое, гной, выпот, секционный материал, мазок со слизистых, соскоб и др.) _____

_____

(керекті астын сызыңыз) материал қайдан келгенін көрсетіп жазыңыз (нужное подчеркнуть), вписать, указав, откуда получен материал

_____
_____
_____

Зерттеудің мақсаты мен атауы (Цель и наименование исследования): _____

қандай инфекциялық ауруларға зерттеу керек (на какие инфекции исследовать)

микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиотерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау (определение чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам)

_____

Материалды жіберген адамның лауазымы, тегі, қолы (Должность, фамилия, подпись лица, направляющего материал) _____

Микробиологиялық зерттеуге
жолдамасының қосымша парағы
Вкладной лист к направлению
на микробиологическое исследование

Микробиологиялық зерттеу нәтижесі
Результат микробиологического исследования
№_____

20____жылғы (года)_____ _____

биоматериал әкелінген күн (дата доставки биоматериала)

зерттеу күні (дата исследования)

_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

ЖСН/ИИН_____

_____ Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация)_____Бөлімше (Отделение)_____

палата_____участке (участок) _____

медициналық карта (медицинская карта) №_____

Зерттегенде (При исследовании) _____

қандай материал – көрсетіңіз (указать материал)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
20___ ж. (г.) "_____" _____ Қолы (Подпись) _____

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

Микробиологиялық зерттеуге
жолдамасының қосымша парағы
Вкладной лист к направлению
на микробиологическое исследование

Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері
№_____
Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам
20___ жылғы (года) "____"_____ биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)_____
_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация)_____ _____ бөлімше (отделение)_____ ____ палата_____ ___ учаске (участок)_____медициналық карта (медицинская карта) №_____

Зерттегенде (При исследовании)_____ _____

қандай материал – көрсетіңіз (указать материал)

	Микроорганизмдердің атауы **Наименование микроорганизмов**								
Ажыратылды Выделены									
	1					2			
	Микроорганизмдердің* сезімталдығы Чувствительность* микроорганизмов								
Препараттардың аты, олардың ЕПҰ -да болуын есепке ала отырып Наименование препаратов с учетом их наличия в ЛПУ	Нық устойчив	Нық емес малоустоичив	Сезімтал чувствителен	МИҚ мкг/мл МИК мгл/мл	Нық устойчив	Нық емес малоустоичив	Сезімтал чувствителен	МИҚ мкг/мл МИК мгл/мл	нық усто
Антибиотиктер Антибиотики									
Пенициллин									
Метициллин									
Оксациллин									
Диклоксациллин									
Ампициллин									
Карбенициллин									
Эритромици									
Олеандомицин									
Линкомицин									
Ристомицин									
Рифамицин									
Левомицетин									
Тетрациклин									
Стрептомицин									
Канамицин									
Мономицин									
Гентамицин									
Неомицин									

Полимиксин									
Цепорин									
Цефалоспорин									
	Микроорганизмдердің* сезімталдығы Чувствительность* микроорганизмов								
	1			2				3	
Сульфаниламидтер Сульфаниламиды									
Сульфадиметоксин									
Норсульфазол									
Нитрофурандар Нитрофураны									
Фуразолин									
Фурацилин									
Фурадонин									
Фурагин									
Фуразолидон									
Перти									
Норбактин									
Фторхинолондар Фторхинолоны									
Басқалар Прочие									

20 ___ жылғы (года) Қолы (Подпись)_____

*Нәтижелерді белгілеу: дискілер әдісін қолданғанда – "+" белгісімен, сұйылту әдісін қолданғанда - минимальды ингибирлеу (тоқтату)

концентрациясы (мкг/мл)

(Результат отметить: при использовании метода дисков- знаком "+", при использовании метода разведений

- указанием минимальной ингибирующей концентрации МИК (мкг/мл))

Микробиологиялық зерттеуге
жолдамасының қосымша парағы
Вкладной лист к направлению
на микробиологическое исследование

Санитариялық-микробиологиялық зерттеуге жолдама **Направление** **на санитарно-микробиологическое исследование** **_____** **_____** **Тіркеу (Регистрационный) №_____Материал жіберілетін СЭС зертханасының және басқалардың атауы (Наименование лаборатории СЭС и другие, в которую направляется материал) _____** **_____** **_____** **_____** **Үлгілердің атауы мен саны (Наименование и число образцов)** **_____** **_____** **Ыдысы, орауы, маркіленуі (Тара, упаковка, маркировка) _____** **_____** **_____** **Іріктеу орны, күні, уақыты, НТҚ-ның атауы (Место, дата и время отбора, наименование НТД) _____** **_____** **_____** **_____** **Зерттеу мақсаты (Цель исследования): _____** **_____** **_____** **_____** **Зерттеу айғақтары: ағымды санитариялық бақылау ретінде, эпид. көрсеткіштер бойынша (астын сызыңыз немесе толықтырып жазыңыз) (Показания к исследованию: в порядке текущего санитарного надзора, по эпид. показаниям (	**Санитариялық-микробиологиялық зерттеу нәтижесі** **Результат** **санитарно-микробиологического исследования** **_____** **_____** **Тіркеу (Регистрационный) №_____** **_ Зерттеу жүргізген СЭС зертханасының және басқалардың атауы (Наименование лаборатории СЭС и др., проводившей исследования) _____** **_____** **_____** **_____** **Үлгінің атауы (Наименование образца)** **_____** **_** **Үлгі іріктеу орын (Место отбора образца) _____** **_____** **Зерттеу мақсаты (Цель исследования на): _____** **__** **_____** **_____** **Материалдың зертханаға түскен күні (Дата поступления материала в лабораторию) _____** **_____** **_____** **Зерттеу нәтижесі (Результат исследования) _____** **_____** **_____** **_____** **_____** **_____** **_____**

подчеркнуть или дописать)) _____ _____ _____ _____ Үлгіні іріктеп алған адамның лауазымы, тегі (Должность, фамилия лица, отобравшего образец) _____ _____ _____ _____	**_____ _____ _____ (НТҚ-ға сай, НТҚ-ға сай емес, жоқ) (Соответствует НТД, не соответствует НТД, отсутствует) Жауап берілген күн (Дата выдачи ответа) 20___жылғы (года)_____ _____ Дәрігердің тегі, қолы (Фамилия, подпись врача) _____ _____**

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

продолжение

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 205/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы **Формат А6**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақта министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 206/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 206/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 206/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Пациенттің қанын иммуногематологиялық зерттеу қорытындысы (результат иммуногематологического исследования крови пациента)
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)
Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
Туған күні, айы жылы (число, месяц год рождения)
Бөлімше (отделение)
Талдау күні (дата анализа)
Қан тобы және резус тиістілігі (группа крови и резус-принадлежность)
Зерттеуді жүргізген дәрігердің тегі (фамилия и инициалы врача, проводившего исследование)
Қанды иммуногематология зерттеудің қорытынды нәтижесі №_____ (результат заключительного иммуногематологического исследования)
АВО бойынша қан тобы (группа крови по АВО)
Резус тиістілігі (резус-принадлежность)
Антиэритроциттік антиденеңің бар болуы (наличие антиэритроцитарных антител

Трансфузиологқа арналған нұсқау (рекомендации для трансфузиолога)
Талдау берілген күн (дата выдачи анализа)
Қан тобын зерттеген дәрігердің тегі (фамилия и инициалы врача, проводившего исследование)

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақта министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 207/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 207/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қанды консультациялық иммуногематологиялық зерттеуге (АВО бойынша қан тобы, резус-тиістілік/ фенотипі, тұрақсыз антиэритроциттік антиденелер/сәйкестендіру, антиглобулиндік тест тікелей) жолдама) **(направление на консультативные иммуногематологические исследования крови (группа крови по АВО, резус-принадлежность/фенотип, нерегулярные антиэритроцитарные антитела/идентификация, антиглобулиновый тест прямой) (нужное подчеркнуть)** **Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)_____ _____** **_____** **_____** **Туған күні (дата рождения) _____** **_____** **Ұйым (организация) _____** **_____**	**Қанды иммуногематология зерттеуге кенес беру нәтижесі №_____** **(результат консультативного иммуногематологического исследования)** **Зертхана (лаборатория)_____** **_____** **Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)___** **_____** **_____** **Фамилия, имя, отчество (при его наличии)** **_____** **_____** **Туған күні (число месяц год рождения)_____** **_____** **Ұйым (Организация) _____** **_____** **Бөлімше (отделение) _____** **_____** **АВО жүйесі (группа крови по АВО)_____** **_____** **Резус тиістілігі/фенотип (резусөпринадлежность/фенотип) _____**

Бөлімше/ учаске (отделение/ участок)_ _____ **Медициналық карта № (медицинская карта) _____ _** **Диагнозы (диагноз)_____ _____ ____ _____ _____ _** **Консультативті зерттеудің қажеттілігі неден туындады (чем вызвана необходимость консультативного исследования)_____ ____ _____ _____** **Донор қаны компоненттерінің трансфузия жүргізу туралы ақпарат (информация о проведенных трансфузиях компонентов донорской крови _____ _____ _____** **20 ___ жылғы "____ " "_____"** **(год число месяц)** **Зерттеуге жіберген дәрігердің тегі __ ___ _____ _** **(фамилия и инициалы врача, направившего на исследование)**	**_____ _____ _____** **Антиэритроциттік антидене(нерегулярные антиэритроцитарные антитела/ идентификация _____ _____ ___** **Антиэритроциттік антидене ерекшелігі/ субкласс (специфичность/субкласс антиэритроцитарных антител) _____ _____** **Антиэритроциттік антиденеңің титры (титр антиэритроцитарных антител)_____ _____ _____ _____** **Антиглубинды тура тест (антиглобулиновый тест прямой/)_____ _____ _____ _____ ____** **Талдау берілген күн 20___ жылғы "____" _____ _____** **(дата выдачи анализа) (год число месяц)** **Қан тобын анықтаған дәрігердің тегі (фамилия и инициалы врача, проводившего исследование)_____**

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 208/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 208/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 210/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 210/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Несеп талдауы
Анализ мочи
№ _____

20___ жылғы (год) "____" _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ЖСН(ИИН)_____
_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____Жынысы (Пол)_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы(Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

(МО направившая на исследование)_____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз)_____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " год " " ч. " " мин.

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	**Референсті мағынасы (Референсные значения)**	**Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)**	**СИ бірліктері Единицы СИ**
Физикалық-химиялық қасиеттер (Физико-химические свойства)			
Көлемі (Количество)			
Түсі (Цвет)			
Тұнықтығы (Прозрачность)			
Салыстырмалы тығыздығы (Относительная плотность)			
Реакциясы (Реакция)			
Нәруыз (белок			
Глюкоза			
Билирубин			
Уробилиноидтар (Уробилиноиды)			
Микроспиялық зерттеу (Микроскопическое исследование)			
Жалпақ эпителий (Плоский эпителий)			
Ауыспалы (Переходный)			
Бүйректің (Почечный)			
Лейкоциттер (Лейкоциты)			
Эритроциттер (Эритроциты) өзгермеген (неизмененные) өзгерген (измененные			
Цилиндрлер (Цилиндры): гиалинді (гиалиновые) балауыз тәрізді (восковидные) түйіршікті (зернистые) эпителиалды (эпителиальные) лейкоциттік (лейкоцитарные)			

эритроциттік (эритроцитарные) пигменттік (пигментные)			
Сілемей (Слизь)			
Тұздар (Соли)			
Бактериялар (Бактерии)			

Ескертпе*: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері, өлшем бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Т.Ә.А (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)_____

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования_____

Несеп талдауының қосымша парағы
Вкладной лист к анализу мочи

Глюкозаның тәуліктік экскрециясын
талдау
Биохимический анализ мочи
суточной экскреции глюкозы/белок
№ _____

20___ жылғы (год) "____" _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ЖСН(ИИН)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____Жынысы (Пол)_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы(Ф.И.О. врача, направившего на исследование)_____

(МО направившая на исследование)_____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз)_____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " год " " ч. " " мин.

Аш қарынға глюкоза концентрациясы _____

(Концентрация глюкозы крови натощак)

Тәуліктік диурез (Диурез за сутки) _____

Пациент несебіндегі концентрация Бірліктер Нормасы

(Концентрация в моче пациента) (Единицы) (Норма)

_____

Пациеттің несебіндегі тәуліктік экскреция нормасы (норма)

(суточная экскреция с мочей пациента)

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Несеп талдауының қосымша парағы
Вкладной лист к анализу мочи

Зимницкий бойынша несеп талдауы
Анализ мочи по зимницкому
№_____

20___ жылғы (год) "____" _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ЖСН(ИИН)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____Жынысы (Пол)_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы(Ф.И.О. ((при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

(МО направившая на исследование)_____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз)_____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " год " " ч. " " мин.
Қабылданған сұйықтың мөлшері (Количество принятой жидкости) _____
_

Өлшем нөмірі **Номер порции**	**Сағаттар** **Часы**	**Салыстырмалы тығыздық** **Относительная плотность**	**Несеп мөлшері литрмен** **Количество мочи в л.**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Күндізгі диурез (Дневной диурез) _____

Түнгі диурез (Ночной диурез) _____

Жалпы диурез (Общий диурез) _____

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Ф.И.О. (при его наличии)

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Несеп талдауының қосымша парағы
Вкладной лист к анализу мочи

Тәуліктік / бір реттік несепті биохимиялық талдау /
Биохимический анализ мочи суточная/разовая

20___ жылғы (год) "____" _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ЖСН(ИИН)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____Жынысы (Пол)_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы(Ф.И.О.((при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

(МО направившая на исследование)_____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз)_____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " год " " ч. " " мин

Тәуліктік диурез (Диурез за сутки) _____

Концентрациясы (Концентрация):

фосфордың (фосфора)_____

кальцийдің (кальция)_____

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	Референсті мағынасы (Референсные значения)	Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)	СИ бірліктері Единицы СИ

Фосфор			
Кальций			
Оксолат			

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Ф.И.О.(при его наличии)

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования

Несеп талдауының
қосымша парағы
Вкладной лист к анализу
мочи форма № 210/у

Биоматериалдың Реберг сынамасын биохимиялық (қан /несеп) талдау /
Биохимический анализ проба Реберга биоматериал (кровь/ моча)

20___ жылғы (год) "____" _____

жолданған күні (дата направления)

Пациент _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____ЖСН(ИИН)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____Жынысы (Пол)_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы(Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

(МО направившая на исследование)_____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз)_____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " год " " ч. " " мин

Зерттеу компоненті (Исследуемый компонент)	**Референсті мағынасы (Референсные значения)**	**Зерттеу нәтижесі (Результат измерения)**	**СИ бірліктері Единицы СИ**
Креатиннің концентрациясы Концентрация креатинина			
Тәуліктік диурез (Диурез за сутки)			
Минуттық диурез (Минутный диурез)			
Шумақшалық сүзілу (Клубочковая фильтрация)			
Каналдық реабсорбция (Канальцевая реабсорбция)			

Ескертпе*: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері, өлшем бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Т.Ә.А (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)_____

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования_____

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 211/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 211/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 214/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 214/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 214/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 215/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 215/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 215/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы **Формат А6**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 216/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қақырық талдауы
Анализ мокроты

Тегі, аты, әкенің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)_____
_

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Ұйым (Организация)_____

Бөлімше (Отделение)_____

Түсі (Цвет)_____Сипаты (Характер)_____

Қоспалар (Примеси)_____

Консистенция_____

артқы беті
оборотная сторона

Микроскопиялық зерттеу
Микроскопическое исследование

Эпителий (эпителий)_____ ___ Альвеолалық макурофагтар (Альвеолярные макрофаги)_____ _____ _____ Лейкоциттер (Лейкоциты)_____ _ Эритроциттер (Эритроциты)_____ _ Эозинофилдер (Эозинофилы)_____ _____	Талшықтар (Волокна)_____ серпімді (эластические)_____ коралл тәрізді (коралловидные)_____ ___ әкке айналған (обызвествленные)_____ _ Туберкулез микобактериясы (Микобактерии туберкулеза)_____ Саңырауқұлақтар (Грибы)_____ __ Басқа флора (Прочая флора)_____ _____

Куршман спиралдері (Спирали Куршмана)_____

Шарко-Лейден кристаллдары (Кристаллы Шарко-Лейдена)_____

Типсіздік белгілері бар жасушалар (Клетки с признаками атипии)_____

_____

20____ жылғы (года) "_____"_____ Қолы (Подпись)_____

Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)

Қақырық талдауының қосымша парағы
Вкладной лист к анализу мокроты

Қақырықты экспресс зерттеу
(алгоритмдік талдау)
Экспресс-исследование мокроты
(алгоритмический анализ)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О._(при его наличии)

_____

Дәрігердің тағайындауы бойынша (по назначению врача) _____

Пульмонологиялық диагнозы (Пульмонологический диагноз) _____

_____

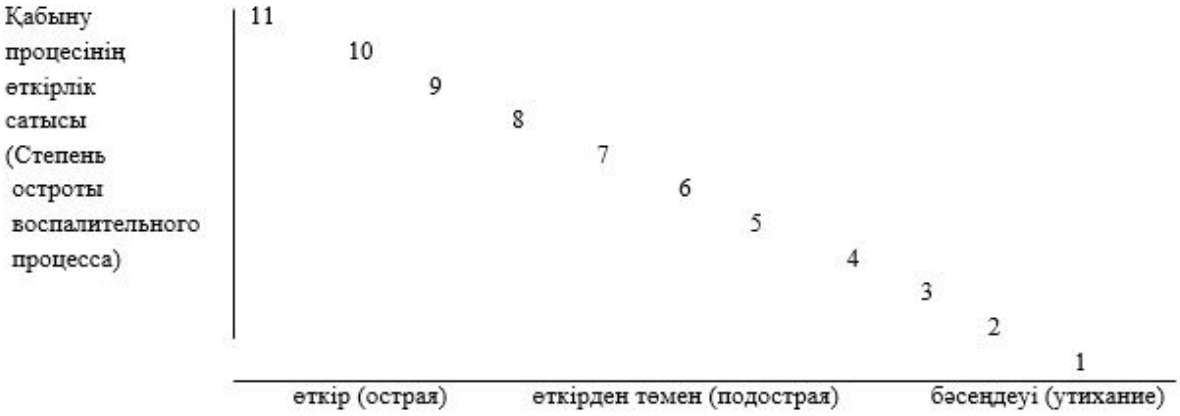
күні (число)

Тәуліктік қақырық мөлшелері (Количество мокроты в сутки)	**Аз (Мало) 1**	**Орта мөлшерде (Среднее количество) 2**	**Көп (Много) 3**
Қақырық сипаттамасы (Характер мокроты)	Сілемейлі (Слизистая) 1	Сілемейлі-іріңді (Слизисто-гнойная) 2	іріңді (Гнойная) 3
Қақырықтағы лейкоциттер мөлшері (Количество лейкоцитов в мокроте)	Аз (Мало) 1	Орта мөлшерде (Среднее количество) 2	Көп (Много) 3
Қақырықтағы эритроциттер мөлшері (Количество эритроцитов в мокроте)	Аз (Мало) 1	Орта мөлшерде (Среднее количество) 2	Көп (Много) 3
Микро қантүкіру (Микрокровохарканье)	Аз (Мало) 1	Орта мөлшерде (Среднее количество) 2	Көп (Много) 3

барлығы (всего):

Альвеола макрофагтарының мөлшері Количество альвеолярных макрофагов	**Аз (Мало) 1**	**Орта мөлшерде (Среднее количество) 2**	**Көп (Много) 3**

қосындысы (сумма)



	Альвеолалық қақырықта липидтер болуы Липиды в альвеолярных мокротах	**Эозинофилді лейкоциттер Эозинофильные лейкоциты**	**Куршман спиралдері Спирали Куршмана**	**Шарко-Лейден кристаллдары Кристаллы Шарко-Лейдена**	**Белгілердің қарқындылығы Интенсивность признаков**
Аллергиялық компонент белгілері (Признаки аллергического компонента)		0; 1; 2; 3		0; 1; 2; 3	
Бітелу компонентінің белгілері (Признаки обструктивного компонента)	0; 1; 2; 3		0; 1; 2; 3		

Қосымша тағайындалымдар мен микроскопиялық табылулар (Дополнительные назначения и микроскопические находки) _____

_____

Зертханашы Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) лаборанта

Күні (Дата)_____

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 216-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ПЛЕВРАЛЫҚ СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ
АНАЛИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ
№ _____

Күні (Дата) _____

Дәрігер (Врач) _____

ТАӘ (ФИО) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Мөлшері (Количество) _____ Түсі (Цвет) _____

Лайлылығы (Мутность) _____

Үлестік салмағы (Уд. вес) ____ Ривальт сынамасы (Проба Ривальта) ____

Нәруыз (белок) _____

Микроскопиялық зерттеу (Микроскопическое исследование):

Лейкоциттер (Лейкоциты) _____

Эритроциттер (Эритроциты) _____

Эпителий _____

Сілемей (Слизь) _____

Формуласы (Формула): _____

Нейтрофилдер (Нейтрофилы) _____

Эозинофилдер (Эозинофилы) _____

Лимфоциттер (Лимфоциты) _____

Полибласттар (Полибласты) _____

Макрофагтар (Макрофаги) _____

Мезотелий жасушалары (Клетки мезотелия) _____

Типсіз жасушалар (Атипичные клетки) _____

Туберкулез микобактериялары (Микобактерии туберкулеза) (ВК) _____

20__ жылғы (года) "__" _____ Қолы (Подпись) _____

Талдау берілген күн (Дата выдачи анализа)

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 217/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 217/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ҚУЫҚ АСТЫ БЕЗІ СЕКРЕТІНІҢ ТАЛДАУЫ
АНАЛИЗ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ
№ _____

20__ жылғы (года)_____

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

_____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация) _____ бөлімше (отделение) _____

палата _____ учаске (участок) _____

медициналық карта (медицинская карта) № _____

Көлемі (Количество) _____

Түсі (Цвет) _____

Тұнықтығы (Прозрачность) _____

Консистенциясы_____

Лейкоциттер (Лейкоциты) _____

Эритроциттер (Эритроциты) _____

Эпителий (Эпителии) _____

_____

Макрофагтар (Макрофаги) _____

Лецитин түйіршіктері (Лецитиновые зерна) _____

Амилоид денешіктері (Амилоидные тельца) _____

Сперматозоидтар (Сперматозоиды) _____

Трихомонадалар (Трихомонады) _____

Гонококктар (Гонококки) _____

Басқа флора (Прочая флора) _____

Типсіздік белгісі бар жасушалар (Клетки с признаками атипии) _____

_____

20__ жылғы (года) "__" _____ Қолы (Подпись) _____

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 218/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 218/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 218/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектің бөлінетіндерінің/қырындысының микроскопиялық нәтижесі (ИФР, көк метилен бояуы, Романовский бойынша бояу) /
Результат микроскопии отделяемого/соскоба мочеполовых органов и прямой кишки

(РИФ, окраска метиленовым синим, окраска по Романовскому)

№_____20___ жылғы (год) "____" _____жолданған күні (дата направления)

Пациент Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

_____

Туған күні (Дата рождения)_____ЖСН(ИИН)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Жынысы(Пол)_____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Талдауға жіберген дәрігердің лауазымы, тегі (аңық), қолы_____

Ф.И.О. (при его наличии)

врача, направившего на исследование)_____

(МО направившая на исследование)_____

Участок врача _____ Вид первичной пробы _____

Категория по оплате: 1 – наличный расчет, 2 – ГОБМП, 3 – Скрининг, 4 – Субподряд, 5 – ОСМС, 6 – договор

Обследование: первичное, повторное (нужное подчеркнуть)

Диагнозы (Диагноз)_____

Заказ на исследование: плановый, экстренный

(Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) "" "" "" год "" ч. "" мин.

Исследуемый компонент	**Бөлінген сүйықтық (отделяемое из)**			
	жатырдан, жатыр мойнынан (матки, шейки)	Үрпі каналынан (мочеиспускательного канала)	қынаптан (влагалища)	Тікішектен (прямой кишки)
эпителий				
лейкоциттер (лейкоциты)				
эритроциттер (эритроциты)				
микрофлора				
трихомонадалар (трихомонады)				
гонококтар (гонококки)				
гарднереллалар (гарднереллы)				
уреаплазмалар (уреаплазма)				
микоплазмалар (микоплазма)				
кандидалар (кандида)				
Типсіздік белгілері бар асушалар (клетки с признаками атипии)				

Ескертпе*: Зертхана өткізілетін тестілерді, зерттеу түрі, өлшеу әдісі, референстік мәндері, өлшем бірлігін көрсетеді

Зерттеуді өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (бар болған жағдайда)

Зерттеуді өткізген мерзім және уақыт

Примечание*: Лаборатория указывает перечень выполняемых тестов, вид исследования, метод измерения, референсные значения, единицы измерения

Т.Ә.А (болған жағдайда)

Ф.И.О. (при его наличии)_____

врача выполнившего исследование

Дата и время выполнения исследования_____

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 219/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 219/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Нәжіс талдауы
Анализ кала
№ _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Маманға жіберілді (Направлен специалисту)_____

1.Макроскопиялық зерттеу

Макроскопическое исследование

Пішіні (Форма) _____Консистенциясы_____

Түсі (Цвет) _____Иісі (Запах)_____

Сілемейдің болуы (Наличие слизи)_____Ірің (Гноя)_____

2. Химиялық зерттеу

Химическое исследование

1.Қанға реакциясы (Реакция на кровь)_____

2.Трибуле реакциясы (Реакция Трибуле):

сірке қышқылымен (с уксусной кислотой) _____

үш хлорлы сірке қышқылымен (с трихлоруксусной кислотой)_____

сулемамен (с сулемой)_____

3.Стеркобилинге реакциясы (Р. на стеркобилин)_____

4. Билирубинге реакциясы (Р. на билирубин)_____

3.Микроскопиялық зерттеу

Микроскопическое исследование

1.Дәнекер тіні (Соединительная ткань)_____ _____

2.Бұлшық ет талшықтары (Мышечные волокна)_____ _____

3.Бейтарап май (Нейтральный жир) _____

4.Май қышқылдары (Жирные кислоты)_____

5.Сабындар (Мыла)_____

6.Қорытылмайтың талшық (Непереваримая клетчатка) _____

7.Қорытылатын талшық (Переваримая клетчатка)_____

8.Крахмал_____

9.Йодофильді бактериялар (Йодофильные бактерии)_____

10.Сілемей (Слизь) _____

11.Лейкоциттер (Лейкоциты)_____

12.Эритроциттер (Эритроциты) _____

13.Эпителий_____

14.Қарапайымдар (Простейшие)_____

15.Глист жұмыртқалары (Яйца глист)_____

16.Ашытқы санырауқұлақшалар (Дрожжевые грибки) _____

17.Қорытылмаған ас қалдықтары (Остатки непереваренной пищи)_____

_____

Талдау жүргізген (Анализ проводил) _____

20___ жылғы (года) "_____ "_____

Копрологиялық зерттеуінің қосымша парағы
Вкладной лист к
копрологическому исследованию

Нәжіс/ преаналды қырынды талдауы
(гельминттер жұмыртқасы, жасырын қан, стеркобилин, билирубин)
Анализ кала/преанального соскоба
(яйца гельминтов, скрытую кровь, стеркобилин, билирубин)

№_____

20___жылғы (года) _____ _____ сағ.(час) _____мин

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)

_____

ЖСН (ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ жынысы (пол)_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____ _____

_____

Байланыс ақпараты / Контактная информация_____

Талдауға жіберген дәрігердің Т.АӘ. (болған жағдайда) / (Ф.И.О. (при его наличии) врача,

направившего на исследование)_____ _____

_____

Зерттеуге жіберу МО (МО направившая на исследование)_____

_____

Дәрігер учаскесі /Участок врача _____

Алғашқы сынама түрі /Вид первичной пробы _____

Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – ТМККК
(ГОБМП), 3 – Скрининг, 4 –Қосалқы мердігер (Субподряд), 5 – МСМЖ (ОСМС) , 6 – шарт (договор)

Тексеру (Обследование): алғашқы (первичное), қайталама (керекті астын сызыңыз)

повторное (нужное подчеркнуть)

Диагноз (Диагноз)_____ _____

Зерттеуге тапсырыс (Заказ на исследование): жоспарлық (плановый), төтенше (экстренный)

(Үлгіні алу күні, жинау уақыты, сынаманы жеткізу уақыты /

Дата взятия образца, время забора, время доставки пробы) " " " " " " жыл (год) " " сағ (ч.) " " мин.

Гельминттер жұмыртқасы (Яйца гельминтов)_____

_____

Қарапайымдар

(Простейшие)_____

_____
_____
_____

Жасырын қанға реакциясы (Реакция на скрытую кровь):_____

_____
_____
_____

Стеркобилинге реакциясы (Реакция на стеркобилин) _____

_____
_____

Билирубинге реакциясы (Реакция на билирубин)

_____
_____
_____
_____

20__ ж. (г.) "____"_____ Қолы (Подпись)_____

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

А7 форматы

Формат А7

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 220/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 220/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 221/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 221/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

АСҚАЗАН СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ
фракциялық зерттеу
АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО
фракционное исследование
№ _____

20__ жылғы (года) "__" _____

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация) _____ бөлімше (отделение) _____

палата _____ учаске (участок) _____

медициналық қарта (медицинская карта) № _____

Ширатқыш енгізгенше (Базальдық секреция)
До введения стимулятора (Базальная секреция)

Үлестің № № порции	Сөлдің көлемі мл. Количество сока в мл.	рН	Титрлік бірліктер (ммоль/л HCI) Титрационные единицы (ммоль/л HCI)				сілемей слизь	өт желчь	қан кровь	пепсин
			Жалпы қышқылдық Общая кислотность	Еркін тұз қышқылы Свободная соляная кислота	Байланған тұз қышқылы Связанная соляная кислота	Қышқыл қалдығы Кислотный остаток				
1										
2										
3										
4										

Тұз қышқылының дебит-сағаты (Дебит-час соляной кислоты)

_____ ммоль/сағ.(час)

Еркін тұз қышқылының дебит-сағаты (Дебит-час свободной соляной

кислоты) ____ ммоль/сағ.(час)

Ширатқыш енгізгеннен кейін (Ширатылған секреция)

После введения стимулятора (Стимулированная секреция)

Ширатқыш (Стимулятор): _____

5												
6												
7												
8												

Тұз қышқылының дебит-сағаты (Дебит-час соляной кислоты)

_____ ммоль/сағ.(час)

Еркін тұз қышқылының дебит-сағаты (Дебит-час свободной соляной

кислоты) ____ ммоль/сағ.(час)

Тұнба микроскопиясы (Микроскопия осадка): _____

_____

20__ жылғы (года) "__" _____ Қолы (Подпись) _____

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 222/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ҰЛТАБАРДЫ СҮҢГІЛЕУ ҚАРТАСЫ
КАРТА ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ

20__ жылғы(года) "__" _____

материал алынған күн (дата взятия материала)

Зерттелушінің ТАӘ (ФИО обследуемого) _____

_____

Туған күні (Дата рождения) _____

Тексерілу күні (Дата обследования) _____

Маманға жіберілді (Направлен специалисту) _____

Асқазан сүйықтығы (Содержимое желудка) _____ мл.

еркін HCI(свободная HCI) _____ ммоль/л;

жалпы қышқылдық (общая к-ть) _____ ммоль/л

Фаза	Фазаларды сипаттау Описание фаз	

Сүңгі ұлтабарға ___ минуттан кейін кірді немесе 30 мин.

20 мл. 0,5% $NaHCO_3$; 10 мл. 0,1 ммоль/л HCI

жібергеннен кейін Алтын-сары

(Зонд вошел в дуоденум через _____ түсті

мин. или после: введения 20 мл. (золо -

5% $NaHCO_3$ или 15 мл. 0,1 моль/л HCI) тисто-

1 фаза Рентгенмен тексеру-иә, жоқ. Асқазанның желтый

пилориялық бөлімнің құрысу, цвет)

антральді бөлімінде тонус болмауы.

(Контроль рентгена-да, нет. Спазм

пилоритического отдела желудка, атония

антрального отдела желудка)

Өт "А" Минутына _____ мл. алынды, жылдамдығы ____ 15-20 мл.

(Желчь мл. өт үзіліспен;

"А") үзіліссіз ағып шықты. Түсі ашық сары,

қою-сары, алтын-сары. Мөлдір, лай

сілемей қауызымен (Получено мл.___, за мин., 1 мл/мин

скорость ____ мл.мин. тоқтаусыз

Желчь оттекала непрерывно, прерывисто. Цвет (непре-

светло-желтый, темно-желтый, золотисто-желтый. рывно)

Прозрачная, мутная, с хлопьями слизи). рН ____ Бил.инд.

Билирубин индексі (Билирубиновый индекс) 100

_____ бірлік (ед.) бірлік

Салыстырмалы тығыздығы (Относительная (ед.)

плотность) _____ 1.010-1.012

Микроскопия _____ Рн 7, 2-7,4

II кезең (фаза)	Алынды (Получено) мл. _____ (за) _____ мин.ішінде	2-6 мин.

III кезең (фаза) Өт "АІ" (Желчь "АІ")	Алынды (Получено) мл._____ (за) _____ мин.ішінде Түсі ашық сары, қою-сары, алтын-сары (Цвет светло-, темно-, золотисто-желтый) Мөлдір, лай, сілемейлі қауызмен (Прозрачная, мутная, с хлопьями слизи)	3-5 мин. 3-4 мин.

Алынды (Получено) мл._____ (за) _____ мин.

Ішінде 40-50 мл.

Бөліну жылдамдығы (Скорость выделения) _____ 20-30 мин.

мл/мин. 2-3 мл/мин.

Өт бірқалыпты, үзіліспен бөлінеді, түсі қою

сары, қоңыр, қою қоңыр, жасылтым, жасыл.

Мөлдір, лай, сілемейлі қауызды тұнбамен (Желчь

выделяется равномерно, прерывисто. Цвет темно-

желтый, коричневый, темно-коричневый,

зеленоватый, зеленый. Прозрачная, мутная,

с хлопьями слизи с осадком)

IV кезең (фаза)

pH _____ Билирубин индексі (Билирубиновый pH 6,5-7,3

индекс) _____ бірлік (ед.) 300- 400

Рефлекс жоқ (рефлекса нет) Микроскопия бірлік

_____ (ед.)

_____ 1.01.6-

1.032

Алынды (Получено) мл. _____ (за) _____ 1 мл/мин.

мин.ішінде Мөлдір

Бөліну жылдамдығы (Скорость выделения) _____

мл/мин

Өт бірқалыпты, үзіліспен, тамшылып (Желчь

выделяется равномерно, бірқалыпты прерывисто, (проз-

каплями) бөлінеді рачная)

V кезең (фаза)

Түсі ашық-, қою-, лимон-сары, жасылтым. Мөлдір, pH 7,5-8,2

лай, сілемейлі қауызымен 1.007-1.010

(Цвет светло-, темно-, лимонно-, желтый,

зеленоватый)

Прозрачная, мутная, с хлопьями слизи) Бил.индексі

pH _____ Билирубин индексі (Билирубиновый 60-70

индекс) _____ бірлік (ед.) бірлік

Микроскопия _____ (ед.)

_____

Орындаушының қолы (Подпись исполнителя) _____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 222-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 222-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ДУОДЕНАЛ СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ
АНАЛИЗ ДУОДЕНАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО

20__ жылғы (года) "__" _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____

2. Туған күні (Дата рождения) _____ 3. Жынысы:ер, әйел

(астын сызыңыз) (Пол: муж, жен (подчеркнуть)

4. Жіберген бөлімше, бөлме (Направившее отделение, кабинет) _____

5. Дуоденал сұйықтығын талдау (Анализ дуоденального содержимого) ___

_____

6. "А" өлшемі (Порция "А")

_____

_____

_____

7. "В" өлшемі (Порция "В") _____

_____

_____

8. "С" өлшемі (Порция "С")

_____

_____

_____

Орындаушының қолы (Подпись исполнителя) _____

форматы А5

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 223/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 223/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ЖҰЛЫН СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ
АНАЛИЗ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ
№ _____
20__ жылғы (года) _____
биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

ТАӘ (ФИО) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация) _____ бөлімше (отделение) _____

палата _____ учаске (участок) _____

медициналық карта (медицинская карта) № _____

Көлемі (Количество) _____

Түсі (Цвет) _____

центрифугалауға дейін (до центрифугирования)

_____

_____ центрифугалаудан кейін (после центрифугирования)

Ксантохромия _____

_____

Мөлдірлігі (Прозрачность) _____

центрифугалауға дейін (до центрифугирования)

_____

_____ центрифугалаудан кейін (после центрифугирования)

Цитоз _____

Химиялық зерттеу (химическое исследование)

Нәруыз (белок) _____

_____

_____

Таката-Ара реакциясы (Реакция Таката-Ара) _____

_____

_____

Ланге реакциясы (Реакция Ланге) _____

_____

_____

_____

_____

Ликворограмма

Лимфоциттер (Лимфоциты) _____

Эозинофилдер (Эозинофилы) _____

Нейтрофилдер (Нейтрофилы) _____

Макрофагтар (Макрофаги) _____

Өзгерген жасушалар (Измененные клетки) _____

Полибласттар (Полибласты) _____

Плазмоциттер (Плазмоциты) _____

Арахноидэндотелий жасушалары (Клетки арахноидэндотелия) _____

Эпендима жасушалары (Клетки эпендимы) _____

Түйіршікті шарлар (Зернистые шары) _____

Эритроциттер (Эритроциты) _____

_____

20__ жылғы (года) "__" _____ Қолы (Подпись)_____

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 224/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 224/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 224/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 227/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

СҮЙЕК КЕМІГІ ПУНКТАТЫНЫҢ ТАЛДАУЫ
№ _____
АНАЛИЗ ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА
20__ жылғы (года) “__” _____
материал алынған күн (дата взятия материала)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

_____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Ұйым (Организация) _____

Бөлім (отделение) _____ палата _____

Учаске (Участок) _____ медициналық картасы (мед.карта) _____

Инемен тесу _____ Алынды (Получено) _____

Миелокариоцитердің саны (Количество миелокариоцитов) _____

мөлшері (норма) 50,0-150,0 мың 1 мкл-де (тыс. в 1 мкл). (50,0-150,0х109 /л)

Мегакариоцитердің саны (Количество мегакариоцитов) _____

мөлшері (норма) 23,0-103,0 мкл-де (в мкл) (0,023-0,103х109/л)

Миелобласттар Миелобласты		Промиелоциттер Промиелоциты	Миелоциттер Миелоциты	Мегамиелоциттер Мегамиелоциты	Таяқша ядролы Палочко-ядерные	Сегмент ядролы Сегменто-ядерные
	б					
	э					
	н					

продолжение таблицы

Базофилдер Базофилы	Эозинофилдер Эозинофилы	Лимфобласттар Лимфобласты	Пролимфоциттер Пролимфоциты	Лимфо-циттер Лимфо-циты	Промоно-циттер Промоноциты	Моно-циттер Моноциты

продолжение таблицы

Эритро-бласттар Эрито-бласты	Пронормо-циттер Пронормоциты	Базо-фильді нормо-бласттар Нормобласты базофильные	Полихрома-тофильді нормоциттер Нормоциты полихромато-фильные	Оксифильді нормоциттер Нормоциты оксифильные	Мегакарио-циттер Мегакарио-циты	Плазмалық клеткалар Плазма-тические клетки

Ескертпе (Примечание)

Сүйек кемігінің индексі/костно-мозговой индекс
Лейкоэритробластық қатынас/лейкоэритробластическое отношение

Қызыл қанның жетілу индексі/индекс созревания красной крови

Қолы (Подпись) _____

20 жылғы (года) “___” _____

берілу күні (дата выдачи)

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 228/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 228/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 228/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 230/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 230/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 230/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы Формат А6	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 232/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 232/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 232/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 233/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 233/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 234/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 234/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 234/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 235/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 235/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 235/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 236/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 236/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 236/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан РеспубликасыДенсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 237/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 237/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 237/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 238/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 238/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 238/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 239/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 239/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 239/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері
№ _____
Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам

20__ жылғы (года) "__" _____

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (организация) _____ бөлімше (отделение) _____

палата _____ учаске (участок) _____

медициналық карта (медицинская карта) № _____

Зерттегенде (При исследовании) _____

қандай материал – көрсетіңіз (указать материал)

	Микроорганизмдердің атауы Наименование микроорганизмов						
Ажыратылды Выделены							
	1				2		
	Микроорганизмдердің* сезімталдығы Чувствительность* микроорганизмов						
Препараттардың аты, олардың ЕПҰ-да болуын есепке ала отырып Наименование препаратов с учетом их наличия в ЛПУ	Нық устойчив	Нық емес мало-устой-чив	Сезімтал чувстви-телен	МИҚ мкг/мл МИК мгл/мл	Нық устойчив	Нық емес мало-устоичив	Сезімтал чувствителен
Антибиотиктер Антибиотики							
Пенициллин							
Метициллин							
Оксациллин							
Диклоксациллин							
Ампициллин							
Карбенициллин							
Эритромици							
Олеандомицин							

Линкомицин							
Ристомицин							
Рифамицин							
Левомицетин							
Тетрациклин							
Стрептомицин							
Канамицин							
Мономицин							
Гентамицин							
Неомицин							
Полимиксин							
Цепорин							
Цефалоспорин							
	Микроорганизмдердің* сезімталдығы Чувствительность* микроорганизмов						
	1					2	
Сульфаниламидтер Сульфаниламиды							
Сульфадиметоксин							
Норсульфазол							
Нитрофурандар Нитрофураны							
Фуразолин							
Фурацилин							
Фурадонин							
Фурагин							
Фуразолидон							
Перти							
Норбактин							
Фторхинолондар Фторхинолоны							

Басқалар Прочие							

продолжение таблицы

Микроорганизм-дердің* сезімталдығы Чувствительность* микроорганизмов		Микроорганизмдер ассоциациясы Ассоциация микроорганизмов						
		3				4		
МИҚ мкг/мл МИК мгл/мл	нық устойчив	Нық емес мало-устоичив	Сезімтал чувстви-телен	МИҚ мкг/мл МИК мгл/мл	Нық устойчив	Нық емес мало-устоичив	Сезімтал чувстви-телен	МИҚ мкг/мл МИК мгл/мл

		3				4		

20__ жылғы (года) Қолы (Подпись) ______________________

*Нәтижелерді белгілеу: дискілер әдісін қолданғанда – "+" белгісімен, сұйылту әдісін қолданғанда- минимальды ингибирлеу (тоқтату) концентрациясы (мкг/мл)

(Результат отметить: при использовании метода дисков- знаком "+", при использовании метода разведений - указанием минимальной ингибирующей концентрации МИК (мкг/мл))

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Перзентханалардан, ауруханалардан, шаштараздардан және басқалардан әкелінген материалды микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
микробиологических исследований материала из роддомов, больниц, парикмахерских и прочее

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Иерсинниозға микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
микробиологических исследований на иерсинниоз

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық мөлшерін анықтаудың микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
микробиологических исследований по определению остаточных количеств антибиотиков в продуктах животноводчества

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Ыдыстар мен қоректік орталарды бақылау
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ
контроля посуды и питательных сред

Күні Дата	Заттардың атауы Наименование средств	Нәтиже Результат	Қолы Подпись
1	2	3	4

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Тағамнан уланулардың микробиологиялық зерттеулердің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследовании пищевых отравлении

Күні Дата	Тіркеу № Регист- рационный №	Өнімнің, сынаманың атауы Наименование продукта, пробы	МАФАМ	Титтр E.coli	Протей титрі Титр протея	Сальмонеллаға шигеллаға зерттеу Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Стафилококкқа зерттеу Исследование на стафилококк

продолжение таблицы

Энтерококкқа зерттеу Исследование на энтерококк	Cereus-ке зерттеу Исследжование на cereus	Анаэробтар Анаэробы	Биосынама Биопроба	Нәтиже Результат	Күні, қолы Дата, подпись

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
микробиологических исследовании на микрофлору и чувствительность к антибиотикам

Күні Дата	ТАӘ ФИО	Бөлімше Отделение	Зерттелу материалы Исследуемый материал	Өсу сипаты Характер роста			Рессель микроскопиясы Микроскопия Рессель	Лактоза	Глюкоза	Сахароза	H_2S
				Чистовичтің Чистовича	Эндо	Қан агары Кровяной агар		Плазма	Чистовичтің Чистовича	Маннит	Глицерин

продолжение таблицы

Несепнәр Мочевина	Маннит	Индол	Қозғалғыштығы Подвижность	Симонса	Донилалация	А/б-ге сезімталдығын зерттеу нәтижесі Результат исследовании к а/биот.	Аяқтау күні, қолы Дата окончания, подпись
Стерильді сүт Молоко стерильн.	Агар үйірі Агаровый косяк	Тұзды сорпа Солевой бульон	Өтті сорпа Желчный буль.	Қантты сорпа Сахарн. бульон	Ацетат ортасы Ацетатная среда		

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қанды гемокультураға микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
микробилогических исследований крови на гемокультуру

Күні Дата	Тіркеу № Регистра- ционный №	ТАӘ, мекен жайы, жұмыс орны ФИО, адрес, место работы	Диаг- нозы	Кім әкелді Кем доставлен	Зерттеу мақсаты Цель исследования	Себулер Высевы				
						I	II	III	IV	V

продолжение таблицы

Микроскопия	Ұқсастыру тесттері Тесты идентификации	Нәтиже Результат	Талдау аяқталған күн Дата окончания анализа	Қолы Подпись

1066 А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-8/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 240-8/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы Наименование организации	и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
микробиологических исследовании крови на стерильность

Күні Дата	Тіркеу № Регистра- ционный №	ТАӘ, мекен жайы, жұмыс орны ФИО, адрес, место работы	Диагнозы	Ауырған күні Дата заболевания	Кім әкелді Кем доставлен	Зерттеу мақсаты Цель исследования

продолжение таблицы

Себулер Высевы					Микроскопия	Ұқсастыру тесттері Тесты идентификации	Талдау аяқталған күн Дата окончания анализа	Қолы Подпись
I	II	III	IV	V				

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-9/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Емдік балшықтарды микробиологиялық зерттеулердің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследовании лечебных грязей

Кокк м/флорасы Кокковая м/флора				Талдау аяқталған күн, қолы

Ортаның атауы Наименование среды	Микроскопия	Ұқсастыру тесттері Тесты идентификации	Нәтиже Результат	Дата окончания анализа, подпись

Күні, уақыты Дата, время	Р/с №№ п/п	Объектінің атауы, кім әкелді Наименование объекта, кем доставлено	МЖС ОМЧ		
			Сұйылту Разведение	Өскен колониялар саны Кол-во выросших колонии	Микробтық сан Микробное число

продолжение таблицы

Коли-титр				Титр perfringens		
Себілген балшық көлемі Объем засеваемой грязи	Микроскопия	Оксидаза	Глюкоза	Сұйылту Разведение	Грамм бойынша жағынды Мазок по Граму	Ұқсастыру тесттері Тесты идентификации

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-10/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-10/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қанды безгекке зерттеулерді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета исследований крови на малярию

Р/с № п/п	Әкеліну күні Дата доставки	Зерттелу күні	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Препарат әкелінген ауданның, ауруханаңың атауы Наименование больницы

		Дата исследо-вания				, района откуда поступил препарат

продолжение таблицы

Зертханалық тексеруге айғақтар Показания к лабораторному обследованию		Қан алу күні Дата взятия крови	Тамшылар саны Количество капель	Жағындылар саны Количество мазков	Зерттеу нәтижесі Результат исследования
Дене қызуы көтерілген науқастар (температуралық деректер) температурящие больные (температурные данные)	Безгек бойынша қолайсыз жерден келгендер Прибывший из неблагополучных мест по малярии				

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-11/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-11/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қанды эхинококка зерттеулерді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета исследовании крови на эхинококк

Р/с №№ п/п	Әкеліну күні Дата доставки	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Қан алыну күні Дата забора крови

продолжение таблицы

РПГА, РЛА қойылған күні		Ауруханының,бөлімшенің, емхананың мекенжайы	

Дата постановки РПГА,РЛА	Диагнозы	Адрес больницы, отделения, поликлиники	Зерттеу нәтижесі Результат исследования

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-12/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-12/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Күнделікті тұтыну заттары мен қолдар жуындыларын зерттеуді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета исследований смывов с предметов обихода и рук

Р/с № п/п	Алыну күні Дата взятия	Зерттеу күні Дата исследо-вания	Жинау орны Место забора	Зерттеу мақсаты Цель иссле-дования	Зерттеу нәтижесі Результат исследо-вания	Нәтижелер берілген күн Дата выдачи результатов	Зерттеу жүргізген адамның қолы Подпись лица проводившего исследования	Нәтижелерді алған адамның Т.А.Ә. Ф.И.О. лица получившего результаты
1	2	3	4	5	6	7	8	9

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-13/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-13/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Балықты описторх пен жалпақ лентец құрттарын жұқтыруына зерттеулерді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета исследований рыбы на зараженность личинками описторха и широкого лентеца

Р/с № п/п	Зерттеу жүргізілген күн Дата исследования	Суайдынның аты мен орналасқан мекенжайы Название и адрес местонахождения водоема	Балық тұқымы Семейство рыбы	Балықтың салмағы Вес рыбы	Балық алынған аймақ Зона забора рыбы
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Жеке кәсіпкердің ТАӘ, мекенжайы ФИО частного предпринимателя, адрес	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы Подпись лица проводившего исследование	Нәтижені алған адамның ТАӘ ФИО лица получившего результат
7	8	9	10

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-14/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-14/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Уытты күл дақылын қайта себу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ
пересева токсигенной культуры дифтерии

Себу күні Дата посева	Колониялар сипаты Характер колонии	Морфо-логия	у р е а з а	Цисти-наза	К р а х м а л	Г л ю к о з а	С а х а р о з а	Уыттылығы Токсичность	Түрі Тип	Күні Дата
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-15/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-15/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Стафилококкты фаготиптеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
фаготипирования стафилококка

Фаготиптеу күні Дата фаготипи-рования	Тіркеу № Регистра-ционный №	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Ажырату күні Дата выделения	Жұмыс орны Место работы
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Талдау қайдан алынды (ұйым) Откуда взят анализ (организация)	Жинау орны Место забора	Фаготиптеу нәтижесі Результат фаготипи-рования	Фаго-топ Фаго-группа	Аяқталу күні Дата окончания	Қолы Подпись

7	8	9	10	11	12

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-16/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-16/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

РСЭС-ке расталуға берілген культураларды тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации культур, переданных для подтверждения в РСЭС

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-17/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-17/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Безгек бойынша қолайсыз жерлерден келген адамдарды диспансерлік есепке алу

ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
диспансерного учета прибывших лиц из неблагополучных мест по малярии

Р/с №п/п	Т.А.Ә. Ф.И.О.	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Қайдан және қашан келді Откуда и когда прибыл	Есепке алу күні Дата взятия на учет	Безгекке зертханалық тексерулер күні Даты лаб. обследований на малярию	Нәтижелер Результаты	Профилак-тикалық емдеу күндері Даты проф. лечений	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-18/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-18/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

3.01.067-97 "Ауыз су" Сан ЕменН бойынша микробиологиялық зерттеулердің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследовании по Сан ПиН 3.01.067-97 "Вода питьевая"

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-19/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-19/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Күлге микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
микробиологических исследований на дифтерию

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 241/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 241/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 241/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 242/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 242/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 242/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 244/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 244-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 244-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 244-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А6 форматы Формат А6	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 245/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 245/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 245/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 245-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 245-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 245-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А5 форматы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Формат А5	

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 248/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 248/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 248/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 249/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 249/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 249/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы	

Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 250/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 250/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 250-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 250-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Бастапқы сынама қозғалысының журналы / Журнал движения первичной пробы

_____

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ___ жылғы (года) "____"_____ басталды (начат) 20_____ жылғы (года) "____"____ __аяқталды (окончен)

Биоматериалды қабылдауға және тапсыруға жауапты қызметкерлердың қолының сәйкестендіргіші /
Идентификатор подписей сотрудников ответственных за прием и передачу биоматериала

Күні/ дата	**Қызметкердің Тегі.Аты.Әкесінің аты (болған жағдайда) / Фамилия.Имя.Отчество сотрудника (при его наличии)**	**Қолы/ подпись**

МОатауы (название МО)	**Күні (дата)**	**Биосынаманың қозғалысы (движение биопробы)**													
		Нақтытапсырылған биоматериал саны (количество фактически сданного биома													
		Б / Х	МНО	гормон	HbA1c	Гепатиты В,С	такролимус	циклоспорин	ПЦР	Қан тобы / а-ти гр крови, а/ ти	микрореакция	КЖТ / ОАК	НЖТ / ОАМ	Кал, қырын / ка соск	

Артқы жақ/обратная сторона

А4 форматы Формат А4	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 250-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 250-2/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы /
Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер

_____
(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ___ жылғы (года) "____"_____ басталды (начат) 20_____ жылғы (года) "____"_____ __аяқталды (окончен)

Журнал сәйкессіздіктерді тіркеу мен жазуға арналған / Журнал предназначен для регистрации и записи несоответсвий

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердың қолының сәйкестендіргіш /

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за ведение журнала

Күні/ дата	**Қызметкердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. сотрудника при его наличии)**	**Қолы/ подпись**

Артқы жақ/Обратная сторона

№	**Сәйкессіздікті анықтау күні / Дата обнаружения несоответствия**	**Сәйкессіздік / Несоответствие**	**Сәйкессіздікті жою бойынша тез арадағы әрекеттер / Незамедлительные действия по устранению несоответствия**	**Қабылданған түзету шаралары / Принятые корректирующие меры**	**Қабылданған шаралардың тиімділігін бағалау және нәтижесі / Оценка и результат эффективности принятых мер**

Сноска. Приложение дополнено Формой № 250-3/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық	

сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 250-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250-3/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы /Журнал выявления и передачи тревожно – критических величин

_____

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ___ жылғы (года) "____"_____ басталды (начат) 20_____ жылғы (года) "____"____ __аяқталды (окончен)

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердің қолының сәйкестендіргіші /

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за ведение журнала

Күні/ дата	**Қызметкердің Т.А.Ә(болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии) сотрудника**	**Қолы/ подпись**

Артқы жақ/Обратная сторона

Р.с. №	**Күні дата**	**Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)(инициалдары) / Ф.И.О.(при**	**сәйкестендіру номері / номер идентификации**	**Жолдаған мед. ұйым Направившая**	**Дабылды -сыни мәні /**	**Дабылды-сыни мәндерді анықтау уақыты / Время выявления**	**Дабылды-сыни мәнде тапсыру уақыты /**

/№ п/п		его наличии) (инициалы) пациента		организация	Тревожно-критическое значение	тревожно критического значения	Время передачи тревожно-критическ значения

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 251/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 252/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 252/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических и паразитологических исследований

_____

талдаудың атын жазыңыз (вписать название анализа)

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

- Журнал микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеуге арналған. - Жұмыс көлемі үлкен болғанда журналды зерттеу түрлері бойынша (энтеробактерияға, коринебактерияға, кокктарға, т.б.) жүргізуге болады. - Материалды қабылдауға бланк-жолдама негіз болып табылады. - Әр келіп түскен материалдарға кезекті тіркеу нөмірі беріледі, және осы нөмірмен зерттеуді аяғына дейін жеткізеді. Жұмыс журналында және бланкілерде барлық жазбалар осы нөмірмен жүргізіледі, нөмірлер айырмашылығы болмауы керек.	- Журнал предназначен для регистрации микробиологических и паразитологических исследований. - При большом объеме работы можно вести журналы по видам исследований (на энтеробактерии, коринебактерии. кокки и т.д.). - Основанием для приема материала на исследование служат бланки-направления. - Очередной регистрационный номер присваивается каждому поступившему материалу, и под этим номером проводят исследование до завершения. Все записи в рабочем журнале и на бланках ведут под этим номером, не допуская расхождения номеров.
Материалды жинау және зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТҚ атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі - (Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить)).	

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

№ 252/е-н. артқы беті

разворот ф. № 252/у

Күні Дата	Р/с № п/п	Тіркеу нөмірі Регист-рацион-ный номер	Материалды жіберген ұйым Организация, направившая материал	Күні, уақыты Дата, время		Т.А.Ә. Медицина-лық карта № Ф.И.О. Медицинская карта №	Жасы Возраст	Мекен-жайы Домашний адрес	Жұмыс орны, лауазымы (балалар үшін балалар мекемесінің, мектептің атауы) Место работы, должность. (для детей наименование детского учреждения, школы)
				Материалды алу Взятия материала	Зерт-ханаға түсуі Поступ-лен. в лаборат.				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

продолжение таблицы

Бөлімше, палата, учаске Отделение, палата, участок	Диагнозы, ауырған күні Диагноз, дата заболевания	Қаралуға көрсетімдер Показания к обследованию	Қаралуы: алғашқы, қайталап, тексеру мақсатымен Обследование: первичн., повторное, контрольное	Зерттелуші материал Исследуемый материал
11	12	13	14	15

продолжение таблицы

Зерттеу мақсаты Цель исследования	Зерттеу нәтижесі* Результат исследования*	Зерттеуді жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего исследование	Жауап берілген күн Дата выдачи ответа	Жауапты алған адамның тегі Фамилия лица, получившего ответ
16	17	18	19	20

*Паразиттік аурулар қоздырғыштарына зерттеген кезде, оң нәтиже болса, паразит түрі және инвазия (мал паразитінің адамға жұғуы) қарқындылығы көрсетіледі.

*При исследовании на возбудителей паразитарных болезней, при положительном результате, указывается вид паразита и интенсивность инвазии.

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 253/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 253/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Микробиологиялық зеттеулердің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований

_____

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

_____

1. "Тіркеу нөмірі" атты 3-бағанда тіркеу журналындағы талдаулар нөмірі көшіріп жазылады. Талдау бар кезеңде бір нөмірмен жүргізіледі.

2. "Ортаның атауы және өсу сипаттамасы" атты 7-бағанда зерттелуші материал себілген тығыз қоректік ортаның атын және күдікті колониялардың бар - жоғын көрсетеді. Әр орта үшін жеке горизонталды жол пайдаланылады.

3. "Ұқсастыру тесттері" атты 10-17-бағандар микроорганизмдердің биологиялық қасиеттерін (ферменттік белсенділік, антигендік құрылымы, уыттылығы және т.б.) сипаттау ұшін қолданылады.

4. Углеводтардың ажырауын келесі белгілермен белгілеу ұсынылады

ҚГ – қышқыл мен газ пайда болуы; Қ – газсыз, қышқыл ғана пайда болуы;

- - ажыраудың болмауы.

5. Басқа заттарға қатысты ферменттік белсенділігі, сонымен қатар индол мен күкіртсутегі және т.б пайда болуын (+) реакция оң;

(-) реакция теріс белгілерімен белгілеген жөн.

6. "Зерттеу нәтижесі" атты 19 бағанда ажыратып алынған

микроорганизмдер мен жаппай тарауын көрсетіңіз.

1. В графу 3 "Регистрационный номер" переписываются номера

анализов регистрационного журнала. Анализ ведут на всех этапах под

одним номером.

2. В графе 7 "Наименование среды и характер роста" отмечают

название плотных питательных сред, на которые производят посев

исследуемого материала, а также наличие или отсутствие

подозрительных колоний. Для каждой среды используют отдельную

горизонтальную строку.

3. Графы 10-17 "Тесты идентификации" служат для характеристики

биологических свойств микроорганизмов (ферментативная активность,

антигенная структура, токсигенность и д.р).

4. Расщепление углеводов рекомендуется отмечать следующими

знаками: КГ – при образовании кислоты и газа; К – при

образовании кислоты без газообразования; -- расщепление отсутствует.

5. Ферментативную активность в отношении других веществ, а также

образование индола и сероводорода и т.д. целесообразно отмечать

знаками: (+) – реакция положительная; (-) – реакция отрицательная.

6. В графе 19 "Результат исследования" указать вид выделенных

микроорганизмов и массивность обсеменения.

_____

_____

Материалды жинау әдістері мен зертханалық зерттеулер келесі

нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТҚ атап өтіңіз) сәйкес

жүргізіледі.

(Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся

в соответствии со следующей нормативно-технической документацией

(НТД перечислить)):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

				Тексері-лушінің		Ортаның атауы және	

Күні Дата	Р/с № № п/п	Тіркеу № регистрационый	Тексерілу-шінің туған күні ТАӘ ФИО Дата рождения обследуемого	жұмыс орны, мекенжайы Место работы, домашний адрес обследуемого	Стационар, бөлімше, контингент Стационар, отделение, контингент	өсу сиппа-тамасы Наиме-нование среды и харак-тер роста	Зерттелетін колониялар саны Количество изучаемых колоний
1	2	3	4	5	6	7	8

№ 253/е н. Артқы беті

разворот ф. 253/у

Микро-скопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации								Серотиптеу Серотипирование	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн. Зерттеу жүрізген адамның қолы Дата окончания исследования. Подпись лица, проводившего исследование
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 253-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 253-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Шайындылардың стерильдігіне микробиологиялық зерттеулердің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований смывов на стерильность

20__ жылғы/года “__” _____ 20 ___ жылғы/года “__” _____

басталды/начат аяқталды/окончен

Тіркелген күні Дата регистрации	Тіркелу нөмірі Регистрационный номер	Зерттелетін материал Исследуемый материал	Шайынды алынған орын Место взятия смывов	Материалды стерильдеу күні Дата стерилизации материала	Материалды қолдану күні Дата использования материала
1	2	3	4	5	6

продолжение

Стерильдеу аппаратының атауы мен нөмірі Наименование и номер стерилизационного аппарата	Зерттеу нәтижесі мен жағынды микроскопиясы Результат исследования и микроскопия мазка	Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего исследование	Ескерту Примечание
7	8	9	10	11

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 253-2/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 253-2/у

Ұйымның атауы: Наименование организации:	утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу
Ж У Р Н А Л Ы
Ж У Р Н А Л
регистрации микробиологических исследований проб воздуха

20 ___ жылғы(года) "_____" 20 ___ жылғы (года)"_____"

_____ басталды (начат) _____аяқталды (окончен)

1. Сапаны бақылау бөлімшесінде немесе өнімнің сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется в отделении контроля качества или лицами, на которых возложен контроль качества продукции 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Сынамаларды алу күні, уақыты Дата, время отбора проб	Тіркеу нөмірі Регист-рационный номер	Сынаманы алған ұйым, және әдісі Органи-зация, место и метод отбора	Сына-малар нөмірі Номера проб	Қорек орталарның атауы Наимено-вание питатель-ных сред	Экспози-циясы, жылдамдығы Экспозиция, скорость	Жіберілген ауаның көлемі Объем пропущенного воздуха	Колонияла-рдың жалпы саны Общее число колоний
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение:

Мыналар зерттеледі: Исследование на:		Зерттеу нәтижелері Результаты исследования	Басқа микроорга-	
		1 $м^3$ микроорганизмдер		

Стафило-кокктар Стафило-кокки			Басқа микроорганизмдер Другие микроорганизмы	саны Количество микроорганизмов в 1 м^3		низмдер Другие микроорга-низмы	Зерттеу аяқталған күні. Зерттеу жүргізген адамның қолы, ТАӘ Дата окончания исследования. ФИО, подпись лица, проводившего исследование.
				Жалпы Общее	Алтын түстес стафилококк Золотистый стафилококк		
9	10	11	12	13	14	15	16

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 254/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 254/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Микроорганизмдердің химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтауға арналған зерттеулер мен олардың нәтижесін ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химио-терапевтическим препаратам

_____

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

_____

1. "Тіркеу нөмірі" атты 3-бағанда тіркеу журналындағы нөмірге с

йкес, талдаулар нөмірі көрсетіледі. Талдауларды барлық кезеңде бір

нөмірмен жүргізеді.

2. Егер бұл журнал талдауларды алғашқы рет тіркеу үшін де

қолданылса, онда 4-8-бағандар толтырылады.

3. "Микроорганизмдердің сезімталдығы" атты 9-27-бағандарда

химиопрепараттың аты және өсу тежелген аймақтар немесе минималды

тежеу концентрациясы (МТК) тіркеледі.

4. Журнал туберкулезге қарсы ұйымдардың зертханасында

толтырылғанда 6 бағаң "Ниацин тесті" деп аталуы керек.

1. В графе 3 "Регистрационный номер" указываются номера

анализов, соответствующие номерам регистрационного журнала. Анализ

ведут на всех этапах под одним номером.

2. Графы 4-8 заполняется в том случае, если данный журнал

служит и для первичной регистрации анализов.

3. В графе 9-27 "Чувствительность микроорганизмов" указываются

названия химиопрепаратов и регистрируются зоны задержки роста или

минимальные ингибирующие концентрации (МИК).

4. При заполнении журнала в лабораториях противотуберкулезных

организаций – графа 6 должна называться – "Ниациновый тест".

Материалды жинау әдістері мен зертханалық зерттеулер келесі

нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТҚ атап өтіңіз) сәйкес

жүргізіледі

. (Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить)):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Күні Дата	Р/с № № п/п	Тіркеу № Регист-рационный №	ТАӘ, жасы, мединалық қарта № Ф. И. О., возраст, медицинская карта №	Ұйым, бөлімше, палата Организация, отделение, палата	Диагнозы, ауырған күні Диагноз, дата заболевания	Материал	Ажыратып алынды: (микроорганизмнің аты) Выделено: (название микроорганизма)
1	2	3	4	5	6	7	8

№ 254/е н. артқы беті

разворот ф. № 254/у

Микроорганизмдердің сезімталдығы (Чувствительность микроорганизмов)																				Жауап берілген күн (Дата выдачи ответа)
																				Зерттеуді жүргізген адамның қолы (Подпись лица, проводив-шего исследо-вание)
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 255/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 255/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 255/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Жабдықтың зертханалық паспорты журналы
Журнал
лабораторный паспорт оборудования

_____

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ___ жылғы (года) "____"_____ басталды (начат) 20_____ жылғы (года) "____"____ __аяқталды (окончен)

Жабдықтар атауы/Наименование оборудования:_____

Өндіруші зауыттың сериялық нөмірі/Серийный номер завода производителя:_____

Түгендеу нөмірі/Инвентарный номер:_____

Пайдалануға енгізу мерзімі:/ Дата ввода в эксплуатацию:_____

Пайдалануға жауапты тұлға: / Ответственное лицо за эксплуатацию :

_____

Медициналық жабдықтардың ақауы туралы ақпарат / Информация о неисправности медицинского оборудования

№	**Қатардан шығу күні / Дата выхода из строя**	**Сыну себебі / Причина поломки**	**Қабылданған әрекеттер / Предпринятые действия**	**Сыну жойылды (күні мен уақыты) / Устранение поломки (дата и время)**	**Анықтау / Верификация**	**Сервис инженерінің Т.А.Ә.. және қолы (болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии) и подпись сервис-инженера**

Артқы жақ/Обратная сторона

Калирблеу туралы ақпарат / Информация о калибровках

№	**Калибрлеу күні /**	**Калибрлеу себебі /**	**Орындаған (калибрлеуді өткізген зертханашының Т.А.Ә. . (болған жағдайда) Исполнил Ф.И.О.(при его наличии)**	**Тексерген (зертханашы дәрігердің Тегі.Аты.Әкесінің аты. (болған жағдайда) Проверил**

	Дата калибровки	Причина калибровки	лаборанта проводившего калибровку)	Ф..И.О(при его наличии) врача-лаборанта)

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-04/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ-04/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Зертханалық тіркеу журналы
Лабораторный регистрационный журнал

							Талдау жүргізу мақсаты Цель проведения анализов			Анализ нәтиже-лері Резуль-таты анализов				
Р/				Туған күні мен	Емдеу ұйымның атауы		Диаг-ностика	Химия-лық тера-пияны бақы-лау Конт-	Санат Кате-гория	1		3	Зерт	

с №№ п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Жынысы Пол	жылы Дата и год рожде-ния	Назва-ние лечеб-ной органи-зации	Мекенжайы Адрес		роль химио-тера-пии			2		қызмет-керінің қолы Подпись лабо-ранта	Ескерт-пелер Приме-чания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-05/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ-05/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қақырықты туберкулез микобактериясына микроскопиялық
тексеруге жіберетін
ЖОЛДАМА
НАПРАВЛЕНИЕ
на проведение микроскопического исследования мокроты
на наличие микобактерии туберкулеза

Емдеу мекемесінің атауы/Название лечебного учреждения: _____
Күні/Дата _____
Науқастың ТАӘ/ФИО больного _____ Туған күні мен жылы _____
Дата и год рождения
Жынысы/Пол Е/М
☐
Ә/Ж
☐

Мекенжайы толық/Адрес полностью: _____
_____
Үлгінің бірегей коды/Идентификационный номер образца:
_____
Науқастың аудандық тіркеу нөмірі/Районный регистрационный номер больного _____
_____
Санаты/Категория _____
Аурулардың жіктелуі/Локализация больных:
☐
Өкпе/Легочный
☐
Өкпеден тыс/Внелегочный
Зерттеуге жіберілу себептері/Причина для исследования: диагностика
☐

химиялық терапияны бақылау/контроль химиотерапии
☐

Ем мерзімі (ай)/Срок лечения (месяц) _____ Қақырық алынған күні/Дата
сбора мокроты: _____ Медқызметкердің ТАӘ/ФИО медработника _____
_____
Қолы/Подпись _____

ҚОРЫТЫНДЫЛАР (зертханада толтырылады)
РЕЗУЛЬТАТЫ (заполняются в лаборатории)

Зертханалық реттік нөмірі (Лабораторный порядковый номер): _____

Күні Дата	Сынама Проба	Материалдың сыртқы пішіні Внешний вид материала	Қорытындылар Результаты				
			Теріс Отрицательно	1-9 куб	+	++	+++
	1	Сілемей-іріңді ☐ Слизисто- гнойная Қанмен боялған ☐ Окрашенная кровью Сілекей					

		☐ Слюна					
	2	Сілемей-іріңді ☐ Слизисто- гнойная Қанмен боялған ☐ Окрашенная кровью Сілекей ☐ Слюна					
	3	Сілемей-іріңді ☐ Слизисто- гнойная Қанмен боялған ☐ Окрашенная кровью Сілекей ☐ Слюна					

Берілген күні/Дата выдачи: _____

Анализ жүргізген медқызметкердің ТАӘ: _____

Қолы/Подпись _____

Анализ произвел ФИО медработника _____

_____

Қорытындылармен толтырылған нысан емдеу мекемесіне жіберілуі тиіс

Заполненная форма (с результатами) должна быть отослана в лечебную организацию

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-06/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ-06/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ТМБ культурасын туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама
Направление на чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам

☐

Левенштейн-Йенсен

☐

Бактек

Емдеу ұйымы/Лечебная организация

_____

Науқастың ТАӘ/ФИО пациента _____

Туған күні мен жылы/Дата и год рождения _____

Жынысы/Пол: Е/М

☐

Ә/Ж

☐

Мекенжайы (толық) _____

Адрес (полностью)

НАУҚАСТЫ ЖІКТЕУ

ТИП БОЛЬНОГО

☐

жаңа жағдай/новый случай

☐

қайталанған ауру/рецидив

☐

сәтсіз ем/неудача лечения

☐

үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва

☐

ауыстырылған/переведен

Басқалар/Другие:

☐

ТМБ(-) қайталанған ауру/рецидив МБТ(-)

☐

ТМБ (-) үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва МБТ(-)

☐

ТМБ(-) сәтсіз ем/неудача лечения МБТ(-)

Санат/Категория _____ Зерттеуге жіберілу себептері/

Причина для исследования: диагностика

☐

химиялық терапияны бақылау/контроль химиотерапии

☐

Диагнозы _____

_____

Ем басталған күні/Дата начала лечения: _____

Химиялық терапия ұзақтығы (ай)/Длительность химиотерапии (месяц) ___

Материалды зерттеуге жіберген дәрігердің ТАӘ/ФИО врача, направляющего материал на исследование:

_____

Қақырықтың жиналған күні/Дата сбора мокроты _____

Медқызметкердің қолы/Подпись медработника _____

ТМБ-на СЕБІНДІ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ
РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЕВОВ НА МБТ

Патологиялық материал (Патологический материал)	Зертханалық зерттеудің нөмірі (Номер лабораторного исследования)	Нәтижелер/Результаты					Ластану/Өскін (Загрязнение /Пророст)
		Теріс (Отрицательный)	Оң (положительный)				
			+	++	+++	++++	

Күні/Дата _____

Зерттеу жүргізушінің ТАӘ/ФИО проводившего исследование:

_____

Қолы/Подпись _____

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-06а/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ-06а/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ТМБ культурасының туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған
ЖОЛДАМА
НАПРАВЛЕНИЕ
на получение результатов теста на лекарственную чувствительность культуры
МБТ к противотуберкулезным препаратам

☐

Левенштейн-Йенсен

☐

Бактек

☐

Молекулярлы-генетикалық/Молекулярно-генетический

Емдеу ұйымы/Лечебная организация _____

Науқастың ТАӘ/ФИО пациента _____

Туған күні мен жылы/Дата и год рождения _____ _____

Жынысы/Пол: Е/М

☐

Ә/Ж

Мекенжайы (толық)/Адрес (полностью) _____

Жаңа анықталған/қайталануы (астын сызыңыз)/Вновь выявленный/рецидив (подчеркнуть)

Санат/Категория _____

Зерттеу себебі (Причина для исследования): диагностика

☐

химиялық терапияның бақылауы (контроль химиотерапии)

☐

Емнің басталған күні/Дата начала лечения: _____

Химиялық терапия ұзақтығы (ай)/Длительность химиотерапии (мес.): _____

Материалды зерттеуге жіберген дәрігердің ТАӘ/ФИО врача, направляющего материал на исследование: _____

Қақырықтың жиналған күні/Дата сбора мокроты _____

Медқызметкердің қолы/Подпись медработника _____

ДӘРІЛІК СЕЗІМТАЛДЫҚТЫ ТЕСТІЛЕУ
ТЕСТИРОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ

Зерттеу жүргізілген күні Дата исследования	Зерттеу зерт.№ № лаб. Исследования	Культура нөмірі Номер культуры	H	R	E	Z	S	Km	Am	Cm	Lfx	Pto / Eto	Cs	Pas	Ofx	Mfx	Басқалар Другие	ТМБ идентификациясы Идентификация МБТ

Белгілеу: Төз – концентрациясын көрсету; С – сезімтал; Ө - өсінді

Отмечать: Уст – указать концентрацию; Ч – чувствительный; П – пророст

Күні/Дата: _____ Культураның нөмірі/Номер культуры: ____

Зерттеу жүргізген маманның ТАӘ/ ФИО проводившего исследование _____
____

Қолы/Подпись _____

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-06б/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ-06б/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қақырықты Xpert MTB/RIF-мен зертханалық зерттеуге жолдама
Направление на лабораторное исследование мокроты
на Xpert MTB/RIF

Үлгінің сәйкестендіру нөмірі № /Идентификационный номер образца № ___

Науқастың АТН №/РРН больного № _____

Емдеу ұйымның атауы/Название лечебной организации _____

Үлгіні зертханаға жіберу күні/Дата направления образца в лабораторию _____

Науқастың аты-жөні/Фамилия, имя больного _____

Туылған күні/Дата рождения _____

Мекенжайы/Домашний адрес _____

Жынысы/Пол: Е/М

☐

Ә/Ж

☐

Науқасты жіктеу (белгілеу): егер А немесе Б болмаса, Xpert тестін өткізілуін негіздеу

Тип больного (отметить): если не А и не Б, то обоснование проведения теста Xpert:

КДТ ТБ күдігі (А)/ с подозрением на МЛУ ТБ (А)

☐

_____

АИТВ ТБ күдігі (В)/ с подозрением на ВИЧ ТБ (В)

☐

_____

Осы нысанда жіберілген үлгі бөлігінің № /№ Порции образца, посылаемой с этой формой _____

Алғашқы үлгіні жинау күні/Дата сбора первого образца _____

Жинаушының ТАӘ/ФИО собравшего _____ Қолы/Подпись _____

Нәтижесі (зертханада толтырылады)
Результат (заполняется лабораторией)

Сәйкестендіру нөмірі № /Идентификационный номер № _____

Зертханалық нөмірі №/Лабораторный номер № _____

Зертханалық атауы/Наименование лаборатории _____

Күні/Дата _____

Р/с № № п/п	Зерттеу күні Дата исследования	Сыртқы түрі Внешний вид*	Xpert MTB/RIF нәтижесі (белгілеу)** Результат Xpert MTB/RIF (отметьте) **				Ескертпе Примечание
			Теріс Отр	ТБ+	Rif +	Нәтиже анықталмаған/ қателік Не опред. Результат / ошибка***	
1							
2							
3							
4							

*қақырықтың түрі (қанды, іріңді-сілекей немесе сілекей)/

/внешний вид мокроты (с кровью, слизисто-гнойная или слюна)

**теріс: МБТ анықталмаған; ТБ+: МБТ анықталған, Rif-анықталмаған; Rif+:МБТ анықталған. Rif-резистентті; қате: нәтижесі белгісіз/қате/

отр:МБТ не определен; ТБ+: МБТ определен Rif не определен; Rif+: МБТ определен Rif резистентный; ошибка: результат неизвестен/ошибка

Нәтижесі ***анықталмаса қайталау, қате/

/повторить, если не определен Результат / ошибка

Өткізілген күні/Дата проведения _____ Қолы/Подпись _____

(нәтижесімен бірге) толтырылған нысан тез арада дәрігерге жіберілуі тиіс

заполненная форма (с результатом) должна немедленно отсылаться клиницистам

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-17/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма ТБ-17/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Культуралық зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы
Лабораторный журнал учета культуральных исследований

сол жағы/левая сторона

											Зерттеудің мақсаты

Р/с № № п/п	Мате-риалдың алынған күні (Дата сбора мате-риала)	ТАӘ ФИО	Жы-нысы Пол	Туған күні мен жылы Дата и год рожде-ния	Мате-риал	Ұйым (бөлі-мше) Орга-низация (отде-ление)	Мекен-жайы Адрес	Санат Кате-гория	Диаг-нозы	Себінді жасалған күн Дата посева	Цель исследования	
											Диаг-нос-тика	Бақылау Кон-троль

оң жағы/правая сторона

Культураның өскен күні Дата роста культуры	Қоры-тынды Резуль-тат	Микроско-пиялық культураның нәтижесі Результат микроско-пии с культуры	Қорытынды берілген күні Дата выдачи результатов	ДСТ-ге жіберілді (Иә/Жоқ) Направлен на ТЛЧ (Да/Нет)	Зертхана қызметкерінің тегі ФИО работника лаборатории	Ескерт-пелер Приме-чания

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-18/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ-18/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы
Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ

сол жағы/левая сторона

Р/с № № п/п	Культура № № культуры	Себінді жасалған күні Дата посева	ТАӘ ФИО	Туған күні мен жылы Дата и год рождения	Ұйым (бөлімше) Организация (отделение)	Материал	Зерттеу мақсаты Цель исследования		ТҚП ДСТ қойылған күн Дата постановки ТЛЧ на ППР	Қорытынды оқылған күн Дата чтения результата
							Диагностика	Бақылау Контроль		

оң жағы/правая сторона

Бақылау Контроль		ТМБ идентификациясы Идентификация МБТ	1 қатардағы ТҚП ПТП 1 ряда					ТҚП ДСТ қойылған күн Дата постановки ТЛЧ на ПВР	Қорытынды оқылған күн Дата чтения результата
Положи-тельно Оң	Отрица-тельно Теріс		H	R	S	Z	E		

продолжение:

2 қатардағы ТҚП ПТП 2 ряда										Жауапты зертхана қызметкерінің аты, тегі, әкесінің аты Фамилия, имя, ответственного лабработника	Ескертпелер Примечания
Km	Am	Cm	Lfx	Ofx	PtoEto	PAS	Cs	Mfx	Басқалар другие		

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-24/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ-24/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ВАСТЕС ТМБ дәріге сезімталдық тестісі және культуралық зерттеулерді есепке алу журналы
Журнал учета культуральных исследований и теста на лекарственную чувствительность МБТ проведенного на ВАСТЕС

Р/с №№ п/п	Себу күні Дата посева	ТАӘ ФИО	Жасы Возраст	Ұйым (бөлімше) Организация (отделение)	Материал	Диагноздар Диагнозы	Сұйық ортада өскен күні Дата роста на жидкой среде	ТМБ сәйкестендіруі Идентификация МБТ	Өсу нәтижесі Результат роста	Қан агарында өсу сипаты Характер роста на кровяном агаре	Өскен күндері Дни роста	Л-Йенсен ортасында өскен күні Дата роста на среде Л-Йенсена	Өсу нәтижесі Дата и результат роста

Журналдың жалғасы/Продолжение журнала

ДСТ қойылған күні Дата постановки ТЛЧ	I қатардағы ТҚП ПТП I ряда						II қатардағы ТҚП ПТП II ряда			Нәтиженің оқылған күні Дата чтения результата	Жауапты зерт қызметкерінің ТАӘ ФИО ответственного лабработника	Ескерт-пелер Приме-чание
	S	H	R	E	Z	Am	Cm	Ofx	EtoEt E Eto			

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-25/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма ТБ-25/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

HAIN тест және XpertMTB/RIF нәтижелерін есепке алу журналы
Журнал учета результатов HAIN-теста и XpertMTB/RIF

№ р/с №	ТАӘ ФИО	Жасы Возраст	Бөлімше Отделение	Зерттеу әдістері (Hain немесе XpertMTB/Rif / Метод	Егерде XpertMTB/Rif онда КДТ ТБ күдікті(А)/АИТВ ТБ күдікті (В)/	Диагнозы

п / п				исследования (Hain или XpertMTB /Rif	Если на XpertMTB/Rif то подозрением на МЛУ ТБ (А)/ с подозрением на ВИЧ ТБ (В)	

продолжение:

Куль-тура № / № куль-туры	Себу күні/ Дата посева	Өскен күні/ Дата роста	Зерттеулер нәтижелері/Результаты исследования					
			Материал (дақыл, MGIT дақылы , қақырық)/ Материал (культура, культура MGIT, мокрота)	Өткізу күні/ Дата проведения	КДТ ТБ күдікті	ТБ (+/-)	R	H

ВАСТЕС әдістерінің төзімділігін анықтау/ Определение устойчивости методом ВАСТЕС						
Культура № № культуры	Себу күні/ Дата посева	Сұйық ортада өскен күні / Дата роста на жидкой среде	R	H	S	E

продолжение:

Л-Й арасындағы тұрақтылықты анықтау /Определение устойчивости на среде Л-Й								Ескертпелер/ Примечания
Төзімділікке культураның №/ № культуры на устойчивость	Себу күні/ Дата посева	Л-Йенсен ортасында өскен күні /Дата роста на среде Л-Й	R	H	S	E	Z	

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 256/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 256/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қоректік орталарды даярлау және тексеру
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
приготовления и контроля питательных сред

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

_____

1.6 бағанды толтырған кезде құрғақ қоректік орталар, пептон және т.б. туралы деректер көрсетіледі. 2.7-11 бағандарда себілген микроб клеткаларының мөлшері туралы деректер келтірілуі мүмкін. 3. Толық есеп үшін, тексеру жүргізілуіне қарамастан, күнделікті даярланған қоректік орталар туралы деректер журналға жазылады.	1. При заполнении графы 6 указываются данные о сухих питательных средах, пептоне и т.д. 2. В графах 7-11 могут приводится данные о количестве засеваемых микробных клеток. 3. Для полного учета в журналах ежедневно ведутся записи о количестве приготовленных питательных сред, независимо от проведения контроля.

	Ортаның даярлан-ған күні Дата	Тексеру күні	Ортаның атауы Наимено	Даярлан-ған ортаның көлемі литрмен Коли-чество приготов-	Орта даярлан-ған препа-раттың сериясы мен даяр-ланған күні Серия и дата изготов-ления пре-парата, из которого	Орталарды тексеруге қолданылған тесттер Тесты, применяемые для контроля сред					Жарам-дылығы туралы ұйғарым Заклю-	Күні және дәрігер-дің қолы

Р/с № п/п	приго-товления среды	Дата конт-роля	- вание среды	ленной среды в литрах	приготов-лена среда						чение о пригод-ности	Дата и подпись врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 257/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 257/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклав)

20__ жылғы(года) "__" _____ 20 жылғы(года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

Стерилизаторлар жұмысын тексерудің нормативтік

техникалық құжаттамасын (НТҚ) көрсетіңіз.

Указать нормативно-техническую документацию

(НТД) контроля работы стерилизаторов.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Күні Дата	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторы-ның таңбасы, № Марка, № стерилизатора воздушного, парового (автоклава)	Стерильденуші бұйым Стерилизуемые изделия				Стерилизация уақыты минутпен Время стерилизации в мин.
		Материал алынған бөлімше Отделение откуда получен материал	Атауы Наиме-нование	Мөлшері Количество	Орамасы Упаковка	Басталуы Начало
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Стерилизация уақыты минутпен Время стерилизации в мин.		Режим		Бақылау тесті Тесть-контроль			Стерилиза-ция жүргізген адамның қолы Подпись лица проводив-шего стерили-зацию
Стерилизатордың темп. режімге шығу уақыты Время выхода стерилизатора на температурный режим	Аяқталуы Конец	Қысымы Давление	Темпера-тура	Биоло-гиялық биологи-ческий	Термиялық Терми-ческий	Химиялық Химичес-кий	
8	9	10	11	12	13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 258/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Стерильдікке зерттеудің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
исследований на стерильность

20__ жылғы/года“__” _____ 20__ жылғы/года “__” _____

басталды/начат аяқталды/окончен

Үлгілерді іріктеу мен оларды Методы отбора образцов и их

зертханалық зерттеу келесі лабораторные исследования

нормативтік техникалық құжаттарға проводятся в соответствии

(НТҚ) сәйкес жүргізіледі со следующей нормативно-

технической документацией

(НТД перечислить)

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

4. _____ 4. _____

5. _____ 5. _____

		Тіркеу № немесе	Зерттелетін материал Исследуемый материал			Ұйым, материалдды	

Күні Дата	Р/с № п/п	препарат сериясы Регистра-ционный номер (или серия препарата)	Атауы Наимено-вание	Алғашқы қорабы Первичная упаковка	Ыдыс Емкость	алу орны Организация, место взятие материала	Материалды өңдеу және себу күні Обработка материала и дата посева
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Зерттеу Исследование										Зерттеу нәтижелері Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн Зерттеуді жүргізген адамның қолы Дата окончания исследования. Подпись лица проводившего исследование
Ауа бар жағдай В аэробных условиях				Ауа жоқ жағдайда В анаэробных условиях					Саңырауқұлақтар мен зеңдер Грибы и плесени		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 259/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 259/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Серологиялық зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований

20__жылғы (года) "__"____басталды (начат)

20__ жылғы (года) "__"_____аяқталды (окончен)

_____

зерттеудің атын жазыңыз (вписать название исследований)

Үлгілерді іріктеп алу әдістері, материал жинау

және зертханалық зерттеулер келесі нормативтік

техникалық құжаттамаларға (атап өтіңіз) сәйкес

жүргізіледі.

(Методы отбора образцов, сбора материала и их

лабораторные исследования проводятся в

соответствии со следующей нормативно-

технической документацией (перечислить))

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистра-ционный номер	Тегі, аты, әкесінің аты, медициналық карта № Фамилия, имя, отчество, медицинская карта №	Ұйым, бөлімше, палата Организация, отделение, палата	Зерттеулер нәтижелері Результаты исследований		
				МРП үшін кардиолипиндік антиген кардиолипи-новый антиген для МРП	РСК үшін кардиолипиндік антиген кардиолипиновый алнтиген для РСК	Трепонемдік антиген трепонемный антиген
1	2	3	4	5	6	7

продолжение:

Зерттеулер нәтижелері Результаты исследований								Зерттеу аяқталған күн Зерттеу жүргізген адамның қолы Дата окончания исследования Подпись лица проводившего исследование
Сандық титр Количествен-ный титр	1: 50	1: 100	1: 200	1: 400	1: 800	1: 1600	1: 3200	
8	9	10	11	12	13	14	15	16

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 260/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Серологиялық зерттеулерді тіркеу
(мерезді диагностикалау)
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований
(диагностика сифилиса)

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

Күні Дата	Талдау № анализа	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Ұйым, бөлімше, палата, учаске Организация, отделение, палата, участок	Медициналық карта № Медицинская карта №	Диагнозы
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Зерттелетін материал Исследуемый материал	Вассерман реакциясы Реакция Вассермана			КС
	антигендермен (сериясын, титрін көрсетіңіз) с антигенами (указать серию, титр)			
	трепонемалық трепонемным	арнайы емес неспецифическим	кардиолипинді кардиолипиновым	
8	9	10	11	12

№ 260/е н. артқы беті

Разворот ф. № 260/у

Цитохол реакциясы Цитохолевая реакция	Кан реакциясы Реакция Кана	САНДЫҚ ТИТР КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ТИТР									КБР РСК				Жауап берілген күн Дәрігердің қолы Дата выдачи ответа Подпись врача
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

А 4 форматы

Формат А 4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 261/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 261/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ЗЕРТХАНАШЫ ДӘРІГЕРДІҢ КҮНДЕЛІКТІ ЖҰМЫСЫН ЕСЕПКЕ АЛУ ПАРАҒЫ
ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-ЛАБОРАНТА

20 жылғы (года) _____ үшін (за)

_____

Зертханашы дәрігер (медзертханашы) (Врач лаборант (медлаборант) _____
_____

Р/с № п/п	Талдау аты Название анализа	Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны Количество выполненных анализов по дням месяца															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны Количество выполненных анализов по дням месяца															Барлығы ай бойы Итого за месяц
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

Күнделікті жұмысты есепке алу парағын зертханашы дәрігер

(медзертханашы) толтырады және орындалған зерттеулер саны туралы

деректі зертханада орындалған талдаулар санын есепке алу журналына

жазу үшін зертхана меңгерушісіне өткізеді (№ 262/е нысан)

(Листок ежедневного учета работы заполняется врачом-лаборантом

(медлаборантом) и сдается заведующему лабораторией для внесения

данных о количестве выполненных исследований в журнал учета

количества выполненных анализов в лаборатории (форма № 262/у)

Зертханашы дәрігер (медзертханашы) Врач-лаборант (медлаборант) _____
_____

№ 261/е н. артқы беті

Разворот ф.№ 261/у

Р/с № п/п	Талдау аты Название анализа	Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны Количество выполненных анализов по дням месяца															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны Количество выполненных анализов по дням месяца															Барлығы ай бойы Итого за месяц
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 262/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 262/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
учета количества выполненных анализов в лаборатории

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

1. Зертханада орындалған талдаулар санын есептеу журналын зертхана меңгерушісі жүргізеді. 2. "Талдау аты" бағанының жолдары "Зертханалық талдаулардың негізгі түрлерінің номенклатурасының" бөлімдеріне сәйкес: I – жалпы	1. Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории ведется заведующим лабораторией. 2. Строки графы "Название анализа" заполняются согласно "Номенклатуре основных видов лабораторных анализов" по

клиникалық талдаулар, II-гемотологиялық, III-цитологиялық, IV-биохимиялық, V-микробиологиялық, VI-иммунологиялық талаулар болып толтырылады. 3. "Емдеу бөлімшелері" бағанында (3-22 бағаншалар) зертхана қызмет көрсететін стационарлардың (емдеу бөлімшелері) амбулаториялық емханалық ұйымдардың атаулары жазылады. Үйде көмек көрсету кезіндегі атқарылған талдаулар саны ерекше белгіленеді.	разделам I – общеклинические анализы, II – гематологические, III – цитологические, IV – биохимические, V – микробиологические, VI – иммунологические анализы. 3. В графу "Лечебные подразделения" (подграфы 3 – 22) вносятся названия обслуживаемых лабораторией стационаров (лечебных отделений), амбулаторно-поликлинических организаций. 4. Особо выделяется количество анализов, выполненных по помощи на дому.

_____ жылы (год) _____ айы (месяц)

Р/с №№ п/п	Талдау аты Название анализа	ЕМДЕУ ЛЕЧЕБНЫЕ								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

продолжение таблицы

ЕМДЕУ ЛЕЧЕБНЫЕ											Барлығы Итого за
											ай бойы жыл бойы месяц год
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

Форма

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 263/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 263/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

КІРІС БАҚЫЛАУ АКТІСІ
АКТ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ

_____

(зерттеу жүргізген зертхананың атауы)

(наименование лаборатории проводившей исследования)

№ _____

_____

материалдың зертханаға түскен күні (дата поступления материала в лабораторию)

_____

1.Өнім үлгісінің атауы (наименование образца продукции) _____

_____

2.Өндіруші (өндіруші мемлекет, өндіруші зауыт) (производитель, страна происхождения, завод изготовитель) _____

3.Серия нөмірі (Номер серии) _____

4. Көзбен шолу жағдайы (Визуальное состояние) _____

_____

5. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

№	Сынақты жасау күні (Дата постановки опыта)	Зерттеудің атауы (Наименование исследования)	Нәтижесі (Результат)
1			
2			
3			

Кіріс бақылау актісін тапсырды _____ _____

(Акт входного контроля сдал) (күні) (тегі мен қолы)

(дата) (фамилия и подпись)

Қабылдады _____ _____

(Получил) (күні) (тегі мен қолы)

(дата) (фамилия и подпись)

Форма

А5 форматы Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 283/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 283/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу
АКТІСІ
АКТ
приема - передачи образцов для исследования

Күні (дата) 20____жылғы (года) "_____" _____

Біз, төменде қол қойғандар (ТАӘ, лауазымы) (мы, нижеподписавшиеся ФИО, должность) _____
_____

_____

_____

_____

(зертхананың атауы (наименование лаборатории))

берілгені туралы актіледік (составили настоящий акт в том, что специалистами входного контроля передано в) _____

_____

№	Үлгінің атауы (Наименование образца)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)
1	2	3	4

_____ _____

Қолы (Подпись) ТАӘ (ФИО)

_____ _____

Қолы (Подпись) ТАӘ (ФИО)

	Приложение 6 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Правый верхний угол в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого

официального опубликования).

Сноска. Приложение 6 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 400/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 400/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ЖОЛДАМА
НАПРАВЛЕНИЕ

Тұрақты мекенжайы немесе жұмыс орны бойынша емханаға

(В поликлинику по месту жительства или работы)

_____

Донор _____,

Тұрғылықты мекенжайы (проживающий по адресу) _____

_____,

Флюорографияға (на флюорографию) _____ күні (дата)

Қан орталығының дәрігері, медтіркеушісі

Врач, медрегистратор Центра крови _____ қолы (подпись)

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 402/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 402/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

А Н Ы Қ Т А М А
С П Р А В К А

№ _____

Серия _____

Донор (дана донору) _____

тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

оның (в том, что он (а) сдал (а) кровь _____ қан

күні,айы,жылы (число, месяц, год)

тапсырғандығы немесе (или)

_____ бастап (с) _____ дейін (до) 20__ ж. (г.)

"__" _____ тексеруде болғаны (был(а) на обследовании) туралы берілді

астын сызу (нужное подчеркнуть)

Жұмыс орнына көрсету үшін берілді (Дана для предъявления по месту

работы)

Донордың тексерілген қан тапсырған күндерінде осы күндердің орташа

еңбекақысы және жұмыс орны (лауазымы) сақталады.

За работником, являющимся донором в дни обследования и дачи крови

сохраняется место работы (должность) и средняя заработная плата.

Егер донор болып табылатын қызметкер жұмыс берушімен келісім бойынша

қан мен оның компоненттерін тапсыру (донациялау) күндері жұмысқа

шықса, оның орташа айлық еңбекақысы сақтала отырып, өзінің қалауы

бойынша басқа демалыс күні беріледі не бұл күн жыл сайынғы еңбек

демалысына қосылуы мүмкін.

По соглашению с работодателем работник, являющийся донором, в дни

дачи (донации) крови и ее компонентов приступил к работе, ему

предоставляется по его желанию другой день отдыха с сохранением за

ним средней заработной платы либо этот день может быть присоединен к

ежегодному трудовому отпуску.

Негіздеме: Қазақстан Республикасының Еңбек Кодексі 15.05.2007 ж.

№ 251-III 151-б. және "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі

туралы" ҚР Кодексінің 18.09.2009 ж. № 193-IV ҚРЗ 167-бабы.

Основание: Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 15.05.2007 года

№ 251- III ст.151 и Кодекс РК "О здоровье народа и системе

здравоохранения" от 18.09.2009 г № 193-IV ЗРК ст. 167.

М.О. М.П. Анықтаманы берген адам

(Лицо, выдавшее справку) _____ қолы (подпись)

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 403/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 403/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А6 форматы **Формат А6**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 404/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма № 404/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 404/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан тапсыруға, плазмаферезге, цитаферезге және тағы басқа жолдама

Направление на кроводачу, плазмаферез, цитаферез и другие.

Төлем ақылы донор

(Платный донор)

Қан тобы (группа крови)_____

Rh-факторы (Rh - фактор) _____

Донор _____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/фамилия, имя, отчество (при наличии)

жіберіледі (направляется на):

1) қан өткізуге (кроводача), доза_____ мл

2) плазмаферезге (дискретты, аппаратты) иммундық-изоиммундық плазма (плазмаферез (дискретный, аппаратный), плазма иммунная -_, изоиммунная)_____

керегінің астын сызу керек (нужное подчеркнуть)

3) иммундау (иммунизация)_____

түрін көрсету керек (указать вид) _____

20___жыл(год) "_____" _____ дәрігер (врач) _____қолы (подпись)

_____

кесу сызығы (линия отрыва)

(Ақылы донор

Платный донор)

Донор _____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/фамилия, имя, отчество (при наличии)

1. Қан, плазма, иммундық, изоиммундық плазма, қан жасушасын берді (керегінің астын сызу керек)
(дал кровь, плазму, плазму иммунную, изоиммунную, клетки крови) (нужное подчеркнуть)

мөлшері (в количестве) _ _____мл

жазумен (прописью)

2. Антиденелер титрі (титр антител)_____

жазумен (прописью)

3. Иммундау курсын өтті (прошел курс иммунизации)_____ түрін көрсетіңіз (указать вид)

20___жылғы (года) "_____"_____ Жауапты тұлға (ответственное лицо)_____

қолы (подпись)

_____

Кассир немесе буфеттің жауапты тұлғасы толтырады (заполняется кассиром или ответственным лицом буфета)

Донорға (донору выданы (нужное указать):

_____ сомасында ақшалай өтемақы (денежная компенсация в сумме) берілді (керегін көрсетіңіз)

жазумен (прописью)

_____

Кассир_____ қолы (подпись)

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23"

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма № 405/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 405/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

"____" _____ 20___ жылы донордың қан үлгісіндегі биохимиялық және иммуногематологиялық зертханалық зерттеу нәтижелерінің ведомосы

(ведомость результатов биохимических и иммуногематологических лабораторных исследований образцов крови доноров за "____" "_____" 20 ___ года

р/с № п/п	**Донордың ТАӘ (болған жағдайда) /ФИО при наличии) донора)**	**Донацияның сәйкестендіру нөмірі (идентификационный номер донации)**	**Донациялау күні (дата донации)**	**Қанды иммуногематология зерттеу нәтижесі (результаты иммуногематологического исследования)**				
				АВО бойынша қан тобы (группа крови по АВО)	Резус тиістілігі (резус принадлежность)	Фенотипі (фенотип)	Келл антигені (антиген Келл)	Тұрақсыз антиэритроцитті антиденелер (нерегулярные антиэритроцитарные антитела)
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ведомосты шығар күні/уақыты (дата/время выпуска ведомости)				"___"_____20 ___ж. (г.) сағат (час) ____				
Дәрігердің қолы (подпись врача)								

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-1/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 405-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

күні донорларды алдын ала зертханалық тексеруден өткізу ведомосы
Ведомость предварительного лабораторного обследования доноров за _____

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақта у министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 405-2/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 405-2/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сарысу үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы _____
Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции за _____

							Трансфузиялық инфекцияларды зертханалық зерттеу бөлімшесі **Отделение лабораторных исследований трансфузионных инфекций**					
№	Зертха-налық нөмірі/	Донордың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О.(при	Дона-ция коды	Туған күні	Бөлім-ше Отделение	Қанды тапсыру	Қорытынды нәтижені алған күні/ Дата получения	Қорытынды нәтижесі Интерпретация результатов ИХЛА/ ИФА исследований на				I әрек алго Алго

	Лабора-торный номер	наличии) донора	Код донации	Дата рождения		күні Дата донации	окончательного результата	АИТВ -1,2	HBV	HCV	Мерез Сифилис	дейс
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1

Жауапты тұлға _____ (Т.А.Ә.) (болған жағдайда) _____ қол
Ответственное лицо _____ _____ (Ф.И.О.) (при наличии) _____

Ведомости алған күні мен уақыты _____ Дата и время получения ведомости	Бөлімінің меңгерушісі _____(қолы) Заведующий отделением (подпись)

Ведомосты электрондық және қағаз тасымалдауышта жүргізуге болады.

Возможно ведение ведомости как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 405-3/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 405-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы **Формат А6**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 406/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 406/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 406/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан және оның компоненттерінің тұрақты донорының медициналық картасы
Медицинская карта регулярного донора крови и ее компонентов

Тегі/Фамилия_____

Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Кәсібі (Профессия)_____

Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі _____

(Номер документа, удостоверяющего личность)

Әскери билет сериясы және номері (Серия военного билета) _____

№_____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Мекен-жайы мен телефоны (Адрес и телефон) _____

_____

_____

Ерекше белгілері (особые отметки)			
Фенотип/генотип (фенотип/генотип (АВО, Rh-Hr,HLA))		Антиденелер титрі (титр антител)	
Нәтижесі (результат)		Нәтижесі (результат)	
Күні (дата)	Қолы (подпись)	күні дата	қолы подпись

Донордың сауалнамасы
Донор қанына мұқтаж пациенттерге көмектесуге ниет білдіргеніңіз үшін алғысымызды білдіреміз!

Сізге қойылған сұрақтарға ("иә" немесе "жоқ" деп жауап беру) шынайы жауап беруіңізді өтінеміз, мархабат.

Осы сұрақтарға шынайы жауаптарыңыз Сіздің донор ретінде қауіпсіздігіңіз бен қаныңыз құйылатын пациентің қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қажет.

Донордың Т.А.Ә. (болған жағдайда)

_____

Туған күні_____ Жынысы_____e-mail_____

ӘАОЖ коды _____

Мекенжайы (нақты және тіркелуі бойынша)_____

_____

Үй телефоны_____ Ұялы телефоны_____

Қызмет телефоны_____ Жұмыс орны_____

р/с №	**Сұрақтар**	**Жауаптары**
	1.Денсаулығының жалпы жай-күйі және эпидемиологиялық орта	
1.	Өзіңізді жақсы сезініп тұрсыз ба?	
2.	Түнде демалдыңыз ба?	
3.	Соңғы 14 күн ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба?	
4.	Соңғы 48 сағат ішінде алкогольді ішімдік іштіңіз бе?	
5.	Соңғы 12 ай ішінде Сізге екпе жасалды ма? Егер де "иә" дейтін болсаңыз , қандай екенін көрсетіңіз:	
6.	Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе?	
7.	Сізге соңғы 12 айда донор қаны немесе оның компоненттері құйылды ма?	
8.	Сізге соңғы 4 айда хирургиялық операция (оның ішінде косметологиялық) жасалды ма?	
9.	Сіз соңғы 2 аптада аспирин немесе антибиотик және де өсіру гармондары сияқты дәрілік препараттарды қабылдадыңыз ба?	
10.	Сізге соңғы 4 айда тамырішілік немесе бұлшық етішілік инъекция жасалды ма?	
11.	Соңғы 4 айда ине шаншу, татуировка, пирсинг жасалды ма?	
12.	Сізде кенеттен қызудың көтерілуі, салмақ жоғалту, естен тану, түнгі терішендік, бас ауруы болды ма?	
13.	Сіз безгекпен, туберкулезбен, бруцеллезбен, мерезбен (сифилис) ауырдыңыз ба?	

14.	Сіздің жұмысыңыздың немесе әуестігіңіздің өз өміріңізге немесе қоршаған ортаға қауіпі бар ма (транспорттық құралды басқаруда, биікте немесе су асты жағдайында болу, жоғары қуаты электрожүйемен жұмыс және тағы басқа)?	
15.	ЖИТС (АИТВ-инфекциясы) және вирусты гепатиттер туралы ақпаратпен таныссыз ба?	
16.	Тегіңізді өзгеттіңіз бе? Өзгертсеңіз – алғашқысын көрсетіңіз.	
	2. Сіз төмендегідей қандай да бір қатерлі аурумен ауырдыңыз ба?	
17.	Сары ауру, безгек, туберкулез, ревматизм?	
18.	Жүрек ауруы, артериялық жоғарғы және төменгі қысым?	
19.	Күрделі аллергия, астма?	
20.	Құрысу немесе жүйке жүйесінің ауруы?	
21.	Қант диабеті немесе онкологиялық аурулар тәрізді аурулар?	
	3.Сіз жақында немесе бұрын ...?	
22.	Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елді атаңыз	
23.	Бұрын-соңды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба?	
24.	Қан тапсырудан бас тарттыңыз ба?	
	4. Әйелдер үшін қосымша	
25.	Қазір жүктісіз бе немесе соңғы 6 айда жүктілік болды ма?	
26.	Балаңызды емшек сүтімен қоректендіресіз бе?	
	5. Өзін-өзі қосымша бағалау үшін	
27.	Өзіңізге қандай да бір дәрілік немесе есірткі құралдарының инъекциясын жүргіздіңіз бе? Сіз бұрын сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алдыңыз ба? Соңғы 12 айда мына адамдармен жыныстық қатынаста болдыңыз ба? -АИТВ инфекциясы немесе вирусты гепатиті бар; -тамыр арқылы есірткі қолданатын; -сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлем ақы алатын немесе алғандар -өзге еркектермен (ерлер үшін) Жыныстық жолмен берілетін ауруға шалдықтыңыз ба? Гепатитпен ауыратын адаммен қатынаста болдыңыз ба (отбасында немесе жұмыста)? Кездейсоқта инеден жарақат алу және/немесе шырышты қабатқа қан тамып кету болды ма?	
	Егер Сізде соңғы алты айда 27-тармақтың бір немесе одан көп сұрағына "иә" деп жауап беруге себеп болатын болса – құс белгісін қойыңыз	

Мен, осы ақпараттың мен және пациент үшін маңызды екенін сезіне отырып, сауалнамадағы барлық сұрақтарға түсініп, шынайы жауап бергенімді мәлімдеймін.

Мен, менің қаным мен оның компоненттері медициналық мақсатқа үшін қолданылуы мүмкін болғандықтан, қан мен оның компоненттерін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз тапсыратындығымды растаймын.

Мен, менің қанымды АИТВ, мерезге, В және С гепатитіне және басқа да инфекцияларға тексерілетіндігіне келісімімді беремін. Осы инфекциялар маркерлеріне тексеру оң нәтиже берген жағдайда деректер диагнозды анықтау және емдеу туралы шешімді қаблдау үшін тиісті емдеу ұйымдарына беріледі.

Мен, менің қаныма зертханалық тексерулер тек пациенттің қауіпсіздігі үшін ғана жүргізілетінін түсінемін.

Маған менің дербес мәліметтерім Қан орталығының дерекқорына енгізілетіні туралы ескертілді .

Мен донорлыққа қатысу үшін жіберілетін ақпаратты алуға келісімімді беремін (иә/жоқ).

Маған жалған мәліметтер берген жағдайда, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жауапқа тартылуым мүмкін екендігі ескертілді.

Мен _____ тілінде дәрігер _____ түсіндіруімен жоғарыда аталған барлық сұрақтарға түсінгенімді растаймын.

Донордың қолы_____ Дәрігердің қолы_____

Күні_____

Анкета донора

Благодарим Вас за желание помочь нуждающимся в донорской крови пациентам!

Пожалуйста, ответьте откровенно на предложенные Вам вопросы (отвечая на вопросы, поставьте "да" или "нет").

Откровенные ответы на эти вопросы необходимы для обеспечения Вашей безопасности как донора и безопасности пациента, которому будет перелита Ваша кровь.

Ф.И.О. (при наличии) донора_____

Дата рождения_____ Пол_____e-mail_____

Код КАТО _____

Домашний адрес (фактический и по прописке)_____

_____

Домашний телефон_____ Мобильный телефон_____

Рабочий телефон_____ Место работы, учебы_____

№ п/п	Вопросы	Ответы
	1. Общее состояние здоровья и эпидемиологическое окружение	
1.	Хорошее ли у Вас общее самочувствие?	
2.	Отдыхали ли Вы ночью?	
3.	Производилось ли за последние 14 дней удаление зубов?	
4.	Употребляли ли алкоголь за последние 48 часов?	
5.	Проводились ли Вам за последние 12 месяцев прививки? Если "да", то укажите, какие:	
6.	Обращались ли Вы за медицинской помощью за последние 6 месяцев?	
7.	Вам переливали за последние 12 месяца (целесообразно, если минимальный срок карантинного хранения плазмы будет также 4 месяца) донорскую кровь или ее компоненты?	
8.	Вам проводили за последние 4 месяца хирургические операции (в том числе косметологические?)	
9.	Принимали ли Вы за последние 2 недели лекарственные препараты, включая аспирин или антибиотики, а также гормоны роста?	
10.	Делали ли Вам за последние 4 месяца внутривенные или внутримышечные инъекции?	
11.	Делали ли Вам за последние 4 месяца иглоукалывание, татуировки, пирсинг?	
12.	Были ли у Вас случаи немотивированного подъема температуры, потери веса, обмороки, ночные поты, головная боль?	
13.	Болели ли Вы малярией, туберкулезом, бруцеллезом, сифилисом?	
14.	Связана ли Ваша работа или хобби с опасностью для своей жизни или окружающих (управление транспортным средством, нахождение в высотных или подводных условиях, работа с электросетями под высоким напряжением и так далее).	
15.	Вы ознакомлены с информацией о СПИДе (ВИЧ-инфекции) и вирусных гепатитах?	

16.	Меняли ли Вы фамилию? Если да – укажите предыдущую.	
	2. Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания, такие как:	
17.	Желтуха, малярия, туберкулез, ревматизм?	
18.	Болезнь сердца, высокое или низкое артериальное давление?	
19.	Тяжелая аллергия, астма?	
20.	Судороги или заболевания нервной системы?	
21.	Хронические болезни, такие как диабет или онкологические заболевания?	
	3. Были ли у Вас:	
22.	Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну?	
23.	Сдавали ли Вы когда-нибудь кровь как донор?	
24.	Были ли отводы от дачи крови?	
	4. Дополнительно для женщин:	
25.	Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев?	
26.	Кормите ли Вы грудью?	
	5. Дополнительно для самооценки:	
27.	Производили ли Вы себе когда либо инъекции каких-либо лекарственных или наркотических средств? Принимали ли Вы когда-нибудь плату за услуги сексуального характера? За последние 12 месяцев были ли у Вас сексуальные связи с лицами, которые: -инфицированы ВИЧ или вирусом гепатита -внутривенно принимали наркотические средства -получают или получали плату за услуги сексуального характера -с другими мужчинами? (для мужчин) Переносили ли Вы заболевания, передающиеся половым путем? Имели ли Вы контакты с больным гепатитом (в семье или на работе)? Имело ли место попадание крови другого человека на Вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой?	
	Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить "да" на один или более вопросов пункта 27 – поставьте галочку	

Я заявляю, что полностью понял(а) все вопросы анкеты и ответил(а) на них правдиво, осознавая значимость этой информации для меня и здоровья пациента.

Я подтверждаю, что даю кровь или ее компоненты добровольно, без принуждения и моя кровь или ее компоненты могут быть использованы для медицинских целей.

Я даю согласие на то, что моя кровь будет обследована на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С и другие инфекции. В случае получения положительных результатов тестов на маркеры данных инфекций сведения будут переданы в соответствующие медицинские организации для уточнения диагноза и принятия решения о лечении.

Я понимаю, что лабораторные исследования моей крови проводятся исключительно в целях безопасности пациентов.

Я предупрежден(а) о включении моей персональной информации в базу данных Центра крови.

Я согласен (согласна) на получение информационных рассылок с целью приглашения для участия в донорстве (да/нет).

Я предупрежден(а), что в случае предоставления недостоверных сведений могу быть привлечен (а) к ответственности в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Я подтверждаю, что полностью понял(а) все перечисленные выше вопросы, которые были разъяснены мне на _____ языке врачом _____

Подпись донора_____ Подпись врача_____ Дата_____ _____

Донордың иммундауға келісімі **"Иммундау өткізу бағдарламасымен танысқаннан кейін, _____ антиденесімен иммундауға келісім беремін."** **Күні Қолы** **Согласие донора на иммунизацию** **"Ознакомившись с программой проведения иммунизации _____ антигеном, даю согласие на иммунизацию"** **Дата Подпись**

Донорлар есебіне жазылу күні **Дата зачисления в доноры** **20___ жыл (год) "_____"_____ _____** **Есептен шығарылу күні мен себебі** **(Дата и причина снятия с учета)_____** **_____ __** **_____ __** **_____**	**Осы кезеңде алынған барлық :** **Всего в этот период взято:** **қан (крови) _____ ___мл.** **плазма (плазмы) _____ ___мл.** **лейкоциты_____(10)[9] ,** **тромбоциты_____(10)[11],** **сүйек кемігі (костного мозга)** **_____мл. (**	**Қан тапсыру саны** **(Число кроводач)_____ _____** **Плазмаферездер саны)** **(Число плазмаферезов)_ _____** **Цитаферездер саны** **(Число цитаферезов)___ _____** **Миелоэксфузиялар саны**

__ _____ __	**10)**[9]**.**	**(Число миелоэксфузий)_** **_____** **Қолы (Подпись)**

Алғашқы тексеру
Первичное обследование

1. Ауру тарихы (анамнез)

1.1.Тұқым қуалаушылығы (наследственность) _____

1.2. Ауырған аурулары (оның ішінде операциялар) және оның болған уақыты (перенесенные заболевания

(в том числе операции) и их давность)_____

_____

_____

1.3. Қан және оның компоненттерінің трансфузиялары (Трансфузии крови и ее компонентов)

_____
_____

1.4. Екпелер, егулер және олардың болған уақыты (Прививки, вакцинации и их давность)

_____

2. Донорды тексерудің нәтижелері

(результаты текущего объективного обследования донора)*

Донация күні (дата донации) Донацияны ынталандыру(ақылы/ақысыз) (Мотивация донации (платно/безвозмездно)): Объективті деректер (объективные данные): Шағымы (жалобы) Склерасы (склера) Тері қабаты (кожные покровы) Ауыз қуысының сілемейлі қабығы (слизистые полости рта)

Артериялық қысым (мм с. б.)
(артериальное давление (мм рт. ст.))

Тамыр соғуының жиілігі (минутына соққы)
(частота пульса (ударов в минуту))
Тамыр соғуының сипаты (Характер пульса)
Тірек-қозғалыс аппараты
(Опорно-двигательный аппарат)
Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы)
Жүрек аускультациясы (Аускультация сердца)
Өкпе аускультациясы (Аускультация легких)
Іш қуысының ағзалары (Органы брюшной полости)
Донордың қан тапсыруға, плазма(цита)ферезге, мие-
лоэксфузияға жарамдылығы туралы дәрігердің
қорытындысы (Заключение врача о годности
донора к кроводаче, плазма(цита)ферезу, миелоэксфузии)
Дозасы (Доза) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

3. Қанды клиникалық - зертханалық зерттеулердің нәтижелері

(результаты клинико - лабораторных исследовании крови)*

жалпы клиникалық (общий клинический)

күні дата	НВ г/л	эритроциттер эритроциты 10 12/л	түсті көрсеткіш цвет. показатель	ретикулоциттер ретикулоциты %	тромбоциттер тромбоциты 10 9/л	лейкоциттер лейкоциты 10 9/л	лейкоци (лейкоцитар		
							Мета-миелоциты	таяқша ядролы палочкоядер	сег яд сегме
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

талдау (анализ)					**серологиялық зерттеулер (серологические исследования)**					
Моноцит.	плазмалық жасушалар плазматич. клетки	ЭШЖ СОЭ мм/ч	С (HCV) гепатитінің вирусына антиденелер Антитела к вирусу гепатита С (HCV)	жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись	HBs-антиген	жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись	мерезге серореакция серореакция на сифилис	жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись	сарыпқа реакция реакция на бруцеллез	жазғ адам қол подп лиц внесш запи
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

4. Қанды клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелері

(результаты клинико-лабораторных исследований крови)*

биохимиялық зерттеулер (биохимические исследования)											**басқа зерттеулер (другие исследования)**			
						глобулиндер (глобулины)								
		жазған адамның қолы подпись лица,	жалпы			пайызбен (в процентах)								
										жазған адамның				

күні дата	АЛАТ	внесшего запись	нәруыз общий белок	альбуминдер альбумины	г/л					қолы подпись лица, внесшего запись	антиденелер титрі титр антител МЕ/мл	жазған адамның қолы подпись лица, внесшего запись		
27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

5. Иммундау туралы жазбалар (запись об иммунизации)*

Р/с № п/п	**иммундау күні дата иммунизации**	**антигеннің атауы наименование антигена**	**Серия №, жарам-дылық мерзімі № серии, срок годности**	**Өндіруші ұйым Организация - изготовитель**	**Дозасы Доза**	**Антиген енгізуге реакция Реакция на введение антигена**	**Иммундауға жауапты адамның қолы подпись, ответственного за иммунизацию**
1	2	3	4	5	6	7	8

6. Қан, сарысуы, қан жасушалары, сүйек кемігі алынуы туралы белгілер

(отметка о взятии крови, плазмы, клеток крови, костного мозга)*

күні дата	**қан кровь (мл)**	**плазма плазма(мл)**	**лейкоциттер лейкоциты (10^9)**	**тромбоциттер тромбоциты (10^{11})**	**сүйек кемігі костный мозг мл.(10^9)**	**қандай мақсатпен (для какой цели)**	**қолы (подпись)**
1	2	3	4	5	6	7	8

Ескертпе (Примечание): плазма донорлоры үшін 2-бағаң толтырылмайды (для доноров плазмы графа 2 не заполняется)

7. Плазмаферез емшарасын жүргізгеннен кейінгі донордың жағдайы

(Состояние донора после проведения процедуры плазмафереза)

күні (дата)	**АҚҚ (А/Д мм рт.ст.)**	**T^0C**	**тамыр соғуы (пульс)**	**дәрігердің қорытындысы мен қолы (заключение и подпись врача)**
1	2	3	4	5

*Қосымша беттер 2, 3, 4, 5, 6, 7 кестелермен қажет жағдайда беріледі

(дополнительные страницы с таблицами 2, 3, 4, 5, 6, 7 вкладываются при необходимости)

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы	

Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 407/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 407/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 407/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан тобының таңбасы Марка группы крови	Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы Медицинская карта донора крови и ее компонентов

Санаты (қажетінің астын сыз) (Категория (нужное подчеркнуть)):

бірінші рет/қайталанған (первичный/повторный)

Донация түрі (қажетінің астын сыз) (Вид донации (нужное подчеркнуть)):

қан/плазма/жасуша (кровь/плазма/клетки)

Донацияны ынталандыру(қажетінің астын сыз) (Мотивация донации (нужное подчеркнуть)):

ақысыз (ерікті, мақсатты, аутологиялық) (безвозмездная (добровольная, целевая, аутологичная));

ақылы (платная)

Күні (Дата) _____

Қан алынған орын (Место забора крови) _____

	Қан тобы (Группа крови) _____ **Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____** **Келл - антигені (Келл – антиген) _____**

Т.А.Ә. (болған жағдайда) **(Ф.И.О.) (при наличии)** **_____ _____** **_____** **Туған күні (дата рождения) _____** **_____** **Жынысы (пол) _____** **Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі** **(Номер документа, удостоверяющего личность)** **_____** **Әскери билет сериясы (Серия военного билета)__** **_____ №_____** **Жұмыс орны (место работы) _____** **_____** **ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____** **Үйінің мекен-жайы (аудан) (Место жительства) (** **район))_____** **_____** **_____** **Ауру тарихын жинау (сбор анамнеза)_____** **_____** **Операциялар. Гемотрансфузиялар (Операции.** **Гемотрансфузии)_____ _** **Дене қызуы (температура тела) _____** **Тамыр соғуы (Пульс) _____ соққы 1 минутта (** **ударов в 1 минуту).** **АҚҚ/АД _____мм сын. б. (мм рт. ст).** **Тері қабаты мен сілемейлі қабық (кожные** **покровы и видимые слизистые оболочки)** **_____** **Донор тексерілді (донор осмотрен).** **Сау (Здоров)_____** **Қанды және оның компоненттерін беруге рұқсат етілді** **(донация крови и ее компонентов разрешена)** **_____** **Мөлшері (в дозе) _____ мл,** **Донорды қанды және оның компоненттерін беруден шеттету себебі (причина отвода донора от донации крови и ее компонентов) _____** **_____** **Дәрігер (Врач) _____қолы (подпись)** **Қан және оның компоненттері тапсыруды белгілеу (отметка о донации крови и ее компонентов):** **Взято (алынды) _____мл**	**Гемоглобин (Гемоглобин) _____ г/л** **Қолы (Подпись) _____** Қан тобын бақылау (Контроль группы крови) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____ _____ Тестілеу (ИФА тестирование на): АИТВ (ВИЧ 1,2): _____ В гепатиті (гепатит В) _____ __ С гепатиті (гепатит С) _____ __ Мерез (сифилис) _____ Қолы (Подпись) _____ Тестілеу (ПЦР тестирование на): АИТВ (ВИЧ 1,2): _____ В гепатиті (гепатит В) _____ ___ С гепатиті (гепатит С) _____ ___ Қолы (Подпись) _____ АлАт (АлАт) _____ Қолы (Подпись) _____ Бруцеллезге тестілеудің нәтижесі (результат тестирования на бруцеллез) _____ ____ Қолы (Подпись) _____
	БАДО деректері бойынша тексеру (проверка по данным ЕДИЦ): Күні (дата)_____ Қолы (Подпись) _____ Дайындалған қан компоненттері (заготовленные компоненты крови): _____ _____ Қан: құюға, өңдеуге жарамды, жарамсыз (астын сызу керек) (Кровь пригодна: для переливания, на переработку, бракуется (подчеркнуть) Есептен шығарылу күні мен себебі (дата и причина снятия с учета) 20__ жылғы (года) "__"_____ Дәрігер (Врач) _____ қолы (подпись)

Донордың сауалнамасы

Донор қанына мұқтаж пациенттерге көмектесуге ниет білдіргеніңіз үшін алғысымызды білдіреміз!

Сізге қойылған сұрақтарға ("иә" немесе "жоқ" деп жауап беру) шынайы жауап беруіңізді өтінеміз, мархабат.

Осы сұрақтарға шынайы жауаптарыңыз Сіздің донор ретінде қауіпсіздігіңіз бен қаныңыз құйылатын пациентің
қауіпсіздігін қамтамасыз ету үшін қажет.

Донордың Т.А.Ә. (болған жағдайда)_____

Туған күні_____ Жынысы_____e-mail_____

ӘАОЖ коды _____

Мекенжайы (нақты және тіркелуі бойынша)_____

_____

Үй телефоны_____ Ұялы телефоны_____

Қызмет телефоны_____ Жұмыс орны_____

р/с №	**Сұрақтар**	**Жауаптары**
	1.Денсаулығының жалпы жай-күйі және эпидемиологиялық орта	
1.	Өзіңізді жақсы сезініп тұрсыз ба?	
2.	Түнде демалдыңыз ба?	
3.	Соңғы 14 күн ішінде тісіңізді жұлдырдыңыз ба?	
4.	Соңғы 48 сағат ішінде алкогольді ішімдік іштіңіз бе?	
5.	Соңғы 12 ай ішінде Сізге екпе жасалды ма? Егер де "иә" дейтін болсаңыз, қандай екенін көрсетіңіз:	
6.	Сіз соңғы 6 айда медициналық көмекке жүгіндіңіз бе?	
7.	Сізге соңғы 12 айда донор қаны немесе оның компоненттері құйылды ма?	
8.	Сізге соңғы 4 айда хирургиялық операция (оның ішінде косметологиялық) жасалды ма?	
9.	Сіз соңғы 2 аптада аспирин немесе антибиотик және де өсіру гармондары сияқты дәрілік препараттарды қабылдадыңыз ба?	

10.	Сізге соңғы 4 айда тамырішілік немесе бұлшық етішілік инъекция жасалды ма?	
11.	Соңғы 4 айда ине шаншу, татуировка, пирсинг жасалды ма?	
12.	Сізде кенеттен қызудың көтерілуі, салмақ жоғалту, естен тану, түнгі терішендік, бас ауруы болды ма?	
13.	Сіз безгекпен, туберкулезбен, бруцеллезбен, мерезбен (сифилис) ауырдыңыз ба?	
14.	Сіздің жұмысыңыздың немесе әуестігіңіздің өз өміріңізге немесе қоршаған ортаға қауіпі бар ма (транспорттық құралды басқаруда, биікте немесе су асты жағдайында болу, жоғары қуаты электрожүйемен жұмыс және тағы басқа)?	
15.	ЖИТС (АИТВ-инфекциясы) және вирусты гепатиттер туралы ақпаратпен таныссыз ба?	
16.	Тегіңізді өзгеттіңіз бе? Өзгертсеңіз – алғашқысын көрсетіңіз.	
2. Сіз төмендегідей қандай да бір қатерлі аурумен ауырдыңыз ба?		
17.	Сары ауру, безгек, туберкулез, ревматизм?	
18.	Жүрек ауруы, артериялық жоғарғы және төменгі қысым?	
19.	Күрделі аллергия, астма?	
20.	Құрысу немесе жүйке жүйесінің ауруы?	
21.	Қант диабеті немесе онкологиялық аурулар тәрізді аурулар?	
3.Сіз жақында немесе бұрын ...?		
22.	Соңғы 3 жылда шетелге шықтыңыз ба? Елді атаңыз	
23.	Бұрын-соңды донор ретінде қан тапсырдыңыз ба?	
24.	Қан тапсырудан бас тарттыңыз ба?	
4. Әйелдер үшін қосымша		
25.	Қазір жүктісіз бе немесе соңғы 6 айда жүктілік болды ма?	
26.	Балаңызды емшек сүтімен қоректендіресіз бе?	
5. Өзін-өзі қосымша бағалау үшін		
27.	Өзіңізге қандай да бір дәрілік немесе есірткі құралдарының инъекциясын жүргіздіңіз бе? Сіз бұрын сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлемақы алдыңыз ба? Соңғы 12 айда мына адамдармен жыныстық қатынаста болдыңыз ба? -АИТВ инфекциясы немесе вирусты гепатиті бар; -тамыр арқылы есірткі қолданатын; -сексуальдық сипаттағы қызмет үшін төлем ақы алатын немесе алғандар -өзге еркектермен (ерлер үшін)	

	Жыныстық жолмен берілетін ауруға шалдықтыңыз ба? Гепатитпен ауыратын адаммен қатынаста болдыңыз ба (отбасында немесе жұмыста)? Кездейсоқта инеден жарақат алу және/немесе шырышты қабатқа қан тамып кету болды ма?
	Егер Сізде соңғы алты айда 27-тармақтың бір немесе одан көп сұрағына "иә" деп жауап беруге себеп болатын болса – құс белгісін қойыңыз

Мен, осы ақпараттың мен және пациент үшін маңызды екенін сезіне отырып, сауалнамадағы барлық сұрақтарға түсініп, шынайы жауап бергенімді мәлімдеймін.

Мен, менің қаным мен оның компоненттері медициналық мақсатқа үшін қолданылуы мүмкін болғандықтан, қан мен оның компоненттерін ерікті, ешқандай мәжбүрлеусіз тапсыратындығымды растаймын.

Мен, менің қанымды АИТВ, мерезге, В және С гепатитіне және басқа да инфекцияларға тексерілетіндігіне келісімімді беремін. Осы инфекциялар маркерлеріне тексеру оң нәтиже берген жағдайда деректер диагнозды анықтау және емдеу туралы шешімді қаблдау үшін тиісті емдеу ұйымдарына беріледі.

Мен, менің қаныма зертханалық тексерулер тек пациенттің қауіпсіздігі үшін ғана жүргізілетінін түсінемін.

Маған менің дербес мәліметтерім Қан орталығының дерекқорына енгізілетіні туралы ескертілді .

Мен донорлыққа қатысу үшін жіберілетін ақпаратты алуға келісімімді беремін (иә/жоқ).

Маған жалған мәліметтер берген жағдайда, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жауапқа тартылуым мүмкін екендігі ескертілді.

Мен _____ тілінде дәрігер _____ түсіндіруімен жоғарыда аталған барлық сұрақтарға түсінгенімді растаймын.

Донордың қолы_____ Дәрігердің қолы_____

Күні_____

Анкета донора

Благодарим Вас за желание помочь нуждающимся в донорской крови пациентам!

Пожалуйста, ответьте откровенно на предложенные Вам вопросы (отвечая на вопросы, поставьте "да" или "нет").

Откровенные ответы на эти вопросы необходимы для обеспечения Вашей безопасности как донора и безопасности пациента, которому будет перелита Ваша кровь.

Ф.И.О. (при его наличии) донора_____

Дата рождения_____ Пол_____e-mail_____

Код КАТО _____

Домашний адрес (фактический и по прописке)_____

_____

Домашний телефон_____ Мобильный телефон_____

Рабочий телефон_____ Место работы, учебы_____

№ п/п	Вопросы	Ответы
	1. Общее состояние здоровья и эпидемиологическое окружение	
1.	Хорошее ли у Вас общее самочувствие?	
2.	Отдыхали ли Вы ночью?	
3.	Производилось ли за последние 14 дней удаление зубов?	
4.	Употребляли ли алкоголь за последние 48 часов?	
5.	Проводились ли Вам за последние 12 месяцев прививки? Если "да", то укажите, какие:	
6.	Обращались ли Вы за медицинской помощью за последние 6 месяцев?	
7.	Вам переливали за последние 12 месяца (целесообразно, если минимальный срок карантинного хранения плазмы будет также 4 мес) донорскую кровь или ее компоненты?	
8.	Вам проводили за последние 4 месяца хирургические операции (в том числе косметологические?)	
9.	Принимали ли Вы за последние 2 недели лекарственные препараты, включая аспирин или антибиотики, а также гормоны роста?	
10.	Делали ли Вам за последние 4 месяца внутривенные или внутримышечные инъекции?	
11.	Делали ли Вам за последние 4 месяца иглоукалывание, татуировки, пирсинг?	
12.	Были ли у Вас случаи немотивированного подъема температуры, потери веса, обмороки, ночные поты, головная боль?	
13.	Болели ли Вы малярией, туберкулезом, бруцеллезом, сифилисом?	

14.	Связана ли Ваша работа или хобби с опасностью для своей жизни или окружающих (управление транспортным средством, нахождение в высотных или подводных условиях, работа с электросетями под высоким напряжением и так далее).	
15.	Вы ознакомлены с информацией о СПИДе (ВИЧ-инфекции) и вирусных гепатитах?	
16.	Меняли ли Вы фамилию? Если да – укажите предыдущую.	
2. Были ли у Вас когда-либо серьезные заболевания, такие как:		
17.	Желтуха, малярия, туберкулез, ревматизм?	
18.	Болезнь сердца, высокое или низкое артериальное давление?	
19.	Тяжелая аллергия, астма?	
20.	Судороги или заболевания нервной системы?	
21.	Хронические болезни, такие как диабет или онкологические заболевания?	
3. Были ли у Вас:		
22.	Выезд за рубеж за последние 3 года? Назовите страну?	
23.	Сдавали ли Вы когда-нибудь кровь как донор?	
24.	Были ли отводы от дачи крови?	
4. Дополнительно для женщин:		
25.	Беременны ли Вы сейчас и была ли беременность за последние 6 месяцев?	
26.	Кормите ли Вы грудью?	
5. Дополнительно для самооценки:		
27.	Производили ли Вы себе когда либо инъекции каких-либо лекарственных или наркотических средств? Принимали ли Вы когда-нибудь плату за услуги сексуального характера? За последние 12 месяцев были ли у Вас сексуальные связи с лицами, которые: -инфицированы ВИЧ или вирусом гепатита -внутривенно принимали наркотические средства -получают или получали плату за услуги сексуального характера -с другими мужчинами? (для мужчин) Переносили ли Вы заболевания, передающиеся половым путем? Имели ли Вы контакты с больным гепатитом (в семье или на работе)? Имело ли место попадание крови другого человека на Вашу слизистую оболочку или укол инъекционной иглой?	
	Если у Вас за последние шесть месяцев имеется причина ответить "да" на один или более вопросов пункта 27 – поставьте галочку	

Я заявляю, что полностью понял(а) все вопросы анкеты и ответил(а) на них правдиво, осознавая значимость этой информации для меня и здоровья пациента.

Я подтверждаю, что даю кровь или ее компоненты добровольно, без принуждения и моя кровь или ее компоненты могут быть использованы для медицинских целей.

Я даю согласие на то, что моя кровь будет обследована на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С и другие инфекции. В случае получения положительных результатов тестов на маркеры данных инфекций сведения будут переданы в соответствующие медицинские организации для уточнения диагноза и принятия решения о лечении.

Я понимаю, что лабораторные исследования моей крови проводятся исключительно в целях безопасности пациентов.

Я предупрежден(а) о включении моей персональной информации в базу данных Центра крови.

Я согласен (согласна) на получение информационных рассылок с целью приглашения для участия в донорстве (да/нет).

Я предупрежден(а), что в случае предоставления недостоверных сведений могу быть привлечен (а) к ответственности в соответствии с законодательством Республики Казахстан.

Я подтверждаю, что полностью понял(а) все перечисленные выше вопросы, которые были разъяснены мне на _____ языке врачом _____

Подпись донора_____ Подпись врача_____ Дата_____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 408/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 408/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ДОНОРЛАРДЫ ИММУНДАУ ЕМШАРАЛАРЫН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ ПРОЦЕДУР ИММУНИЗАЦИИ ДОНОРОВ

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

1. Иммундауды жүргізуші адам толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Заполняется лицом, проводящим иммунизацию. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

№ 408/е-н. 2-беті

Стр. 2 ф. № 408/у

Р/с № № п/п	Иммундалушы донор Иммунизируемый донор			Антигеннің төлқұжаттық деректері Паспортные данные антигена			
	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Фенотип		Атауы Наименование	Серия немесе затбелгі нөмірі (титр) Номер серии или номер этикетки (титр)	Бақылаушының нөмірі немесе антиген - донорының қан тобы мен резус - тиістілігі Номер контролера или группа и резус принадлежность крови донора антигена	Дайындаушының немесе антиген - донорының тегі, аты, әкесінің аты Изготовитель или фамилия, имя, отчество донора-антигена
		АВО	Резус - актор				
1	2	3	4	5	6	7	8

№ 408/е-н. артқы беті

разворот ф. № 408/у

Иммундау туралы жазба запись об иммунизации						
Р/с № курсы		Антиген енгізу			Донордағы антидене	Иммундауға жауапты адамның

циклы № п/п курс цикл	Күні Дата	тәсілі Способ введения антигена	Енгізілген антиген мөлшері Количество введенного антигена	Антиген енгізуге қандай реакция болды Реакция на введение антигена	титрі Титр антител у донора	қолы Подпись ответственного за иммунизацию
9	10	11	12	13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 409/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 409/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ДОНОРЛАРДЫ ИММУНДАУДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ
ВЕДОМОСЫ
ВЕДОМОСТЬ
УЧЕТА ИММУНИЗАЦИИ ДОНОРОВ

20__ жылы (год) _____ үшін (за)

"БЕКІТЕМІН" "УТВЕРЖДАЮ"

_____

ұйым басшысы (руководитель организации)

20__ жылғы (года) "__" _____

	Донорлар саны Количество доноров			
		О.і. иммундау курсын	курс біткен соң жіберілгендер	

Р/с № п/п	бір айда барлығы всего за месяц	бастағандар в т.ч. начавших курс иммунизации	по окончании курса направленных на		шеттетілгендер отклонено
			Плазмаферезге Плазмаферез	қан тапсыруға дачу крови	
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Антигендік материалдың атауы наименование антигенного материала	Антигендік материалдың шығысы Расход антигенного материала			
	айдың басындағы қалдық остаток на начало месяца	кіріс приход	шығыс расход	айдың соңындағы қалдық остаток на конец месяца
7	8	9	10	11

20__ жыл (год) "__" _____

Иммундауға жауапты адам

(Лицо, ответственное за иммунизацию) _____

қолы (подпись)

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ДОНОРЛЫҚҚА ҚАТЫСУҒА НИЕТ БІЛДІРГЕН ТҰЛҒАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ КҮНДЕЛІГІ
ДНЕВНИК УЧЕТА ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ДОНОРСТВЕ

20____ жылғы (года) "___"_ _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Донорларды жинақтау бөлімінде халықтың донорлыққа келуі туралы мәліметтердің негізінде және қан, плазма, қан жасушаларын өтеусіз және ақылы донациялау мәліметтердің негізінде күнделікті толтырылады 2. Тегін және ақылы донорларға бірге жүргізіледі 3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ежедневно в отделении комплектования доноров на основании данных обращаемости населения к донорству и произведших донацию крови, плазмы, клеток крови безвозмездно и платно 2. Ведется совместно на безвозмездных и платных доноров 3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

	Қабылдау және жүгінулерді есепке алу Прием и учет обращений Донорлықтан шеттетілгендер Отводы от донации					
Күні Дата	Жүгінулердің барлығы	Қан және оның компоненттерінің донациясына дейінгі кезеңде шеттетілген жүгінулер	Бірыңғай ақпараттық донорлық орталықтың деркектері бойынша, оның ішінде	Донорлықтан мүлдем шеттетету себебінен По причине абсолютных	Донациялар араындағы аралықты сақтамайтын дықтан По причине	Аоғашқы зертханалық зерттеудің нәтижелері бойынша По

	Всего обращений	Отведено обращений на этапе до донации крови и ее компонентов	По данным единого донорского информационного центра в том числе	отводов от донорства	несоблюдения минимального интервала между донациями	результатам первичного лабораторного обследования
1	2	3	4	5	6	7

Қабылдау және жүгінулерді есепке алу Прием и учет обращений Донорлықтан шеттетілгендер Отводы от донации				
Дәрігердің қабылдауында, оның ішінде Врачом на приеме, в том числе	Соматикалық аурулар бойынша қабылдауда На приеме по соматическим заболеваниям	Инфекциялық аурулар бойынша қауіп-қатер тобына жатқызу себебінен На приеме по причине отнесения к группе риска по инфекционным заболеваниям	Өздігінен бас тарту себебінен По причине самоотвода	Өзге себептер По другим причинам
8	9	10	11	12

Донацияға жіберілді Допущено к донации								
Донорлардың санаты Категория доноров								
Донацияға жіберілгеннің барлығы Всего допущены к донации			Алғашқы донорлар Первичные доноры			Қайталап келген донорлар Повторные доноры		
Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қан жасушалары (клеток крови)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қан жасушалары (клеток крови)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қан жасушалары (клеток крови)
13	14	15	16	17	18	19	20	21

Донацияға жіберілді Допущено к донации			
Донорлардың түрлері (уәждемелері) Вид доноров (по мотивации)			
Өтеусіз донациялар Безвозмездные донации		Төлемақылы донациялар Платные донации	Туыст донац Родст донац
Қан орталығында В центре крови	Көшпелі жағдайда В выездных условиях		

Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қан жасушалары (клеток крови)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қан жасушалары (клеток крови)	Иммундық донорлар Имунные доноры	Изоиммундық донарлар Изоиммунные доноры	
22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Донорлар мен науқастарды типтеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
типирования доноров и больных

20__ жылғы (года) "__" _____ 20__ жылғы (года) "__" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рожде-ния	Жынысы Пол	Ұлты Нацио-нальность	Мекен-жайы Адрес	Кім жіберді Кто нап-равил	Диагнозы	Қан тобы Группа крови	Фенотип
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Форма

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

HLA-типтеу нәтижесі
результат HLA-типирования

МҰ (МО) _____

Бөлімше (Отделение)_____

Реципиенттің немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора)_____

_____

Туған күні (Дата рождения)_____

ДНҚ нөмірі (Номер ДНК) _____

Зерттеу материалы (Материал для исследования)_____

Қанды алу күні (Дата забора крови)_____

Қанды қабылдау күні (Дата поступления крови)_____

HLA-	Нәтижесі (Результат)	Типтеу әдісі (Метод типирования)
A		
B		
Cw		
DRB1		
DQB1		

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Бөлім меңгерушісінің қолы (Подпись заведующей отделом) _____

Талдау жасау күні (Дата постановки анализа) _____

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 410-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-4/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов определения HLA-антител серологическим и ИФА методами

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р\с № п\п	ТАӘ ФИО	Туған жылы Дата рождения	Кім жіберді Кто направил	Диагнозы Диагноз
1	2	3	4	5

Қан тобы, Rh-факторы Группа крови, Rh-фактор	Сенсибилизация % сенсибилизации	Антиденелер түрлері Специфичность антител	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись
6	7	8	9	10

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы
Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики типирования

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р\с № п\п	Талдау жасаған күні Дата исследования	ДНК үлгісінің нөмірі Номер ДНК	ДНК концентрациясы Концентрация ДНК	Үлгінің штрих коды Штрих код образца	Зерттеу әдісі Методы исследования	Дәрігердің қолы Подпись врача
1	2	3	4	5	6	7

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы
Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р\с № п\п	Талдау жасау күні Дата исследования	Үлгінің штрих коды Штрих код образца	ДНК үлгісінің нөмірі Номер ДНК	ДНК концентрациясы Концентрация ДНК	Анықталатын локустар Определяемые локусы
1	2	3	4	5	6

Қолданылған праймер фирмасы және сериясы Применяемые фирмы праймера и серия	Пайдаланылған полимеразаның түрі және сериясы Применяемый вид и серия полимеразы	Қоспа дайындаушының қолы Подпись готовившего смесь	Ескертпе Примечание
7	8	9	10

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

ДНК № р/с ДНК п/н	Бөлінген күні Дата выделения	ТАӘ немесе үлгі № ФИО или № образца	Жолдаған МҰ Направляющая МО	Диагнозы Диагноз	ДНК концентрациясы Концентрация ДНК	Колы Подпись
1	2	3	4	5	6	7

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации приема и выдачи анализов

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Күні Дата	МҰ МО	Донор немесе науқастың ТАӘ ФИО пациента или донора	Қан үлгісін зертеу мақсаты Цель исследования образца крови	Жарамсыздықтың себебі Причина брака
1	2	3	4	5	6

Курьердің қолы Подпись курьера	Қабылдаған адамның қолы	Талдау нәтижесін беру күні	Нәтижені қабылдаған адамның қолы	Талдау нәтижесін берген адамның қолы Подпись выдавшего

	Подпись принявшего	Дата выдачи результата анализа	Подпись принявшего результат	результаты анализов
7	8	9	10	11

Форма

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А5 форматы
Формат А5

Нысанның БҚСЖ бойынша коды _____ Код формы по ОКУД
ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Минстерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 410-9/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама
Направление на определение лейкоцитарных антител
Материал түрі (Вид материала):

☐ CDC	☐ антикоагулянты бар қан (кровь с антикоагулянтом)

А5 форматы
Формат А5

Нысанның БҚС Код формы по
ҚҰЖЖ бойынша Код организа

Қазақстан Ре
Денсаулық са
министрлігі
Минстерство
здравоохране
Республики К

Ұйымның атау
Наименование
организации

☐ ИФА	☐ антикоагулянты бар қан (кровь с антикоагулянтом)

МҰ (МО)_____
Бөлімше (Отделение)_____
Реципиенттің немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора)_____
_____
_____
Туған күні (Дата рождения)_____
Типтеу әдісі (Метод типирования):

☐ CDC	☐ сенсабилизациялау пайызы/процент сенсибилизации
☐ ELISA (ИФА)	☐ сенсабилизациялау пайызы процент сенсибилизации ☐ рекшелігі/специфичность

Ұлты(Национальность)_____
Мекенжайы, тел (Домашний адрес, тел)_____
Диагнозы (Диагноз)_____
Гематрансфузиялық анамнез_____
Гемотрансфузионный анамнез
Акушерлік сыртартқы
(Акушерский анамнез)_____
АВО мен Rh(АВО и Rh)_____
Емдеуші дәрігердің ТАӘ
(ФИО лечащего врача)_____
Дәрігердің байланыс тел.
(Контактные тел. врача)_____
Қан алынған күн мен уақыты_____
Дата и время забора крови

Лейкоциттік а
Результат опр
МҰ атауы (Нап
Бөлімше (Отде
Реципиенттің
донора)_____
_____
_____
Туған күні (Д
рождения)____
Қан тобы мен
резус-тиістіл
(Группа крови
Талдау түрі
_____
(Метод опреде
Сенсибилизаци
Антиденелер е
(Специфичност
Дәрігердің қо
Талдау жасалы
(Дата постано
Талдауды беру
(Дата выдачи

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-10/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-10/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама
Направление на типирование по HLA-системе
Типтеу әдісі (Метод типирования):

Типтеу әдісін белгілеңіз: Отметьте метод типирования:	
☐ CDC	☐ гепаринді қан (гепаринизированння кровь) ☐ EDTA бар қан (Кровь с EDTA)
☐ SSP	☐ EDTA бар қан (Кровь с EDTA)
☐ SBT	☐ EDTA бар қан (Кровь с EDTA)
☐ SSO	☐ EDTA бар қан (Кровь с EDTA)

МҰ (МО)_____

Бөлімше (Отделение)_____

Реципиент немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора)_____
_____

Туған күні

(Дата рождения)_____

Ұлты (Национальность)_____

Мекенжайы, телефон _____

(Домашний адрес, телефон)

Диагнозы (Диагноз)_____

Гематрансфузиялық сыртартқы_____

(Гемотрансфузионный анамнез)

Акушерлік сыртартқы_____

(Акушерский анамнез)

Қан тобы мен резус тиістілігі_____

(Группа крови и резус-фактор)

ҚЖТ лейкоциттердің жалпы саны_____

(Количество лейкоцитов в ОАК)

Емдеуші дәрігердің ТАӘ (ФИО лечащего

врача)_____

Байланыс телефонда (Контактные телефоны)_____
_____

Қанды алу күні мен уақыты_____

(Дата и время забора крови)

Форма

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5

Нысанның БҚСЖ бойынша коды_____ Код формы по ОКУД
ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

А5 форматы
Формат А5

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-11/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 410-11/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

"Кросс-матч" үйлесімділігіне жеке сынамаға жолдама
Направление на индивидуальную пробу на совместимость "Кросс-матч"
Материал түрі (Вид материала):

Реципиент	☐ антикоагулянт бар қан (кровь с антикоагулянтом)
Донор	☐ EDTA бар қан (кровь с EDTA) ☐ литий-гепарині бар қан (кровь с литий-гепарином)

МҰ атауы (Наименование МО)_____
Бөлімше (Отделение)_____
Реципиент
ТАӘ (ФИО)_____
Қан тобы (Группа крови) _____
Туған түні_____
(Дата рождения)
Донор
ТАӘ (ФИО)_____
Қан тобы (Группа крови) _____
Туған түні_____
(Дата рождения)

Талдауға жолдаған дәрігердің қолы _____
(Подпись направившего врача)
Талдауға жодаған күні _____

Форма

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А5 форматы
Формат А5

Нысанның БҚСЖ бойынша коды_____ Код формы по ОКУД
ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Минстерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-12/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 410-12/у утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынамасына жолдама
Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе
Материал түрі (Вид материала):

Реципиент	☐ антикоагулянты бар қан (кровь с антикоагулянтом)

МҰ (МО)_____
Бөлімше (Отделение)_____
Реципиенттің немесе донордың ТАӘ
(ФИО реципиента или донора)_____
_____
Туған күні (Дата рождения)_____
Ұлты (Национальность)_____
Мекенжайы, телефон _____

А5 форматы
Формат А5

Нысанның БҚС коды_____ Код формы по
ҚҰЖЖ бойынша _____ Код организа

Қазақстан Ре
Денсаулық са
министрлігі
здравоохране
Республики К

Ұйымның атау
Наименование
организации

Тромбоциттерд
нәтижесі
Результат спе
МҰ атауы (На
Бөлімше (Отде
Реципиент
ТАӘ (ФИО)____
Қан тобы (Гру
Туған түні___

(Домашний адрес, телефон) Диагнозы (Диагноз)_____ Гематрансфузиялық сыртартқы_____ (Гемотрансфузионный анамнез) Акушерлік сыртартқы_____ (Акушерский анамнез) АВО мен Rh (АВО и Rh)_____ ҚЖТ тромбоциттерсаны_____ (Количество тромбоцитов в ОАК) Емдеуші дәрігердің ТАӘ (ФИО лечащего врача)_____ Байланыс телефондар (Контактные телефоны)_____ Қанды алған күні мен уақыты_____ (Дата и время забора крови_____	(Дата рожден Донор ТАӘ (ФИО)____ Сынама нәтиж (Результат п Дәрігердің қ Талдау күні _

Форма

А3 форматы Формат А3	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-13/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-13/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 410-13/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-14/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы: Наименование организации:	Медицинская документация Форма № 410-14/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

"КРОСС-МАТЧ" ҮЙЛЕСІМДІЛІГІНЕ СЫНАМА НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОБЫ НА СОВМЕСТИМОСТЬ "КРОСС-МАТЧ"

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "_____ аяқталды (окончено)

Мұрағатқа тапсырылған күні 20_ жылғы "____"_____

Рет № п/п	МҰ МО	Реципиенттің ТАӘ ФИО реципиента	Қан тобы Группа крови	Резус факторы Резус фактор	Реципиенттің HLA-фенотипі HLA-фенотип реципиента
1	2	3	4	5	6

Донордың ТАӘ және коды ФИО и код донора	Донордың қан тобы Группа крови донора	Донордың резус факторы Резус фактор донора	Донордың HLA-фенотипі HLA-фенотип донора	Кросс-матч нәтижесі Результат кросс-матча	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись
1	2	3	4	5	6	7

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 411/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 411/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Донор қанын дайындауды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета заготовки донорской крови

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады 2. Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы доннациялар үшін бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады 3. Қан дозасы мен одан алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай 4. 7 – 12-бағандары бойынша қорытынды шығарылады 5. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. При большом объеме производства допускается ведение раздельных журналов учета для безвозмездных и платных донаций 3. Доза крови и полученные из нее компоненты имеют одинаковый идентификационный номер 4. Итог подводится по графам 7 – 12 5. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Донация күні Дата донации	Сәйкестік номері (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	АВ0 жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh факторы Rh фактор

1	2	3	4	5	6

Консервант		Дайындалған жаңа алынған қан Заготовленная кровь цельная		
Атауы Наименование	Мөлшері, мл Объем, мл	Консервантсыз, мл Без консерванта, мл	Консервантпен, мл С консервантом, мл	Зертханалық талдауға, мл На лабораторное исследование, мл
7	8	9	10	11

Бактериологиялық талдауға, мл Бактериологическое исследование, мл	Өндірістік жарамсыздық (қан контейнерінің ақауы, қан мөлшерінің аздылығы, қан алудың сәтсіздігі) Производственный брак (дефект гемоконтейнера, недостаток объема, неудачность забора крови)	Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт	Эксфузияға байланысты реакциялар Реакции, связанные с эксфузией	Медициналық көмек көрсету Оказание медицинской помощи	Бригада құрамы Состав бригады	Ескертпе Примечание
12	13	14	15	16	17	18

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 411-1/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымныңатауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 411-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 411-1/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсызын шығару журналы
Журнал
учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови

20__ жылғы(года) "___"_____ басталды (начато)	20__ жылғы(года) "__"_____ аяқталды (окончено)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады 2. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде тиісті бөлімдерге бағаң қосылады 3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауыштажүргізіледі	1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови 2.При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется графа в соответствующие разделы 3.Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации 4.Ведется в электронном варианте и(или) на бумажных носителях

Р-к №№ п/п	**Дайындау күні (дата заготовки)**	**Сәйкестендіру нөмірі (штрих-коштрихө кодды ж.б.) Идентификационный номер (штрих-код и др.)**	**Донордың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)**	**Группа крови и резус фактор**	**ҚДБ алынған қан компоненттерінің мөлшері (мл) Количество компонентов крови, полученных из ОЗК (м**			
					Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Лейкосүзілген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофильтрованная	Эритроцит жүзіндісі Эритроцитная взвесь	Лейк эритро Эрит в лейко
1	2	3	4		5	6	7	

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 412/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 412/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета производства компонентов донорской крови методом плазмацитафереза

20____ жылғы (года) "___"_____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__"_____аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады 2. Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы доннациялар үшін бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады 3. Мультикомпонентті донациямен алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай 4. 7 – 27, 32-бағандары бойынша қорытынды шығарылады 5. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша бағаң қолданылуы ықтимал	1. Заполняется ответственным лицом 2. При большом объеме производства допускается ведение раздельных журналов учета для безвозмездных и платных донаций 3. При мультикомпонентной донации полученные компоненты имеют одинаковый идентификационный номер 4. Итог подводится по графам 7 – 27, 32 5. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале допускается применение дополнительной графы 6. Страницы должны быть пронумерованы,

6. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс	прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік №	Донация күні Дата донации	Сәйкестік номері (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh факторы Rh фактор
1	2	3	4	5	6

Жаңа алынған қанның консервантпен бірге мөлшері, мл Объем цельной крови с консервантом, мл					Талдауға алынған қан, мл Кровь на анализы, мл	Консервант, мл (CPD, CPD-A, Цитрат Na 4%)	Қосымша ерітінді, мл (SAGM,	Реинфузия мөлшері, мл Объем реинфузии, мл
Дискретті плазмаферез Плазмаферез дискретный		Аппаратты Аппаратный						
1-реттік 1-кратный	2-реттік 2-х кратный	Плазмаферез	Цитаферез	Плазма / Цитаферез				
7	8	9	10	11	12	13	14	15

Алынған қан компонентері (мөлшері / жасушалар саны) Полученные компоненты крови (объем / число клеток)								
Аферездік плазма (дискретті), мл Плазма аферезная (дискретная), мл					Тромбоциттер (л / ф, аферездік) Тромбоциты (л / ф, аферезные)		Эритроциттік (л / ф, аферездік) Эритроцитная (л / ф, аферезная)	
Жаңа мұздатылған замороженная	Жаңа мұздатылған лейкофильтрленген Свежезамороженная лейкофильтрованная	Иммунды Иммунная	Антиденелер титрі Титр антител	Мұздатылған Замороженная	Жасушалар саны, х1011 Число клеток, х1011	Мөлшері, мл Объем, мл	Массасы, мл Масса, мл	Жүзінді, мл Взвесь, мл
16	17	18	19	20	21	22	23	24

Өндірістік жарамсыздық Производственный брак		Трансфузиядан кейінгі реакция Посттрансфузионная реакция	Медициналық көмек көрсету Оказание медицинской помощи	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передана продукция (название отделения)		Ескертпе Примечание
Мөлшері / Саны Объем / Количество	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака			Бөлімшенің атауы название отделениия	Сапа бақылауы Контроль качества	
27	28	29	30	31	32	33

А4 форматы Формат А4	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 412-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымныңатауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 412-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010года № 907

Сноска. Форма № 412-1/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерінің жарамсыздығын есепке алу журналы
Журнал
учета выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток

20__ жылғы(года) "___"_____ ___басталды (начато)	20__ жылғы(года) "__"_____ аяқталды (окончено)
1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады.	2. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется в соответствующие разделы.
2. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге бағаң қосылады	3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью
3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі	

, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауыштажүргізіледі 1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию крови и ее компонентов.	руководителя организации. 4.Ведется в электронном варианте и (или) на бумажных носителях

Р/с № п/п	**Дайындау күні (дата заготовки)**	**Сәйкестендірунөмірі (таңбасы, штрих-коды жәнебасқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)**	**Донордыңтегі, аты, әкесініңаты (болғанжағдайда) Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)**	**Қантобы , резус факторы Группа крови, резус фактор**	**ҚДБ алынғанкомпоненттің саны Количество компонентов, полученных из ОЗК (мл)**		**Берілді**
					Жаңамұздатылғанаферезді плазма (Плазма свежезамороженная аферезная)	Тромбоциттер концентраты (Концентрат тромбоцитов аферезный)	Жаңамұ аферез П свежеза афе Берілге күні Дата выдачи
1	2	3	6		7	8	9

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета производства компонентов донорской крови

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

Жауапты адам толтырады Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы доннациядан алынған компоненттерге бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады Қан дозасы мен одан алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай 6 – 20, 22, 25, 26-бағандары бойынша қорытынды шығарылады Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша бағаң қолданылуы ықтимал Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс * – "ерекше клиникалық көрсетілім" жағдайына нұсқайды	Заполняется ответственным лицом При большом объеме производства допускается ведение раздельных журналов учета для компонентов, полученных от безвозмездных и платных донаций Доза крови и полученные из нее компоненты имеют одинаковый идентификационный номер Итог подводится по графам 6 – 20, 22, 25, 26 При производстве компонентов крови, не указанных в журнале допускается применение дополнительной графы Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации * – указывает на "особые клинические показания"

Реттік № Порядковый №	Күні Дата	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh факторы Rh фактор	Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қаннан алынған компоненттер (мл/доза) Компоненты, полученные из крови цельной, стабилизированной консервантом (мл/доза)		
					Лейкофильтрленген жаңа алынған қан* Цельная кровь* лейкофильтрованная	Плазма Плазма	
						Жаңа мұздатылған Свежезамороженная	Лейкофильтрл жаңа мұздатылған Свежезаморож лейкофильтрс
1	2	3	4	5	6	7	8

	Эритроциттер (эритроциттік масса - болған

Плазма Плазма			жағдайда (бұдан әрі - ЭМ), лейкоциттік-тромюоциттік қабат - болған жағдайда (бұдан әрі – ЛТҚ) / лейкоциттік масса - болған жағдайда (бұдан әрі - ЛМ), эритроциттік жүзінді - болған жағдайда (бұдан әрі - ЭЖ) Эритроциты (эритроцитная масса – при наличии (далее – ЭМ), лейкотромбоцитарный слой – при наличии (далее – ЛТС / лейкоцитная масса – при наличии (далее – ЛМ), Эритроцитная взвесь – при наличии (далее – ЭВ)		
Мұздатылған Замороженная	Иммундық жаңа мұздатылған Свежезамо-роженная иммунная	Лейкофильтрленген иммундық жаңа мұздатылған Свежезамороженная иммунная лейкофильтрованная	ЭМ	ЛМ алынған ЭМ ЭМ с удаленным ЛМ	ЛТҚ ЛТС
9	10	11	12	13	14

Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қаннан алынған компоненттер (мл/доза) Компоненты, полученные из крови цельной, стабилизированной консервантом (мл/доза)					
Эритроциттер (ЭМ, ЛТҚ/ЛМ, ЭЖ) Эритроциты (ЭМ, ЛТС/ЛМ, ЭВ)				Тромбоциттер Тромбоциты	
Лейкофильтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофильтрованная	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	ЛТҚ алынған эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь с удаленным ЛТС	Лейкофильтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофильтрованная	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан Восстановленные из дозы ЦК	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан лейкофильтрленген Восстановленные из дозы ЦК лейкофильтрованные
15	16	17	18	19	20

Өндірістік жарамсыздық Производственный брак			Өнім қайда жіберілді Куда передана продукция			Ескертпе Примечание
Қан компонентінің атауы Наименование компонента крови	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака	Бөлімше атауы Название отделения	Бактериологиялық зерттеу Бактериальное исследование	Сапа бақылауы Контроль качества	

21	22	23	24	25	26	27

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-1/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы
Журнал учета производства клеточных компонентов донорской крови

20___ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады 2. 8 – 24 және 26-бағандары бойынша қорытынды шығарылады 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша бағаң қолданылуы ықтимал 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 5. * – "ерекше клиникалық	1. Заполняется ответственным лицом 2. Итог подводится по графам 8 – 24 и 26 3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале 4. допускается применение дополнительной графы 5. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

көрсетілім" жағдайына нұсқайды	6. * – указывает на "особые клинические показания"

Реттік № Порядковый № Реттік № Порядковый №	Күні Дата	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика-ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh факторы Rh фактор
1	2	3	4	5	6

Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	Қан* және оның жасуша компоненттері өндірілді (мл/доза) Произведено крови* и ее клеточных компонентов (мл/доза)					
	Емшараға дейінгі мөлшері Объем до процедуры	Эритроциттер (жаңа алынған қан*) Эритроциты (кровь цельная*)				
		Лейкофильтрленген жаңа алынған қан* Кровь цельная* лейкофильтрованная	Жуылған эритроциттер (лейкофильтрленген) Эритроциты отмытые (лейкофильтрованные)	Лейкофильтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофильтрованная	Лейкофильтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофильтрованная	Л э м Э м у Л
7	8	9	10	11	12	1

Қан* және оның жасуша компоненттері өндірілді (мл/доза) Произведено крови* и ее клеточных компонентов (мл/доза)					
ЛТҚ ЛТС	Рәсімге дейінгі мөлшері Объем до процедуры	Тромбоциттер Тромбоциты			
		Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан Восстанов-ленные из дозы ЦК	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан, біріктірілген Восстановленные из дозы ЦК, пулированные		

			Лейкофильтрленген Лейкофильтрованные	Лейкофильтрленген Лейкофильтрованные	Вирустазартылған Вирусинактивированные	Лейкофильтрленген вирустазартылған Лейкофильтрованные вирусинактивированные
15	16	17	18	19	20	21

Өндірістік жарамсыздық Производственный брак			Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передана продукция (название отделения)	Ескертпе Примечание
Қан компонентінің атауы Наименование компонента крови	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака		
25	26	27	28	29

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-2/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Донор плазмасынан криопреципитатты өндіруді есепке алу журналы
Журнал учета производства криопреципитата из донорской плазмы

20____ жылғы(года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)
1. Жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Жаңа мұздатылған плазманың - болған жағдайда (бұдан әрі ЖМП) паспорты (карантинделген) Паспорт плазмы свежезамороженной - при наличии (далее – СЗП) (карантинизированной)					Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	ЖМП-ны еріту күні мен режимі (t^0C, уақыты) Дата и режим (t^0C, время) оттаивания СЗП	ЖМП-ны центрифугалау күні мен режимі (айналым, t^0C, уақыты) Дата и режим (обороты, t^0C, время) центрифугиров СЗП
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh факторы Rh фактор	ЖМП-ң бастапқы мөлшері (мл/доза) Исходный объем СЗП (мл/доза)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Алынған өнімдер						Өндірістік жарамсыздық Производствен-ный брак		
Криопреципитат (карантинделген) (карантинизирован)		Супернатанттық плазма (карантинделген) Плазма супертантная (карантинизированная)						
Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передан продукт (название отделения)	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передан продукт (название отделения)	Бактериологиялық зерттеу Бактериологическое исследование	Сапа бақылауы Контроль качества	Компонент атауы Наименование компонента	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарам шығар себеб Причи брака
10	11	12	13	14	15	16	17	18

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-3/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы
Журнал
учета производства плазмы свежезамороженной вирусинактивированной

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Бастапқы плазма компонентінің паспорты (плазма, л/ф плазма, біріктірілген плазма, аферезді плазма, иммунды плазма және т.б.) Паспорт исходного плазменного копонента (плазма, плазма л/ф, плазма пулированная, плазма аферезная, плазма иммунная и др.)						
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифи-кационный	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя,	Компонент атауы	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по	Rh факторы Rh фактор	Бастапқы мөлшері,

		номер (марка, штрих-код и др.)	отчество донора	Наимено-вание компонента	системе АВ0		мл Исходный объем, мл
1	2	3	4	5	6	7	8

Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	ЖМП-ны еріту күні және режимі (t^0С, уақыт,) Дата и режим размораживания СЗП (t^0С, время)	Вируста-зартылған жаңа мұзда-тылған плазма Мөлшері / Саны, мл/доза Плазма свезамо-роженная вирусинак-тивиро-ванная Объем / Количество, мл/доза	Өндірістік жарамсыздық Производственный брак		Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передана продукция (название отделения)	Ескертпе Примечание
			Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыз-дыққа шығару себебі Причина брака		
9	10	11	12	13	14	15

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-4/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу журналы
Журнал учета производства эритроцитов замороженных

20____ жылғы (года) "___"_____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__"_____ аяқталды (окончено)
1. Жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Бастапқы эритроциттік компонентінің паспорты (л/ф жаңа алынған қан, л/ф эритроциттік масса, л/ф эритроциттік жүзінді және т.б.) Паспорт исходного эритроцитного копонента (кровь целная л/ф, эритроцитная масса л/ф, эритроцитная взвесь л/ф и др.)						
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқа) Идентифи-кационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	Компонент атауы Наимено-вание компонента	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh факторы Rh фактор	Бастапқы мөлшері, мл Исходный объем, мл
1	2	3	4	5	6	7	8

Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	Алдын ала дайындау режимі (t^0C, уақыт) Режим предвари-тельной подготовки (t^0C, время)	I-ші центри-фугалау режимі (t^0C, уақыт, айналым) I-ый режим центрифу-гирования (t^0C, время, обороты)	Алынған эритроциттік концентраты I Полученнный эритроцитный концентрат I		I I-ші центрифу-галау режимі (t^0C, уақыт, айналым) I I-ой режим центрифу-гирования (t^0C, время, обороты)	Криопротектор (атауы, концентрациясы %, қолданған мөлшері мл) Криопротектор (наименование, концентрация % , использованный объем мл)
			Мөлшері, мл Объем, мл	Гематокрит, %		

9	10	11	12	13	14	15

Алынған эритроци концентраты I I Полученнный эритроцитный концентрат I I		Мұздатылған эритроциттер Замороженные эритроциты				
Мөлшері, мл Объем, мл	Гематокрит, %	Криопротектор / жалпы көлем % Криопротектор / общий объем %	Мөлшері, мл Объем, мл	Гематокрит %	Өнім коды Код продукта	Мұздату t^0C t^0C замораживания
16	17	18	19	20	21	22

А4 форматы Формат А4	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма № 413-5/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года№ 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы
Журнал
учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов

20___жылғы (года) "___"_____ __басталды (начато)	20____жылғы (года) "__"_____ _аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады (заполняется ответственным лицом)

2. Компоненттің атауы шығарылатын өнім номенклатурасынасәйкес өзгертілуі мүмкін

(наименование компонента может быть изменено в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)

3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

(страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)

4. Электрондық нұсқадажәне(немесе) қағаз тасымалдауыштажүргізіледі

(ведется в электронном варианте и (или) на бумажных носителях)

Күні (дата)	**Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) (код продукции до облучения)**	**Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) (код продукции после облучения)**	**АВО жүйесі бойынша қан тобы (группа крови по системе АВ0)**	**Rh фактор (Rh фактор)**	**Қан компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) (откуда принят компонент крови, название отделения)**	**Емшарағадейінгімөлшері (объем до процедуры)**	**Сәулеленген қан* және с**		
							Жуылғанлейкофильтрленген эритроцит тер (эритроциты отмытые лейкофильтрованные)		Лейк
							д	мл	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-6/у утверждена приказом и.о. министра

	здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы
Журнал учета производства фибринового клея из дозы донорской плзмы

20____ жылғы (года) "___"_____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__"_____ аяқталды (окончено)
1. Жауапты адам толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Жаңа мұздатылған плазманың паспорты (карантинделген) Паспорт плазмы свежезамороженной (карантинизированной)					Жаңа мұзда-тылған плазма қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принята плазма свежеза-мороженная (названание отделения)	ЖМП-ны еріту күні мен режимі (t^0C, уақыты) Дата и режим (t^0C, время) размора-живания СЗП
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентифика-ционный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh факторы Rh фактор	ЖМП-ң бастапқы мөлшері (мл/доза) Исходный объем СЗП (мл/доза)		
1	2	3	4	5	6	7	8

Алынған плазманың туындылары (компоненттері) мұздатылған Полученные дериваты (компоненты) плазмы заморожены					
Фибрин желімі (карантинделген) Фибриновый клей (карантинизированный)				Супернатантты плазма (карантинделген) Плазма супертантная (карантинизированная)	
			Өнім қайда		Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт

Криопреципитат: Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Тромбин: Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Мұздату режімі (t0С, уақыты) Режим замораживания (t^0С, время)	жіберілді (бөлімше атауы) Куда передан продукт (название отделения)	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Бөлімше атауы Название отделения	Бактери-ологиялық зерттеу Бактериоло-гическое исследование	Сапа бақылауы Контроль качества
9	10	11	12	13	14	15	16

Өндірістік жарамсыздық Производственный брак			Ескертпе Примечание
Компонент атауы Наимено-вание компонента	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака	
17	18	19	20

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413-7/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процесін тіркеу журналы
Журнал регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов

20____ жылғы (года) "___"_____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__"_____ аяқталды (окончено)
1. Жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі , мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Мұздату күні Дата замораживания	Өнім атауы Наименование продукта	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Өнімнің мөлшері, мл Объем продукта, мл
1	2	3	4	5

Мұздату режімі Режим замораживания			Аппараттың № және атауы № и наименование аппарата	Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт	Ескертпе. Техниктің қолы Примечание. Подпись техника
t^0C	Басталуы, сағат, минута Начало, час, минута	Аяқталуы, сағат, минута Конец, час, минута			
6	7	8	9	10	11

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 414/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 414/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

	Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
производства криоконсервированных компонентов крови

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Бөлімшенің жауапты тұлғасы толтырады 2. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін дайындаған кезде тиісті бөлімдерге бағаннан қосылады 3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом отделения 2. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы 3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р-к № № п/п	Сәйкестендіру нөмірі (таң басы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі , аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh –факторы Rh –фактор	Қан компоненттерін дайындау күні Дата заготовки компонента крови
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Криоконсервіленген Криоконсервирование				Сақтау орны және контейнердің № № контейнера и место его хранения	Жауапты тұлғаның ТАӘ ФИО ответствен-ного лица	Еріген күні Дата размора-живания
Қан компонент-терінің атауы Наименование компонента крови	Мөлшері (мл) Количество(мл)	Криопро-тектор саны, литр Количество криопро-тектора в литрах	Мұздату күні Дата замораживания			
7	8	9	10	11	12	13

продолжение таблицы

Шаю рәсімі Процедура отмывания			Өлшейтін ерітінді Взвешивающий раствор		Жасуша жүзіндісінің соңғы көлемі (мл/доз) Конечный объем взвеси клеток (мл/доз)	Жауапты тұлғаның ТАӘ ФИО ответствен-ного лица
Әдісі (қолмен/ аппаратпен) Метод (ручной/ аппаратный)	Шаю ерітінді-сінің атауы Название отмывающего раствора	Шаю ерітіндісінің мөлшері литр Количество отмывающего раствора в литрах	Атауы Название	Саны, литр Количество в литрах		
14	15	16	17	18	19	20

продолжение таблицы

Компоненттер қайда берілді Куда передан компонент			Өндірістік жарамсыздық Производственный брак			Ескертпе Примечание
Қайда (бөлімше, блок атауы) Куда (название отделения, блока)	Уақыты, күні Время, дата	Жөнелтпе № № накладной	Компоненттің атауы Наименование компонента	саны (мл/доз.) Количество (мл/доз)	Себебі причина	
21	22	23	24	25	26	27

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 415/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 415/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации компонентов крови, находящихся на временном изолированном хранении

20____ жылғы(года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончено)
1. Қан компоненттерін уақытша сақтау, жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется лицом, ответственным за временное хранение, выбраковку и паспортизацию компонентов крови 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с №№ п/п	Донордың ТАӘ ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентифика-ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки	Тестілеу күні Дата тестирования	Уақытша оқшаулауға салынған күн Дата закладки на временное изолированное	Кешіктірілген компоненттерінің мөлшері, мл. Количество задержанных компонентов мл.	
						Эритроциттік масса Эритроцитная масса,	эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь
1	2	3	4	5	6	7	8

Кешіктірілген компоненттерінің мөлшері, мл. Количество задержанных компонентов в мл.			Кешіктірудің себебі Причина задержки
Карантиндеуден жаңа мұздатылған плазма плазма свежезамороженная из карантинизации,	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	
9	10	11	12

Зерттеудің түпкілікті нәтижесі, күні Окончательный результат исследования, дата	Компонент қайда жіберілді (кәдеге жаратуға, препараттарға) Куда передан компонент (на утилизацию, на препараты)	Берілген күні Дата передачи	Есептен шығару актісінің нөмірі Номер акта списания	Есептен шығару күні Дата списания
13	14	15	16	17

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 416/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 416/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ЕРІТІНДІЛЕР БӨЛМЕСІНІҢ ЖҰМЫСЫН ЕСЕПКЕ АЛУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
УЧЕТА РАБОТЫ РАСТВОРНОЙ

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Ерітінділерді дайындау барысында фармацевт толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс.	1. Заполняется фармацевтом по мере изготовления растворов 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Күні Дата	Ерітіндінің атауы Наименование раствора	Ерітінді құрамы Состав раствора	Бастапқы реактивтердің төлқұжат деректері (сериясы, талдау №, шығарған зауыт және т.б.) Паспортные данные исходных реактивов (серия, № анализа, завод-изготовитель и т.д.)	Ерітінді сериясының № № серии раствора
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Ерітінді көлемі (л) Объем раствора (л)	Шөлмек саны (дана) Количество бутылок (шт)	Құйылуы (мл) Фасовка (мл)	Тапсырыс беруші Заказчик	Берілген күні, фармацевтің қолы Дата выдачи, подпись фармацевта
6	7	8	9	10

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 417/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 417/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Медициналық ұйымдардың трансфузия ортасына берген өтінімдерін есепке алу журналы
Журнал учета заявок медицинских организаций на трансфузионные сред

20__жылғы (года) "_____" _____ басталды (начат)

20____жылғы (года) "_____" _____ аяқталды (окончен)

1. Емдеу-профилактикалық ұйымдардан деректердің келіп түсу барысында жауапты адам толтырады. 2. Беттер нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 3. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін	1. Заполняется ответственным лицом по мере поступления сведений из лечебно-профилактических организаций. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации. 3. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях

		Өтінімнің келіп түскен уақыты Время поступления заявки		МҰ атауы және	Өнімге өтінім берілетін науқастың тегі, жасы	Өтінім берілген орталардың атауы Наименование заявленных сред мл, доза	

Р/с № № п/п	Күні Дата	Шұғыл (уақыты) Экстренная (время)	Жоспарлы (уақыты) Плановая (время)	дәрігердің тегі Наимено-вание МО и фамилия врача	және диагнозы Фамилия, возраст и диагноз больного на которого заявляется продукция	Ортаның атауы Наимено-вание среды	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО	Резус-тиістілігі Резус-принадлеж-ность
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Өнім берілген өнімнің саны Количество заявленной продукции	Жіберілген өнімнің көлемі Количество отпущенной продукции	Жіберілген уақыты Время отправления	Орындаушының тегі, қолы Фамилия исполнителя, роспись	Ескертпе Примечание
10	11	12	13	14

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау инистрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 418/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 418/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығы бойынша есептен шығаруды тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации списания крови и ее компонентов по браку

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығаруға , паспорттауға жауапты адам толтырады 2.6-29-бағандар бойынша қорытынды күнде шығарылады 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіргенде тиісті бөлімшелерге баған қосылады 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови 2. Ежедневно подводится итог по графам 6-29 3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы 4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Донордың Т.А.Ә. ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика-ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки	Тестілеу күні Дата тестирования
1	2	3	4	5

Себептер бойынша есептен шығару саны (мл/доз) Количество списания (мл/доз) по причине						
АИТВ 1,2 ВИЧ 1,2				HBsAg		
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороже
6	7	8	9	10	11	12

		Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.) Количество списания (мл/доз) по причине			
		Lues			
Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо-роженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо-роженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
16	17	18	19	20	21

Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.) Количество списания (мл/доз) по причине					
ПТР ПЦР				Басқа себептер Другие причины	
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо-роженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстанов-ленные из дозы цельной крови	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь
22	23	24	25	26	27

Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.) Количество списания (мл/доз) по причине				Компонент қайда жіберілді Куда направлен компонент	Жауапты адамның қолы Подпись ответствен-ного лица
Басқа себептер Другие причины					
Жаңа мұздатылған плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер	Есептен шығару актісінің	Есептен шығару күні		

Плазма свежезамороженная	Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	нөмірі Номер акта списания	Дата списания		
28	29	30	31	32	33

Форма

А4 форматы Формат А4	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 418-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 418-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации компонентов крови по относительному браку

20____ жылғы (года) "___"_____басталды (начато)	20____ жылғы(года) "__"_____ аяқталды (окончено)
1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығаруға, паспорттауға жауапты адам толтырады 2.6-29-бағандар бойынша күнде қорытынды шығарылады 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіргенде тиісті бөлімшелерге бағаң қосылады. 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови 2. Ежедневно подводится итог по графам 6-29 3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы 4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № № п/п	Донордың Т.А.Ә. ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и другие)	Дайындау күні Дата заготовки	Тестілеу күні Дата тестирования
1	2	3	4	5

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза)					
Аз дозасы Неполная доза		Хилез			
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
6	7	8	9	10	11

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза)		
Оң нәтижелі "К" антигені Антиген "К" положительный		
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
12	13	14

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза)			
АЛТ			
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
15	16	17	18

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза)			
АВО және резус жүйесі бойынша сәйкес келмеушілік Несовпадение по системе АВО и резус			
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
19	20	21	22

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза)			
Антиэритроциттік антиденелердің бар болуы Наличие антиэритроцитарных антител			
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
23	24	25	26

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза)
Техникалық жарамсыздық Технический брак

Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Свежезамороженная плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
27	28	29	30

Саластырмалы жарамсыздықтың себебі, мөлшері (мл/доза) Причина относительного брака, объем (мл/доза)				
Өзге себептер Другие причины				
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Жаңа мұздатылған плазма Свежезамо-роженная плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Ескертпе Примечание
31	32	33	34	35

Формат А3

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 419/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 419/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Карантиндеудегі _____ плазманы тіркеу
плазманың түрі
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
Регистрации _____ плазмы находящейся на
карантинизации вид плазмы

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

Тоңазытқышпен сөренің № № холодильника и полки	Карантиндеуге қойылған күні Дата закладки на карантинизацию	Донор таң басының нөмірі Номер марки донора	Донордың ТАӘ (толық) ФИО донора (полностью)	Қан тобы Группа крови	Резус - тиістілігі Резус - принадлеж - ность	Плазма мөлшері Количество плазмы (л)
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Контей-нерлер саны Коли-чество контей-неров	Карантиндеу аяқталған күн Дата конца карантини-зации	Донорды бақылауға тексеру нәтижелері мен күні Результаты контрольного обследования донора и дата						Берілді Выдано			Ескертпе Примечание
		АИТВ ВИЧ	HCV	HBsAg	ме-рез сифи-лис	*	*	Күні дата	Плазма мөлшері коли-чество плазммы (л)	Кайда (бөлімше) куда (отде-ление)	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Ескертпе (Примечание): 1. Журнал плазманың әр түріне жеке жүргізіледі

(Журнал ведется на каждый вид плазмы отдельно)

2. Зерттеудің басқа түрлері (Другие виды исследования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 420/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 420/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Карантиндеудегі _____ плазманың кірісі мен шығысының плазманың түрі
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
прихода и расхода _____ плазмы находящейся на карантинизации вид плазмы

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

Күні Дата	Қан тобы Группа крови	Қалдық (л), (күні, айы, жылы) Остаток (л) (день, месяц, год)	Кіріс (л) Приход (л)	Барлығы (л) Всего (л)	Шығыс (л) Расход (л)	Қалдық (л) Остаток (л)
	О (I)					
	А (II)					
	В (III)					
	АВ (IV)					
	Барлығы (Всего)					

Ескертпе (Примечание): 1. Журнал плазманың әр түріне жеке жүргізіледі

(Журнал ведется отдельно на каждый вид плазмы)

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 421/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 421/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ТРАНСФУЗИЯЛЫҚ ЗАТТАРҒА АҚЫЛЫ НЕМЕСЕ ТЕГІН НЕГІЗДЕГІ ӨТІНІМ
ЗАЯВКА
НА ТРАНСФУЗИОННЫЕ СРЕДЫ НА ПЛАТНОЙ ИЛИ БЕСПЛАТНОЙ ОСНОВЕ

Тапсырыс берілген күн (Дата заказа) 20__ жылғы(года) "__" _____

Р/с № п/п	Трансфузиялық заттың атауы Наименование трансфузионной среды	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО	Резус-тиістілігі Резус-принадлежность	Өлшем бірлігі Единица измерения	Мөлшері Количество	Орындалу мерзімі Срок исполнения
1	2	3	4	5	6	7

№ 421/е-н. артқы беті

Оборотная сторона ф.421/у

Р/с № п/п	Трансфузиялық заттың атауы Наименование	АВО жүйесі бойынша қан тобы	Резус-тиістілігі	Өлшем бірлігі	Мөлшері Количество	Орындалу мерзімі

	трансфузионной среды	Группа крови по системе АВО	Резус-принадлежность	Единица измерения		Срок исполнения
1	2	3	4	5	6	7

МО

(МП)

Тапсырыс берген

(ақылы негізде болса, бас дәрігер немесе

оның орынбасарының қолы керек) _____

(подпись)

(Заказ сделал қолы

(на платной основе за подписью главного

врача или его заместителя))

Тапсырысты қабылдап алған (Заказ принял) _____

қолы (подпись)

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымныңатауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 422/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу
Журналы
Журнал
учета выдачи крови и клеточных компонентов - эритроцитов

20____ жылғы(года) "___"_____ __басталды (начато)	20____ жылғы(года) "__" _____ __аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады (Заполняется ответственным лицом)

2. Компоненттің атауы шығарылатын өнім номенклатурасына сәйкес өзгертілуі мүмкін

(Наименование компонента может быть изменено в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)

3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

(Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)

4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі

(Ведется в электронном варианте и (или) на бумажных носителях)

Р/с № п/п	**Өнімнің коды (код продукции)**	**Донациялау коды (код донации)**	**Дайындау күні (дата заготовки)**	**Берілген күні және жүкқұжаттың нөмірі (дата выдачи и номер накладной)**	**Медициналық ұйымдар (медицинские организации)**	**Көлемі (объем)**
1	2	3	4	5	6	7
Компоненттіңатауы (наименование компонентов)						

АВО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі (группа крови по системе АВО, резус принадлежность)

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
списания компонентов крови в отделении выдачи продукции

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Дайын өнімді беру бөлімшесінің жауапты тұлғасы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом отделения выдачи готовой продукции 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р-с № п/п	Есептен шығару күні Дата списания	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Қан компонентінің атауы Наименование компонента крови	Компонент мөлшері л/доза Объем компонента в л/дозах
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Дайындау күні Дата заготовки	Жарамдылық мерзімі Годен до	Есептен шығару себебі Причина списания	Есептен шығару актінің № акта списания	Компонент қайда жіберілді Куда направлен компонент	Жауапты тұлғаның ТАӘ, қолы ФИО ответственного лица, подпись
6	7	8	9	10	11

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-2/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета выдачи плазмы и криопреципитата

20____ жылғы (года) "___"_____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) "__"_____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады 2. Әр бағаң бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады	1. Заполняется ответственным лицом 2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации

3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады. 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін	3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы 4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации 5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях

Р/с № п/п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименоө вание медицинской организации	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh – факторы Rh – фактор	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика-ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки
1	2	3	4	5	6	7	8

Компоненттің атауы (саны, мл/дозы) Наименование компонента (количество мл/дозы.) **ПЛАЗМА**					
Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо-роженная	Карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо-роженная карантини-зированная	Лейкофильтрленген, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо-роженная лейкофильтрованная, карантинизированная	Лейкофильтр-ленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо-роженная лейкофильт-рованная	Вируста-зартылған жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо-роженная вирусинак-тивированная	Аферездік жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо-роженная аферезная
9	10	11	12	13	14

Компоненттің атауы (саны, мл/дозы) Наименование компонента (количество мл/дозы.) **ПЛАЗМА**				
Аферездік, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо-	Аферездік, лейкофильтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороо-	Плазма свежезамо-роженная аферезная	Иммундық жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороо-	Иммундық, лейкофильтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная

роженная аферезная, карантини-зированная	женная аферезная лейкофильтро-ванная	вирусинакти-вированная	женная иммунная	иммунная лейкофильтрованная
15	16	17	18	19

Компоненттің атауы (саны, мл/дозы) Наименование компонента (количество мл/дозы.) **ПЛАЗМА**				
Иммундық, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная иммунная, карантини-зированная	Карантинделген, супернатантты плазма Плазма супернатантная карантинизированная	Супернатантік плазма Плазма супернатантная	Криопреципитат	Карантинделген криопреципитат Криопреципитат карантинизированный
20	21	22	23	24

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-3/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Жасушалық қан компоненттерін – тромбоциттерді, лейкоциттерді беруді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета выдачи клеточных компонентов крови – тромбоцитов, лейкоцитов

20____ жылғы (года) "___"_____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__"_____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады 2. Әр бағаң бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге бағаң қосылады. 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін	1. Заполняется ответственным лицом 2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации 3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы 4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации 5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

Р/с №№ п/п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наимено-вание медицинской организации	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh-факторы Rh-фактор	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки
1	2	3	4	5	6	7	8

Компонеттің атауы (саны, мл/доз) **ТРОМБОЦИТТЕР** Наименование компонента (количество мл/доз) **ТРОМБОЦИТЫ**				
Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстанов-	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, лейкофильтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельноц крови	Қалыптасқан, біріктірілген тромбоциттер Тромбоциты,	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофильтрленген тромбоциттер Тромбоциты,

ленные из дозы цельноц крови	из дозы цельноц крови лейкофильтрованные	вирусинакти-вированные	восстановленные, пулированные	восстановленные, пулированные, лейкофильтрованные
9	10	11	12	13

Компонеттің атауы (саны, мл/доз) **ТРОМБОЦИТТЕР** Наименование компонента (количество мл/доз) ТРОМБОЦИТЫ				
Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофильтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофильтрованные, вирусинакти-вированные	Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные	Аферездік, лейкофильтрлен-ген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофильтро-ванные	Афуруздік, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные вирусинакти-вированные	Аферездік, лейкофильтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофильтрованные, вирусинакти-вированные
14	15	16	17	18

Компонеттің атауы (саны, мл/доз) **ТРОМБОЦИТТЕР** Наименование компонента (количество мл/доз) **ТРОМБОЦИТЫ**						
Аферездік, лейкофильтрленген, сәулеленген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофильтрованные, облученные			Лейкоциттік масса Лейкоцитная масса	Сәулеленген лейкоциттік масса Лейкоцитная масса облученные		
19	20	21	22	23	24	25

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-4/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета выдачи стандартных диагностикумов

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады 2. Әр бағаң бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге бағаң қосылады 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін	1. Заполняется ответственным лицом 2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации 3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы 4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации 5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

Р/с № п/п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	Өнімнің атауы СТАНДАРТТЫ ДИАГНОСТИКУМДАР Наименование продукта СТАНДАРТНЫЕ ДИАГНОСТИКУМЫ					
				Изогемаглютинеуіш сарысу (мл)	Әмбебаб реагент (мл)	Цоликлондар Цоликлоны (мл)			

				Изогемагглютинирующая сыворотка (мл)	Универсальный реагент (мл)	Анти А	Анти В	Анти АВ	D супер резус
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Өнімнің атауы СТАНДАРТТЫ ДИАГНОСТИКУМДАР Наименование продукта СТАНДАРТНЫЕ ДИАГНОСТИКУМЫ			Жинақ нөмірі Номер комплекта	Серия № серии	Өндіруші Изготовитель
Желатин 10% (флакон)	Полиглюкин 33%	Стандартты эритроциттер Стандартные эритроциты			
11	12	13	14	15	16

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-5/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қан препараттардын босатуды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета выдачи препаратов крови

20____ жылғы(года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады 2. Әр бағаң бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын шығарылады 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге бағаң қосылады 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс 5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін	1. Заполняется ответственным лицом 2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, который заносится в лицевой счет медицинской организации 3. При производстве продуктов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы 4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации 5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

Р/с № п/п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	Серия № № серии	Өндіруші изготовитель	Альбумин ерітіндісі (саны, мл) Раствор Альбумина (количество, мл)		
						5%	10%	20%
1	2	3	4	5	6	7	8	

Ампулалар (дана) Ампулы (штук)			
Қанның басқа препараттары Инные препараты крови	Иммуноглобулин антирезус	Адам иммуноглобулині қалыпты Иммуноглобулин человека нормальный	Стафилококкқа қарсы иммуноглобулин Антистафиллоө кокковый иммуноглобулин
9	10	11	12

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 423/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 423/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және қаналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесі бойынша қозғалысын есепке алу ведомосы
Ведомость
учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции

20____ жылғы (год)

"_____" _____ үшін (за)

1. Жауапты адам толтырады 2. Ведомоста көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге бағаң қосылады 3. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін	1. Заполняется ответственным лицом 2. При производстве продуктов крови, не указанных в ведомости, добавляется графа в соответствующие разделы 3. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

Р/с № п/п	Ортаның атауы Наименование сред	Өлшем бірлігі Единица измерения	Күн басындағы қалдық Остаток на начало дня	Кіріс Приход		
				Алынғанның барлығы Всего получено	Оның ішінде В том числе	
					ҚО бөлімдерінен (ҚҚБ) Из отделов ЦК (ОПК)	Басқа ұйымдардан Из других организаций

1	2	3	4	5	6	7
1	Жаңа алынған лейкофильтрленген қан Кровь цельная лейкофильтрованная	мл/доз				
2	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	мл/доз				
3	Лейкофильтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофильтрованная	мл/доз				
4	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	мл/доз				
5	Лейкофильтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофильтрованная	мл/доз				
6	Жуылған эритроциттер Отмытые эритроциты	мл/доз				
7	Жуылған, лейкофильтрленген эритроциттер Отмытые эритроциты лейкофильтрованные	мл/доз				
8	Лейкоциттік масса Лейкоцитная масса	мл/доз				
9	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	мл/доз				
10	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, лейкофильтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови лейкофильтрованные	мл/доз				
11	Аферездік, лейкофильтрленген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофильтрованные	мл/доз				
12	Аферездік, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные вирусинактивированные	мл/доз				

13	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофильтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофильтрованные	мл/доз				
14	Қалыптасқан, біріктірілген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, вирусинактивированные	мл/доз				
15	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофильтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофильтрованные вирусинактивированные	мл/доз				
16	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная	мл/доз				
17	Плазма свежезамороженная карантинизированная	мл/доз				
18	Лейкофильтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная лейкофильтрованная	мл/доз				
19	Карантинделген, лейкофильтрлеген плазма Плазма карантинизированная лейкофильтрованная	мл/доз				
20	Иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная иммунная	мл/доз				
21	Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная	мл/доз				
22	Аферездік, карантинделген, жаңа мұздатылған плазма	мл/доз				

	Плазма свежезамороженная аферезная, карантинизированная					
23	Аферездік, лейкофильтрленген, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, лейкофильтрованная	мл/доз				
24	Аферездік, вирустазартылған, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамороженная аферезная, вирусинактивированная	мл/доз				
25	Криопреципитат	доз				
26	Карантинделген криопреципитат Криопреципитат карантинизированные	доз				
27	5 % Аальбумин	мл/доз				
28	10 % альбумин	мл/доз				
29	20 % альбумин	мл/доз				
30	Адамның қалыпты иммуноглобулині Иммуноглобулин человека нормальный	мл/доз				
31	Антистафилококк иммуноглобулині Антистафилококковый иммуноглобулин	мл/доз				
32	Антирезус иммуноглобулині Иммуноглобулин антирезус	мл/доз				
33	Қан тобын анықтауға (АВО) арналған стандартты сарысу (гемосарысулар) Стандартная сыворотка для определения группы крови (АВО) (гемосыворотки)	мл				
34	Резус-факторды анықтауға арналған стандартты сарысу (әмбебап реагент) Стандартная сыворотка для определения резус фактора (универсальный реагент)	мл				
35	Полиглюкин - 33 %	мл				
36	Цоликлондар Цоликлоны	мл				
37	Желатин - 10 % - 10 мл	мл				

38	Фибрин желімі Фибринный клей	мл/доз				
39						
40						
41						
42						

Шығыс Расход					Есептен шығарылды Списано	Күн соңындағы қылдық Остаток на конец дня
Берілгеннің барлығы Всего выдано	Оның ішінде В том числе					
	Емдеу-профилактикалық ұйымдарға (бөлімдерге) медицинским организациям (отделениям)	Қан қызметінің өзге ұйымдарына Другим организациям службы крови	Басқа ведомстволар мен жеке тұлғаларға Организациям других ведомств и частным лицам	Өңдеуге На переработку		
8	9	10	11	12	13	14

20____ жылғы (года) "____" _____ Жауапты адамның қолы

Подпись ответственного лица _____

*Дайын өнімді беру бөлімшесінің жауапты адамы толтырады

(Заполняется ответственным лицом отделения выдачи продукции)

А5 форматы **Формат А5**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 424/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма 424/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 424/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан компоненттерін есептен шығару туралы
Актінің №

Акт №
списания компонентов крови

20____ жылғы(года) "___"_____

_____

Жарамсызқан компоненттерініріктепалуғажауаптыадамның Т.А.Ә.(болған жағдайда), қан дайындау бөлімінің дәрігері Т.А.Ә.(болған жағдайда)зерттеуші Т.А.Ә.(болған жағдайда), бухгалтердің Т.А.Ә .(болған жағдайда)қатысуларыменқан компоненттерінкелесіүлгілеріірiктепалынды(В присутствии ответственного за выбраковку компонентов крови Ф.И.О.(при наличии), врача отделения заготовки крови Ф.И.О.(при наличии), лаборанта Ф.И.О.(при наличии), бухгалтера Ф.И.О.(при его наличии) произведено изъятие следующих образцов компонентов крови):

Р/с № п/п	**Донация коды (код донации)**	**Донордың Т.А.Ә.(болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии) донора**	**Қан тобы,Rh Группа крови, Rh**	**Қан компоненттерінің атауы Название компонента крови**	**Мөлшері (мл) Кол-во (мл)**	**Дайындалған күн Дата заготовки**	**Жарамсыздық себебі Причина изъятия**
1	2	3	4	5	6	7	8
Барлығы мөлшер (итогов дозах), көлемі (объем)							

Барлығы /всего:

Қан компоненттерінің атауы мөлшер/көлемі

Название компонента крови дозы/объем

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при его наличии)_____/_____
_____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии)_____/_____
_____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О._(при наличии)_____/_____
_____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии)_____/_____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы"23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 425/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований

20____ жылғы (года) "___"_____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__"_____ аяқталды (окончено)
1. Журналдықандытестілеузертханасындажәнетрансфузиялықинфекциясызертханасындатіркеушітолтырады Журнал заполняется регистратором в отделе лабораторного тестирования крови 2. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.	

Материалдың келіп түскен күні Дата поступления образцов	**Материалды зертханаға жеткізу уақыты (Время доставки образцов в лабораторию)**	**Бастап__ дейінгі зертханалық нөмір (Лабораторной мере)**	**Кодбойыншаүлгілердіңсаны Количество образцов по кодам**	**Контингент коды (Код контингента)**	**Үлгілер жеткізілген бөлімшелер (Отделение , откуда доставлены образцы)**	**Ескертпе (Примечание)**
1	2	3	4	5	6	7

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы
Журнал регистрации первичного лабораторного обследования доноров

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р-с № П-п	Зерттеу күні Дата исследования	ТАӘ ФИО	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Резус-факторы Резус-фактор	Келл - антиген	Гемоглобин г/л	Жауапты тұлғаның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпе Примечание
6	7	8	9	10

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Донор қанының биохимиялық және клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов биохимических и клинических исследований донорской крови

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории отдельно на безвозмездных и платных доноров 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р-с № п/п	Зерттеу күні	Донордың ТӘА	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа)	Жалпы нәруыз	Қанның ұю уақыты мин	

	Дата исследования	ФИО донора	Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Общий белок г/л	Время свертывания мин	
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Фракциялар Фракции					АЛАТ ммоль х сағ/л АЛАТ ммоль х час/л	Басқа зерттеулер Другие исследования	Ескерпе Примечание	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
Альбумин г/л	$б^{1}$ %	$б^{2}$ %	В %	Г %				
8	9	10	11	12	13	14	15	16

Нысанның артқы беті Разворот формы

НВ г/л	Эритро-циттер х 10^{12}/л Эритроциты х 10^{12}/л	Түсі, көрсеткіші Цвет, показатель	Ретикулоциттер ‰ Ретикулоциты ‰	Тромбо-циттер х 10^{9}/л Тромбо-циты х 10^{9}/л	Лейко-циттер х 10^{9}/л Лейкоциты х 10^{9}/л	Лейкоформула	
						Миелоцит %	Таяқша ядролар Палочко-ядер %
17	18	19	20	21	22	23	24

продолжение таблицы

Лейкоформула						Жауапты адамның қолы Подпись ответствен-ного лица
Сегмент ядролық Сегменто-ядер %	Эозинофилдер Эозинофилы %	Базофилдер Базофилы %	Лимфоциттер Лимфоциты %	Моноциттер Моноциты %	СОЭ мл/сағ СОЭ мл/час	
26	27	28	29	30	31	32

Форма

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Минстерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-3/у Утверждена приказом и.о.Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін тіркеу
журналы
Журнал
регистрации результатов иммуногематологических исследований крови, поступившей из МО

20____ жылғы(года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Түскен күні Дата поступления	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Жасы Возраст	МҰ атауы Наименование МО	Диагнозы Диагноз	Түскен кездегі қан тобы Группа крови при поступлении
1	2	3	4	5	6	7

	Резус тиістілігі	Талдаулардың атауы мен нәтижесі Наименование анализа и результат				

Түскен кездегі қан тобы Группа крови при поступлении	Резус принад-лежность при поступлении	Қан тобы Группа крови	Резус тиістілігі Резус принад-лежность (фенотип)	Антидененің болуы (титрі) Наличие антител (титр)	Жауапты адамның колы Подпись ответственного	Ескертпе Примечание
7	8	9	10	11	12	13

Форма

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы
Журнал изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)
1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и и подписью руководителя организации.

Сериясы Серия	Дайындау күні Дата изготов-ления	Сәйкестен-діру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика-ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Қайдан келіп түсті Откуда получено	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Фенотипі Фенотип	Агглютина-бельдігі Агглютина-бельность	А,В аглютиноген дерінің титрі Титр аглютино-генов: А,В
1	2	3	4	5	6	7	8

Қан (эритроциттік масса және т.б) көлемі-мл Объем крови (эритроцитной массы и т.д) - мл			Консервант		Дайындалған стандартты (консервіленген) эритроциттер		Ескертпе Примечание	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
Жалпы Общий	Пайда-ланған Использо-ванной	Калдық Остаток	Сериясы Серия	Колемі - мл Объем - мл	Колемі -мл Объем - мл	Жарамдылық мерзімі Срок годности		
9	10	11	12	13	14	15	16	17

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-5/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-5/у утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу
журналы
Журнал
регистрации результатов иммуногематологических исследований донорской крови

20____ жылғы(года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом в лаборатории отдельно на безвозмездных и платных доноров 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п Донордың ТАӘ ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Резус жүйесі бойынша антигендер фенотипі Фенотип антигенов по системе резус					
			D	d	C	c	E	e
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Эритроциттердің басқа антигендері Другие антигены эритроцитов	Антиденелердің болуы Наличие антител (титр)	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпе Примечание
Kell			
	Rh-Hr		

11	12	13	14

Форма

А4 форматы

Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 425-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы
Журнал регистрации индивидуального и специального подбора донорской крови

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы , прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

		Реципиент				

Р/с № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Диагнозы	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Резус жүйесі бойынша фенотипі Фенотип системы резус	Басқа антигендері Другие антигены
1	2	3	4	5	6	7

Донор			
ТАӘ ФИО	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Резус жүйесі бойынша фенотипі Фенотип системы резус	Басқа антигендері Другие антигены
8	9	10	11

Реципиент қанын аллоиммундық эритроцитке қарсы антиденелердің бар-жоқтығына зерттеу Исследование крови реципиента на наличие аллоиммунных антиэритроцитарных антител					
АВО жүйесінің антиденелері Антитела системы АВО		Резус жүйесінің антиденелері Антитела системы резус		C_3 комплементінің компоненті Компонент комплемента C_3	
әдістері методы		әдістері методы		әдістері методы	
Жазықтықта 10% унитиол қолдану Использование 10% унитиола на плоскости	Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации	НАГТ немесе 10% желатинді қолдану НАГТ или использование 10% желатины	Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации	НАГТ	Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации
12	13	14	15	16	17

Реципиент пен донор қанының сәйкестігін тексеру Проба на совместимость крови реципиента и донора				Қорытынды Заключение	Трансфузиялық орта аты Наименование трансфузионной среды	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
Резус жүйесінің сәйкестігі Совместимость по системе резус		АВО жүйесінің сәйкестігі Совместимость по системе АВО.				
әдістері методы		әдістері методы				
НАГТ немесе 10% желатинді қолдану НАГТ или использование 10% желатины	Автоматтан-дырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автомати-зированный метод колонной или гелевой агглютинации	Тұзды ортада В солевой среде	Автоматтан ырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автомати-зированный метод колонной или гелевой агглюти-нации			
18	19	20	21	22	23	24

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 425-7/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Минстерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови

20____ жылғы(года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы(года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/			Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы	Жалпы ақуыз, г/л	АЛАТ ммольхсағ/л	Басқа зерт-теулер		Жауапты адамның қолы

с № п / п	Зерттеу күні Дата исследования	Донордың ТАӘ ФИО донора	басқасы) Идентифика-ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Общий белок, г/л	АЛАТ ммоль х час/л	Другие иссле-дования	Ескертпе Примечание	Подпись ответствен-ного лица
1	2	3	4	5	6	7	8	9

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма № 425-9/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донор қанының гематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы
(Журнал регистрации результатов гематологических исследований донорской крови)

20__ жылғы (года) "___" ___ басталды (Начато)	20__ жылғы (года) "___" _____ аяқталды (Окончено)
1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады. (Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории отдельно на доноров, осуществляющих донорскую функцию безвозмездно и на платной основе) 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс (Страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)	

	Зерттеу күні	**Донордың ТАӘ (болған жағдайда)**	**Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа)**	**Гемоглобин**	**Эритроциттер 1 х 10^{12}/л (**		**Қанның ұю уақыты мин (Время свертывания**	

Р-с (№ п/п)	(Дата исследования)	ФИО (при наличии) донора	(Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.))	(Гемоглобин г/л)	Эритроциты 1 х 10^{12}/л)	Гематокрит (Гематокрит %)	кровотечения (мин))	Тромбоциттер 1 х 10^{9}/л (Тромбоциты 1 х 10^{9}/л)	Лей 1 х (Ле 1 х
1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Лейкоформула (Лейкоформула)							СОЭ мл / сағ (СОЭ мл / час)	Қолы (Подпи)
Миелоциттер % (Миелоциты %)	Таяқша ядролар % (Палочкоядерные %)	Сегментядролық % (Сегментоядерные %)	Эозинофилдер % (Эозинофилы %)	Базофилдер % (Базофилы %)	Лимфоциттер % (Лимфоциты %)	Моноциттер % (Моноциты %)		
11	12	13	14	15	16	17	18	19

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтауминистрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-10/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы: Наименование организации:	Медицинская документация Форма № 425-10/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови

20____ жылғы (год) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйымбасшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № № п/п	**Зерттелетінүлгініңалу күні (Дата забора исследуемого образца)**	**Донордың ТАӘ (болған жағдайда) ФИО (при наличии) донора**	**Сәйкестендірунөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағыбасқасы) (Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.))**	**Қантобы, резус-факторы (Группа крови, резус-фактор)**
1	2	3	4	5

Фракциялар (Фракции)						**Зерттеукүні (Дата исследования)**	**Жауапты адамның қолы (Подпись ответственного лица)**
Альбумин г/л	a^1 %	a^2 %	b %	g %	Альбуминоглобулиновый коэффициент		
6	7	8	9	10	11	12	13

Форма

А3 форматы

Формат А3

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 426/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 426/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 426/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 426-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма 426-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 426-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

"Иммуногематологиялық" референс – зертхананың дайындалған бақылау панель тіркеу Журналы
Журнал

регистрации изготовленной контрольной панели по разделу "Иммуногематология" для референс-лаборатории

20____ жылғы(года) "___"_____басталды (начато)20____ жылғы(года) "__"_____ _____аяқталды (окончено)

1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады (Журнал заполняется ответственным лицом в лабораторииотдельно на безвозмездных и платных доноров) 2.Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс (Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)

р/с № п/п **№ п/п**	**Стандартты панельдің сәйкестендіру нөмірі , штрих-коды** **Идентификационный номер, штрих-код**	**Т.А.Ә.(болған жағдайда) сәйкестендіру нөмірі, ҚҚ донацияның штрих-коды Ф.И.О.(при наличии) идентификационный**	**Тестілеу әдісі** **Метод тестирования**			**Алынған ҚҚ мөлшері** **Объем**	**Қайдан келіп түсті** **Откуда**
			АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по	Фенотип	Антиаэритроцитарлық антиденелерге тестеу нәтижесі Результат тестирования антиэритроцитарных антител		

/ п	стандартной панели	номер, штрих-код донации КК	системе АВ0			взятых КК	поступил
1	2	3	4	5	6	7	8

Пайдаланған ҚК мөлшері (мл) Количество использованных КК(мл)	Гемаконда қалған ҚК көлемі (мл) Количество остатка КК в гемаконе (мл)	Стандартты панельдің саны Количество изготовленных стандартных панелей	Стандарты панельді пайдалану мерзімі Срок годности изготовленных стандартных панелей	Стандарты панельді жөнелту күні Дата отправки стандартных панелей	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпе Примечание
9	10	11	12	13	14	15

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 427/е нысанды медициналық құжаттама	КЕСУ СЫЗЫҒЫ ЛИНИЯ ОТРЕЗА
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 427/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	
Стандартты эритроциттер мен лимфоциттерді дайындау үшін донордан алынған қанды **ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ** **КАРТА УЧЕТА** **(крови, взятой у донора для приготовления стандартных эритроцитов и лимфоцитов)** _____ Донордың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество донора) _____ _____ АВО жүйесі бойынша қан тобы (Группа крови по системе АВО) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____		
	Қанды жұмыста қолданған	

Р/с № п/п	Қан алу күні Дата взятия крови	Доза (мл)	Қан беруші донордың қолхаты Расписка донора давшего кровь	Қан алушы адамның қолхаты Расписка лица, взявшего кровь	адамның қолхаты Расписка лица, использовавшего кровь для работы	
1	2	3	4	5	6	

продолжение

Артқы беті Оборотная сторона					
Р/с № п/п	Қан алу күні Дата взятия крови	Доза (мл)	Қан беруші донордың қолхаты Расписка донора, давшего кровь	Қан алушы адамның қолхаты Расписка лица, взявшего кровь	Қанды жұмыста қолданған адамның қолхаты Расписка лица, использовавшего кровь для работы

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 427-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 427-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 427-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 428/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 428/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 428/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 429/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 429/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 429/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 430/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 430-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 430-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 430-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 430-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 430-4/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 431/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 431/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 431/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 431-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 431-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Скринингке түскен сарысуларды есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета поступления сывороток на скрининг

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

Р/с № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы, телефоны Адрес, телефон	Қан тобы Rh-факторы Группа крови Rh-фактор	Басқалар Прочее
1	2	3	4	5	6	7

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 432/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 432/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 432/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 433-1/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции

20____ жылғы (года) "___"_____ басталды(начато)	20____ жылғы (года)"__"_____ аяқталды(окончено)
1. Журналды трансфузиялық инфекцияға қанды тестілеу бөлімшесінің жауапты адамы толтырады Журнал заполняется ответственным лицом отделения тестирования крови на трансмиссивные инфекции 2. Әрбір инфекцияларға жеке жүргізіледі Ведется отдельно на каждый вид инфекции 3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации 4. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін. Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе	

Р/с №п	**Зертханалық нөмірі Лабораторный номер**	**Донация коды (Штрих коды) Код**	**Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии**	**Донация нөмірі Номер донации**	**Үлгілер келген бөлімше Отделение , откуда**	**1 - реакция**				
							Реагент атауы название	Серия № (ЛОТ) № серии		Қорытынды результат

/ п		**донации (штрих код)**	**)**		**доставлены образцы**	Қою күні Дата постановки	реагента	(ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

II - реакция					**III - реакция**					
Қою күні Дата постановки	Реагент атауы Название реагента	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат	Қою күні Дата постановки	Реагент атауы Название реагента	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат	**Со қо Ок ре**
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-2/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010года № 907

Сноска. Форма № 433-2/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Гемотрансмиссивті инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы
(Журнал регистрации платных услуг лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)

20____ жылғы (года) "___"_____ ____басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__"_____ ___аяқталды (окончено)

1. Журналды гемотрансмиссивтік инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады

(Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс

(страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

3. Журналды электронды түрде, дәстүрлі түрде қағаз нұсқасында толтыруға мүмкін (допускается ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе).

Р/с (№ п/п)	**Зертханалықнөмірі (Лабораторный номер)**	**Т.А.Ә. (болған жағдайда) ФИО (при наличии)**	**Штрих-коды (Штрих-код)**	**Туған күні (Дата рождения)**	**Контингенттің коды (Кодконтингента)**	**Мекенжайы (Адрес проживания)**	**Жасаукүні (Дата постановки)**	**Зерттеунәтиже (Результаты исследований)**		
								HIV 1.2	HBsAg	HCV
1	2	3	4	5	6*	7	8	9	10	11

Примечание * 6 бағана АҚТҚ 1,2 таңбалағышында зерттеу жүргізгенде кезде толтырылады(графа 6 заполняется при проведении исследований на маркеры ВИЧ1,2)

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтауминистрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-3/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 433-3/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Гемотрансмиссивті індетте ПЦР-ның оң нәтижелі донорларды тіркеу журналы
(Журнал регистрации доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции)

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды(окончено)

1. Журналдытрансфузиялықинфекцияларзертханасыныңжауаптыадамытолтырады (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивныхинфекций) 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

р/с № (№ п/п)	**Зертханалық нөмірі (Лабораторный номер)**	**Т.А.Ә. (болған жағдайда) ФИО (при наличии)**	**Донация коды (Код донации)**	**Контингент коды (Код контингента)**	**Сарысу қайдан қабылданды (Откуда поступила сыворотка)**	**Циклдың пулы (ПЦР пул)**			**ПЦР үлгісі (ПЦР обр)**		
						Күні (Дата)	Циклдың пулы (Цикл пула)	ВКО циклы (Ішкі бақылау үлгісі) (Цикл ВКО (внутренний контрольный образец))	Күні (Дата)	Циклдың үлгісі (Цикл образца)	ВКО ци Ішкі бақыл үлгі (Цикл (внутре контрол образе
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

А4 форматы Формат А4	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтауминистрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 433-4/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы
Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции

20____ жылғы (года) "___"_____ ___басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__"_____ ___аяқталды (окончено)
1. Журналды трансфузиялық инфекцияға қанды тестілеу бөлімшесінің жауапты адамы толтырады Журнал заполняется ответственным лицом отделения тестирования крови на трансмиссивные инфекции 2.Әрбір инфекцияларға жеке жүргізіледі	

Ведется отдельно на каждый вид инфекции
3.Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
4. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін.
Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе

Р/с № п/п	**Зертханалық нөмірі Лабораторный номер**	**Қызметкердің Т.А.Ә.(болған жағдайда) Ф.И.О.(при наличии) сотрудника**	**Штрих коды Штрих код**	**Туған күні Дата рождения**	**Бөлімше Отделение**	**Жасау күні Дата постановки**	**Тестілеу нәтижелері Результаты тестирования**				**Ескертпе Примечание**	**Қолы Подп**
							ИХЛТ / ИХЛА HIV 1.2	ИХЛТ / ИХЛА HbsAg	ИХЛТ / ИХЛА HCV	ИХЛТ/ ИХЛА Мерез Сифилис		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қан препараттарын трансфузиялық инфекцияларға зерттеуді тіркеу журналы
Журнал регистрации исследований препаратов крови на трансфузионные инфекции

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекция зертханасының жауапты адамы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р-с № п/п	Түскен күні Дата поступления	Қан препараты үлгісінің атауы Наименование образца препарата крови	Препарат сериясының № серии препарата крови	Үлгілі іріктеу орны Место отбора образца	Қойған күні Дата постановки
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижесі Результаты исследований				
АИТВ ВИЧ				
Тест-жүйе, атауы Тест-система, наименование	Серия № (ЛОТ) т/ж жарамдылық мерзімі № серии (ЛОТ) и срок годности т/с	Талдау № анализа	Хаттама № протокола	Нәтиже Результат
7	8	9	10	11

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижелері Результаты исследований					
ВГВ					ВГС
Тест-жүйе, атауы Тест-система, наименование	Серия № (ЛОТ) және т/ж жарамдылық мерзімі № серии (ЛОТ) и срок годности т/с	Талдау № анализа	Хаттама № протокола	Нәтиже Результат	Тест-жүйе, атауы Тест-система, наименование,
12	13	14	15	16	17

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижелері Результаты исследований			

ВГС				Нәтижелерді беру күні Дата выдачи результатов	Дәрігердің қолы Подпись врача	Алушының қолы Подпись получателя
Серия № (ЛОТ) және т/ж жарамдылық мерзімі № серии (ЛОТ) и срок годности т/с	Талдау № анализа	Хаттама № протокола	Нәтиже Результат			
18	19	20	21	22	23	24

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-7/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его

первого официального опубликования); редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы
(Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ)

20____ жылғы (года) "___"_____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды(окончено)
1. Журналдытрансфузиялықинфекцияларзертханасыныңжауаптыадамытолтырады (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций) 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)	

р/с (№ п/п)	Зертханалықнөмірі (Лабораторный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) (ФИО) (при наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Донация коды (Код донации)	Контингенттіңкоды (Код контингента)	Сарысу қайданқабылданды (Откуда поступила сыворотка)
1	2	3	4	5	6	7

1 реакция(1 – реакция)					II реакция(II – реакция)			
Жасаууақыты (Дата постановки)	Тест-жүйеніңатауы (Название тест-системы)	Серия № (ЛОТ) (№ серии (ЛОТ))	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)	Жасаууақыты (Дата постановки)	Тест-жүйеніңатауы (Название тест-системы)	Серия № (ЛОТ) (№ серии (ЛОТ))	Көрс (Пок
8	9	10	11	12	13	14	15	

III реакция (III – реакция)							
		Серия № (ЛОТ) (№		Нәтиже (	Қорытындынәтиже (Окончательный результат)	Сынаманы ЖИТС орталығынажіберукүні (Дата отправки пробы в центр СПИД)	орт жс

Жасаууақыты (Дата постановки)	Тест-жүйеніңатауы (Название тест-системы)	серии (ЛОТ))	Көрсеткіштер (Показатели)	Результат)			на в
18	19	20	21	22	23	24	

ЖИТС орталығыныңнәтижесі (Результат Центра СПИД)			**Қорытындынәтиже (Окончательный результат)**	**Ескертпе (Примечание)**	**Қолы (Подпись)**
Күні (Дата)	Зертханалық нөмір (ИФТ, ИБ) (Лабораторный номер (ИФА, ИБ))	Нәтижесі (Результат)			
26	27	28	29	30	31

А4 форматы Формат А 4	**БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма 433-8/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Гемотрансмиссивті індетке зерттеуге арналған жолдама
(Направление для исследования на гемотрансмиссивные инфекции)

1. 1,3,4,5,6,7,8 бағана үлгілер жеткізілген бөлімшенің қызметкерімен толтырылады

(графы 1,3,4,5,6,7,8 заполняются сотрудниками отделения, откуда доставлены образцы)

2. 2,9-13 бағаналар зертхананың уәкілетті қызметкерімен толтырылады

(графы 2, 9-13 заполняются уполномоченными сотрудниками лаборатории)

3. Жолдама екі данада жеткізіледі, талдау қойылғаннан кейін бір данасы іріктеу бөлімшесіне жіберіледі, екіншісі зертханада қалады

(направление доставляется в двух экземплярах, после проставления результатов анализов один экземпляр передается в отделение выбраковки, второй остается в лаборатории)

4. Жолдаманы электрондық түрде және дәстүрлі түрде қағаз нұсқасында жүргізуге болады

(возможно ведение направления как в электронном виде, так и на бумажном носителе)

Бөлімше(Отделение)_____

р/с (№ п/п)	**Зертханалық нөмері (Лабораторный номер)**	**ТАӘ(болған жағдайда) ФИО (при наличии)**	**Жынысы (Пол)**	**Туған күні, айы, жылы (Дата рождения)**	**Донация коды (код донации)**	**Контингент коды (код контингента)**	**Сынамаалу күні мен уақыты(дата и время забора пробы)**	**Тексеруқорытындысы (результаты исследований)**				
								ИХЛТ (ИХЛА HIV 1.2)	ИХЛТ (ИХЛА HBsAg)	ИХЛТ (ИХЛА HCV)	ИХЛТ Мерез (ИХЛА Сифилис)	ПТР (ПЦР-HIV1.2, HBV, HCV)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Тізімді толтырған күні "____"_____20 ж. Зерттелген күні "____"_____20 ж

(дата заполнения списка) (дата исследования)

Жолдаманы толтырған тұлғаның қолы_____ Дәрігердің қолы_____

(подпись лица заполнившего направление) (подпись врача)

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ӨНІМДІ МҰЗДАТУ ПРОЦЕСІН ЖАЗУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
ЗАПИСИ ПРОЦЕССА ЗАМОРАЖИВАНИЯ ПРОДУКТА

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды мұздатушы техник-аппаратшы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Запись осуществляется техником-аппаратчиком по замораживанию. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р/с № п/п	Күні Дата	Препарат атауы Наименование препарата	Ыдыстың Сыйым-дылығы Емкость сосуда (мл)	Ыдыстағы препараттың көлемі Количество препарата в сосуде (мл)	Ыдыс нөмірі Номер сосуда
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Мұздату уақыты Время замораживания		Ваннадағы спирттің температурасы Температура спирта в ванне	Аппарат нөмірі Номер аппарата	Ескертпе: қашан шығарылды, қайда ауыстырыды, техниктің қолы Примечание: когда выпущен, куда передан, подпись техника
басталуы начало	аяқталуы конец			
7	8	9	10	11

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Плазманың түсуін тіркеу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ
регистрации поступления плазмы

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізеді 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется в отделении производства препаратов крови 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

№	күні дата	Облыс атауы Наименование области	Гемакон нөмірлері Номера гемаконов	Жөнелтпе құжат бойынша шикізаттың мөлшері Количество сырья по накладной
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Шикізаттың нақты мөлшері Количество сырья фактически	Титр	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись	Тиеу № мен күні № и дата загрузки
6	7	8	9	10

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Плазманы фракциялауға беру
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
передачи плазмы на фракционирование

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізеді 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется в отделении производства препаратов крови 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Тиеу № загрузки	Тиеу күні Дата загрузки	Шикізат атауы Наименование сырья	Жеткізушінің атауы Наименование Поставщика	Тиелген шикізаттың мөлшері Количество сырья, взятое на загрузку
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Шикізат дайындау күні Дата заготовки сырья	р Н	Жалпы нәруыз Общий белок	Фракциялауға берілген шикізаттың мөлшері Количество сырья переданного на фракционирование	Қолы Роспись	Акт бойынша есептен шығарылған Списано по акту
6	7	8	9	10	11

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ӨНІМ ҚОЗҒАЛЫСЫНЫҢ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
ДВИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Ведется в отделении производства препаратов крови. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

№	Препараттың атауы Наименование препарата	Сериянің нөмірі Номер серии	Алынған күні Дата получения	Мөлшері Количество	Өлшем бірлігі Ед. изм.	Жарамсыз брак	ПР Өндірістік бақылау Производ. контроль	
							Бак.	биол
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

СБЗ ЛКК	Мұрағат Архив	Талдау төлқұжатының нөмірі және берілген күні Номер и дата выдачи аналитического паспорта	Жөнелтпе құжаттың нөмірі Номер накладной	Өнімді қоймаға өткізген күн Дата сдачи продукции на склад	Қолы Подпись
10	11	12	13	14	15

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

АЛЬБУМИН ЕРІТІНДІСІН ӨНДІРУДІҢ ТЕХНИКАЛЫҚ ҮДЕРІСІ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОИЗВОДСТВА РАСТВОРА АЛЬБУМИНА

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізіледі. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Ведется в отделении производства препаратов крови. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р/с № п/п	Тиеу № салмақ өлшеген күн № загрузки дата получения вес	УФ-ның немесе ерітіндіні күні Дата УФ или раствора	Шығу шикізатының салмағы: шикі тұнба Кол-во Исход. сырья: Сырой осадок	Каприлат Na қосылуы салмағы Добавлено капр. Na гр.	3 % Na капри нәруызын түзету Коррекция белка капр. 3 % Na	
					Бастапқы начал.	Қосылған Добавлен
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

3 % Na капри нәруызын түзету Коррекция белка капр. 3 % Na	Ph түзету Коррекция Ph			Ерітіндінің сүзілуге дейінгі көлемі Конечный р-ра до фильтрации	Стерильді сүзу күні мен уақыты Дата и время стерильиз. фильтрации
Соңғы Конечный	Бастапқы исход	NaOH, HCI қосу Добав. NaOH, HCI	Соңғы конечный		
8	9	10	11	12	13

продолжение таблицы

Сыйымдылық саны Количество емкостей	Бөлшектеп өлшеу Фасовка	Пастериза-циялау күні мен уақыты Дата и время пастеризации	Термостаттау күні мен уақыты Дата и время термостатиров	Серияның № Серии	Жарам-сыздыққа шығару Отбрак	Қайтадан өндеу Повторная переработка
						Қайтадан сүзу күні мен себебі Дата и причина перефильтрации
14	15	16	17	18	19	20

продолжение таблицы

Қайтадан өндеу Повторная переработка								
Ph	NaOH, HCI қосу Добав NaOH, HCI	Нәруыз Белок	Бөлшектеп өлшеу Фасовка	Сауыт саны Кол-во емкостей	Жоғ алту Потери	Термостаттау күні мен уақыты Дата и время термостати-рования	Жарам сыздыққа шығару Отбрак	Серияның № серии
21	22	23	24	25	26	27	28	29

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 434-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

АДАМ ИММУНОГЛОБУЛИНІН ӨНДІРУДІҢ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ҮДЕРІСІ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОИЗВОДСТВА
ИММУНОГЛОБУЛИНА ЧЕЛОВЕКА

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізіледі. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Ведется в отделении производства препаратов крови. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

№	Тиеу № жұмысқа алынған күн № загрузки дата взятия в работу	Шикі тұнбаның салмағы Вес сырого осадка	Ерітінді немесе УФ-нің күні Дата раствора или УФ	Еріткіштің мөлшері литр Кол-во растворителя в л.	pH шикізаттағы титр Титр в сырье pH
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

pH түзету Коррекция pH			Глика-колдың қосылуы г/л Доб-но г/л гликакола	Нәруызды түзету % Коррекция белка в %			
Бастапқы pH Начал. pH	Қосылған мл Добавлен мл	Соңғы pH Конечный pH		Бастапқы Начал.	Еріткішті қосылуы Добав р-ля	Соңғы Конечный	NaCI қосылуы Добав. NaCI
7	8	9	10	11	12	13	14

продолжение таблицы

Алынған жұмыс ерітін-дісінің мөлшері, л Получ. рабочего р-ра, л.	Стерильдеп сүзу күні және уақыты Дата и время стерилиз. фильтрации	Шөлмектің саны Кол-во бутылей	Шөлмектің нөмірі Номера бутылок	Литр мөлшері Количество литров	Суықта ұсталуы Выдержка в холоде
15	16	17	18	19	20

продолжение таблицы

Қайтадан стерильдеп сүзу күні Дата повтор. стерил. фильтрации	Ампулаларға құйылу күні Дата розлива в ампулы	Сериясы Серия	Ампула саны Количество ампул	Бөлшектеп өлшеу Фасовка	Қайта сүзу титрі Титр перефильтрации
21	22	23	24	25	26

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Жөнелтпе құжаттың (Накладная) № ___

_____ жіберілді

(к направлению)

денсаулық сақтау ұйымы (организация здравоохранения)

20___ жылғы (года) "___"_____

_____

Плазманың атауы және мөлшері (литр) (наименование плазмы и

ее количество (в литрах))

Р/с № № п/п	Донордың ТАӘ (толық жазу керек) ФИО донора (расписать полностью)	Донация № донации	Дайындау күні Дата заготовки	Плазманың мөлшері Количество плазмы (л)	Иммунды плазманың титрі Титр иммунной плазмы
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6 және т.б. (и т.д.)					
Жиыны Итого: доз/ литр					

продолжение таблицы

Нәтижелері Результаты					
HbsAg	HCV	АИТВ $_{1,2}$ антиденелері Антитела к ВИЧ $_{1,2}$	Мерез ИФА на сифилис	Сарып Бруцеллез	АЛАТ
7	8	9	10	11	12

Бөлімше меңгерушісі Заведующий отделением _____

Қолы подпись

М.О. (М.П.) _____ литр (литров)

плазманы қабылдады (принял плазму) _____.

қолы подпись

Сапаны бақылау зертханасының өкілі

(Представитель лаборатории контроля качества) _____

қолы подпись

20__ жылғы(года) "__" _____

Ұйымның бланісінде

На бланке организации

Жолдама

Направление

_____

денсаулық сақтау ұйымы (организация здравоохранения)

Республикалық қан орталығына (направляет в Республиканский центр

крови) қаптың (контейнердің) салмағын есептемей _____ литр қан

препараттарына өңдеуге _____ жіберді.

плазманың атауы (наименование плазмы)

(для переработки на препараты крови в количестве

_____ литров, без учета веса мешка (контейнера)).

Плазманың алынған күні, донациялау нөмірі және плазма мөлшері

20__ ж. "__" _____ жөнелтпе құжатта көрсетілген.

Дата получения плазмы, номера донаций и количество плазмы прилагаются

в накладной от "__" _____ 20__ г.

Директор

Бас бухгалтер (Главный бухгалтер)

МО (М.П.)

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 435/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 435/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ӨНІМДІ ЛИОФИЛИЗАЦИЯЛАУ ПРОЦЕСІН ЖАЗУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
ЗАПИСИ ПРОЦЕССА ЛИОФИЛИЗАЦИИ ПРОДУКТА

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Бөлімнің аға инженерінінің қалауы бойынша әр 30 мин. немесе әр сағат сайын кезекші	1. Запись осуществляет дежурный техник-аппаратчик через каждые 30 мин. или час, по усмотрению

техник-аппаратшы толтырады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	старшего инженера отдела. 2.Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Күні (Дата) _____ Өнімнің атауы (Наименование продукта)

_____

Компрессор (Компрессор включен) (в) _____ сағатта қосылды (час).

Іске қосылу (Загрузка произведена) (в) _____ жүргізілді (сағат) (час)

Уақыты Время		Қысымын тіркеу (атм, С) Регистрация давления (атм, С)				Тіркеу аспабының көрсеткіштері Показания регистрирующего прибора
кептіру сушки	жазу записи	майлар масла	конденсатордың конденсатора	сіңіру всасывания	орташа среднее	Температурасы Температура сублиматордың сублиматора
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Тіркеу аспабының көрсеткіштері Показания регистрирующего прибора						
Температурасы Температура						вакуум
төменгі кассетаның нижней кассеты	төменгі кассета өнімінің продукта нижней кассеты	орталық кассетаның средней кассеты	орталық кассета өнімінің продукта средней кассеты	жоғарғы кассетаның верхней кассеты	жоғарғы кассета өнімінің продукта верхней кассеты	
8	9	10	11	12	13	14

№ 435/е.-н. артқы беті

разворот ф. № 435/у

Ыдыстар саны (Количество сосудов) _____ әрқайсысы (по)

_____ мл. өніммен (мл. продукта) Сериясы (Серия) _____

Вакуум сорғышы (Вакуумный насос включен в) _____ сағат

қосылды (час.) Жылыту (Подогрев включен в) _____ сағатта қосылды (час.)

Реттеуші аспаптардың көрсеткіштері Показания регулирующих приборов				Жылыту қарқындылығын реттеушінің ұстанымы Позиция регулятора интенсивности подогрева			салқында-тушы иір түтікшенің ұстаным режимі позиция режима охлаждения змеевика	Ескертпе Приме-чание
Температурасы Температура			вакуум	төменгі кассетаның нижней кассеты	орталық кассе-таның средней кассеты	жоғарғы кассетаның верхней кассеты		
төменгі кассе-таның нижней кассеты	орталық кассе-таның средней кассеты	жоғарғы кассетаның верхней кассеты						
15	16	17	18	19	20	21	22	23

Кептіру аяқталды (Сушка окончена) 20__ жылғы(года) "__" _____

Кептірген техник (Сушил техник) _____

қолы (подпись)

Форма

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Минстерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 436/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу
Ж У Р Н А Л Ы
Ж У Р Н А Л
регистрации результатов контроля качества компонентов крови

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)
1. Сапаны бақылау бөлімшесінде (СББ) немесе өнімнің сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется в отделении контроля качества (ОКК) или лицами, на которых возложен контроль качества продукции 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Қан компонен-ттерінің атауы Наименование компонента крови	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындалған мерзімі Дата заготовки	Сақтау мерзімі Срок хранения	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля
1	2	3	4	5	6

Бақылау нәтижелері Результаты контроля							
Көлемі (объем) (мл)	Макробағалау Макрооценка	Гемоглобин г/доза	Гематокрит	Соңғы сақтаудағы гемолиз Гемолиз в конце хранения %	Эритроциттер 10^{12}/л (немесе 1 қан мөлшеріндегі 10^{12}/ балама) Эритроциты 10^{12}/л (или 10^{12}/ эквивалент 1 дозе крови)	Лейкоциттер 10^{9}/л (немесе 1 қан мөлшеріндегі 10^{9}/ балама) Лейкоциты 10^{9}/л (или 10^{9}/ эквивалент 1 дозе крови)	Тромбоциттер 10^{9}/л (немесе 1 қан мөлшеріндегі 10^{9}/ балама) Тромбоциты 10^{9}/л (или 10^{9}/ эквивалент 1 дозе крови)
7	8	9	10	11	12	13	14

Бақылау нәтижелері Результаты контроля											
Гранулоциттер гранулоциты	Нәруыз құрамы Содержание белка г/доза	Тұнған сұйықтықтағы белоктың мөлшері Количество белка в надосадочной жидкости г/доза	pH	Осмолярлығы Осмолярность	Стерилдыгы Стерильность					
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Қорытынды Заключение	Бақылау жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего контроль	Ескертпе Примечание
26	27	28

форматы А4

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 436-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ҚОЛДАРЫН ТАЗАЛАУДЫҢ ЖӘНЕ ДОНОРДЫҢ ШЫНТАҚ БҮГІЛЕТІН ЖЕР ТЕРІСІНІҢ ТИІМДІЛІГІН МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
Бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Бактериологиялық зертханада жүргізіледі. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Ведется в бактериологической лаборатории. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р-с № п/п	Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Бөлімше Отделение	Шайынды алу орны (қолды, шынтақ бүгілетін жер) Место взятия смыва (руки, локтевой сгиб)	Қолды, шынтақ бүгілетін жерді тазалау үшін пайдаланған зат Средство, использованное для обработки рук и локтевых сгибов
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Қолды, шынтақ бүгілетін жерді тазалауды		Себу күні, сіңіру ортасы	Зерттеу нәтижесі	Зерттеудің аяқталған күні және зерттеуді жүргізген адамның қолы

жүргізген адамның ТАӘ ФИО персонала, проводившего обработку	Зерттеу әдісі Метод исследования	Дата посева, питательная среда	Результат исследования	Дата окончания исследования и подпись проводившего исследование
7	8	9	10	11

Форма

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Минстерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 436-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу
Ж У Р Н А Л Ы
Ж У Р Н А Л
регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата

20____ жылғы (года) "___" _____ басталды (начато)	20____ жылғы (года) "__" _____ аяқталды (окончено)
1. Сапаны бақылау бөлімшесінде (СББ) немесе өнім сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется в отделении контроля качества (ОКК) или лицами, на которых возложен контроль качества продукции 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Қан компоненттерінің атауы Наименование компонента крови	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындалған мерзімі Дата заготовки	Сақтау мерзімі Срок хранения	Көлемі (объем) (мл)
1	2	3	4	5	6

Фибриноген мг/доза			
Сақтау мерзімінің бірінші айында В течение первого месяца хранения		Сақтау мерзімінің соңғы айында В течение последнего месяца хранения	
Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля
7	8	9	10

VIII факторы Фактор VIII МЕ/доза					
Бастапқы дәреже Исходный уровень		Сақтау мерзімінің бірінші айында В течение первого месяца хранения		Сақтау мерзімінің соңғы айында В течение последнего месяца хранения	
Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля
11	12	13	14	15	16

Қорытынды Заключение	Бақылау жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего контроль	Ескертпе Примечание
17	18	19

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 437/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма 437/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 437/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан компоненттері мен препараттарын өндіру үшін негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарды кіріс бақылау журналы
Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови

20____ жылғы (года) "___"_____ ____басталды(начато)	20____ жылғы (года) "___"_____ ___аяқталды(окончено)

1. Шикізат түсу барысында сапаны бақылау бөлімшесі (СББ) толтырылады.

Заполняется отделением контроля качества (ОКК) по мере поступления сырья

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

р/с № п/п	**Күні Дата**		**Өнім беруші Поставщик**	**Түскен материалдардың атауы, Наименование поступивших материалов**	**Сериясының немесе партияның №, № серии или партии**	**Жарамдылық мерзімі Срок годности**	**Сыртқы түрі Внешний вид**
	ҚО-ға түсуі Поступления в ЦК	Кіріс бақылау өкілінің Т.А.Ә(болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии)					

		представителя входного контроля					
1	2	3	4	5	6	7	8

Қаптамасы Упаковка	**Таңбасы Маркировка**	**Төлқұжаттың немесе сертификаттың бар болуы Наличие паспорта или сертификата**	**Өндіруші ұйым Организация-изготовитель**	**Зерттеуді жүргізген зертхананың атауы Наименование лаборатории, проводившей исследование**	**Зерттеу нәтижелері (акт №, қорытынды) Результаты исследований (№ акта, заключение)**	**КБ маманының қолы, күні Подпись специалиста, проводившего ВК, дата**
9	10	11	12	13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 438/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 438/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ШӨЛМЕКТЕР МЕН ТЫҒЫНДАРДЫ ӨҢДЕУ САПАСЫН БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОБРАБОТКИ БУТЫЛОК И ПРОБОК

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. СББ немесе өнімнің сапасын техникалық қадағалауды жүктелген адамдар жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Ведется в ОКК или лицами, на которых возложен технический контроль качества продукции 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Күні Дата		Тотығуы Окисляемость					Сыртқы активті заттар (САЗ) Поверх-ностно-активные вещества (ПАВ)	Шөлмектерді көзбен бағалау Визуальная оценка бутылок	СББ-нің қорытын-дысы Заключение ОКК	Тексе-руге жауапты адамның қолы Подпись ответст-венного лица
Өңдеу обработки	Бақылау контроля	Шөлмектер сыйымдылығы (мл) Бутылок емкостью(мл)				Тығын-дардың пробок				
		50	100	250	500					
1	2	3	4	5	6	7	8		9	10

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 439/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 439/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

САПАНЫ БАҚЫЛАУ БӨЛІМІНЕ (СББ) ҰСЫНЫЛҒАН ӨНІМДЕРДІ КӨЗБЕН БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИЗУАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ПРОДУКЦИИ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ ОТДЕЛУ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА (ОКК)

_____

өнімнің атауы (наименование продукции)

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Өнімнің бақылауға келіп түсуінеқарай СББ немесе өнімнің сапасынқадағалау жүктелген адамдар жүргізеді 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Ведется в ОКК или лицами, на которых возложен контроль качества продукции по мере поступления продукции на контроль 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

р/с № п/п	Өнімнің СББ-ге ұсынылған күні Дата предъявления продукции ОКК	Серия нөмірі Номер серии	Дайындалған күні Дата изготовления	Ыдыстар саны Количество сосудов				Өндіріс бөлімшесі меңгерушісінің қолы Подпись зав. производственного отделения
				Дайындалды изготовлено	Өндіріске жарамсыз деп табылды Забраковано на производстве	Жарамсыздық себебі Причина брака	СББ-ға бақылауға ұсынылды Предъявлено на контрольОКК	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

Ыдыстар саны Количество сосудов							СББ бақылаушысының қолы Подпись контролера ОКК
СББ-де қаралды Просмотрено ОКК	СББ жарамсыз деп тапты Забраковано ОКК	Жарамсыздық себебі Причина брака	СББ қабылдады Принято ОКК	Бақылауға алынды Взято на контроль	Мұрағаттық үлгілер мұражайына қойылды Заложено в музей архивных образцов	Дайын өнімдер қоймасына беруге К выдаче на склад готовой продукции	
10	11	12	13	14	15	16	17

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 439-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 439-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қан компоненттерінің, препараттарының, қаналмастырғыш заттардың сынақ үлгілерін Республикалық сапаны бақылау зертханасында сапасын тексеруге іріктеп алу
АКТІСІ
АКТ
отбора проб компонентов, препаратов крови, кровезаменителей для проверки их качества в Республиканскую лабораторию контроля качества

Қала (Город) _____ 20__ жылғы(года) “__” _____

күні (от)

Дайын өнімдер қоймасынан (Со склада готовой продукции) _____

_____

кәсіпорынның атауы (наименование предприятия)

Келесі препараттардың үлгілері алынды

Проведено изъятие образцов следующих препаратов

Препараттардың атауы Наименование препаратов	Көлемі Кол-во	Сериясы Серия	Ескертпе Примечание

Қолдары (Подписи):

Ұйымның ТББ бастығы Дайын өнімдер қоймасының меңгерушісі

(начальник ОТК организации) (Заедующий складом готовой продукции)

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 440/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 440/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

БИОЛОГИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ БИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Өнімнің бақылауға түсу барысында толтырылады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Заполняется по мере поступления продукции на контроль 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

№ 440/е.-н. 2-беті

стр.2 ф. № 440/у

ХАТТАМА
ПРОТОКОЛ
№ _____

Препараттың атауы (Наименование препарата) _____

Серия № _____ Сынақ күні (Дата испытания) _____

1. Пирогендікке сынау. Испытание на пирогенность.

үй қояндарының №№ кроликов	үй қояндарын сынаққа дайындау подготовка кроликов к испытанию							
	1-күн 1день	2-күн 2день	3-күн 3 день		4-күн 4 день	5-күн 5 день		жануар-лардың сынақта қайталануы повторность животных в опыте
	күні дата	күні дата	күні дата		күні дата	күні дата		
	салмағы вес		салмағы вес	темпера-турасы темпера-тура		салмағы вес	темпера-турасы температура	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

Пирогендікке сынау испытание на пирогенность							
бастапқы темпера-турасы исходная темпера-тура	салмағы вес	Енгізілген препараттың мөлшері Кол-во введенного препарата	Температурасын өлшеу Измерение температ. через			температура-ның ауытқуы отклонение температур	Температура-ның ең жоғарғы ауытқуларының жиынтығы Сумма максимальных отклонений температур
			1 сағ. соң 1 час	2 сағ. соң 2 часа	3 сағ. соң 3 часа		
10	11	12	13	14	15	16	17

Қорытынды (Заключение): _____

_____

Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____

2. Уыттылыққа, зиянсыздыққа сынау. Испытание на токсичность, безвредность

Жануарлар түрі Вид животных	Жануарлар саны Количество животных	Салмағы Вес	Енгізу әдісі Метод введения	Енгізу уақыты (жылдамдығы) Время (скорость) введения
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Тест-Доза	Реакциялар Реакции	Бақылау мерзімі Срок наблюдения	Сынақ нәтижелері результаты испытания		
			тірі живы	жергілікті реакция местная реакция	өлгендер пали
6	7	8	9	10	11

Қорытынды (Заключение): _____

_____

Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____

№ 440/е.- н. 3-беті

Стр. 3 ф. № 440/у

3. Жануарлардың тәжірибеде қайта пайдалануы.

Повторность использования животных в опыте

Қояндардың № № кроликов	Сынақ күні Дата испытания	Хаттама нөмірі Номер протокола	Енгізілген препараттың сипаттамасы Характеристика введенного препарата				Қорытынды заключение	Сынақ жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего опыт
			препараттың атауы наименование препарата	серия нөмірі номер серии	пирогендік пирогенность	уыттылығы токсичность		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 441/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 441/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ПРЕПАРАТТАРДЫ, ЕРІТІНДІЛЕР МЕН ИНЪЕКЦИЯҒА АРНАЛҒАН СУДЫ ФС (ВФС)-ке СӘЙКЕС ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕЛЕРІН ЖӘНЕ ТАЛДАУ ТӨЛҚҰЖАТТАРЫНЫҢ БЕРІЛУІН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНТРОЛЯ ПРЕПАРАТОВ, РАСТВОРОВ И ВОДЫ ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ В СООТВЕТСТВИИ С ФС (ВФС) И ВЫДАЧИ АНАЛИТИЧЕСКИХ ПАСПОРТОВ

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Өнімнің әр сериясын тексеріп болған соң ТТБ - да толтырылады. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Заполняется ОТК после завершения контроля каждой серии продукции. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р/с № п/п	Бақылауға алынған препарат сериясының нөмірі Номер серии, контроли-руемого препарата	Сериядағы өнім мөлшері (л, дана және т.б.) Количество продукции в серии (л, шт. и т.д.)	Бақылау нәтижесі Результаты контроля													
			физикалық-химиялық бақылау физико-химический контроль													
			зерттеу нөмірі номер исследо-вания	зерттеу күні дата исследо-вания	көрсеткіштер атауы наименование показателей											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

ФС (ВФС) бойынша по ФС (ВФС)					
биологиялық бақылау биологический контроль					
пирогендік пирогенность			уыттылығы немесе зиянсыздығы токсичность или безвредность		
зерттеу нөмірі номер исслед.	зерттеу күні дата исслед.	нәтиже результат	зерттеу нөмірі номер исслед.	зерттеу күні дата исслед.	нәтиже результат
19	20	21	22	23	24

продолжение таблицы

ФС (ВФС) бойынша по ФС (ВФС)			ТТБ-нің қорытындысы Заключение ОТК	ТТБ-нің қолы подпись ОТК	талдау төлқұжаты аналитический паспорт		
бактериологиялық бақылау бактериологический контроль					нөмірі номер	берілу күні дата выдачи	алушының қолы подпись получателя
зерттеу нөмірі номер исслед.	зерттеу күні дата исслед.	нәтиже результат					
25	26	27	28	29	30	31	32

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 442/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 442/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ТАЛДАУ ТӨЛҚҰЖАТЫ
АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ
№ _____

на _____

Серия № _____ Мөлшері (В количестве) _____

серияда (в серии)

Шыққан күні (Дата выпуска) _____

Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

Талдау (Анализ выполнен по) _____ бойынша жүргізілді

Р/с № п/п	Көрсеткіштер атауы Наименование показателей	Нормативтік техникалық құжаттардың талаптары Требования нормативно-технических документов	Бақылау нәтижелері Результаты контроля
1	2	3	4

Қорытынды (Заключение) _____

_____

_____

20__ жылғы (года) "__" _____

ТТБ меңгерушісі (Заведующий ОТК) _____

қолы (подпись)

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 443/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 443/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ӨНІМНІҢ ДАЙЫН ӨНІМ ҚОЙМАСЫНА БЕРІЛУІН ТІРКЕУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ ВЫДАЧИ ПРОДУКЦИИ НА СКЛАДЕ ГОТОВОЙ ПРОДУКЦИИ

_____
өнімнің атауы (наименование продукции)

	1. Ведется в ОКК или лицами, на которых возложен контроль качества продукции при предъявлении и подписании накладной на выдачу продукции
1. СББ немесе өнімді беру жөнелтпе құжатын ұсыну немесе оған қол қою барысында өнімге сапалық бақылау жүктелген адамдар жүргізеді. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	

	2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Берілген күні Дата выдачи	Серия нөмірі Номер серии	Жөнелтпе құжаттың нөмірі Номер накладной	Талдау төлқұжаты бойынша По аналитическому паспорту			Дайын өнім қоймасына берілді Выдано на складе готовой продукции			Жауапты адамның қолы Подпись ответст-венного лица
				Ыдыс саны Коли-чество сосудов	Ыдыс көлемі Объем сосуда	Барлығы Всего л	Ыдыс саны Коли-чество сосудов	Ыдыс көлемі Объем сосуда	Барлығы, л Всего, л	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 444/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 444/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

САПАНЫ БАҚЫЛАУ БӨЛІМШЕСІ (СББ) ЖАРАМСЫЗ ДЕП ТАПҚАН ҚАН ПРЕПАРАТТАРЫН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ ПРЕПАРАТОВ КРОВИ, ЗАБРАКОВАННЫХ ОТДЕЛЕНИЕМ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА (ОКК)

1. СББ немесе өнімнің сапасын қадағалау жүктелген адамдар жүргізеді	1. Ведется в ОКК или лицами, на которых возложен контроль качества продукции 2. Страницы должны быть

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

р/с № п/п	Өнімнің атауы Наимено-вание продукции	Серия нөмірлері Номера серий	Мөлшері (л, сауыт, амп.) Количество (л, фл., амп.)	Өнім қандай көрсетімдер бойынша жарамсыз деп табылды По каким показаниям забракована продукция	Күні Дата	Қабылданған шаралар (қайта өңдеуге жіберілді, жойылды және т.б.) Принятые меры (направлено на переработку уничтожено и пр.)	СББ-ға жауапты тұлғаның қолы Подпись ответственного лица ОКК
1	2	3	4	5	6	7	8

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 444-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 444-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

_____
дайындаушы кәсіпорынның атауы (наименование предприятия-изготовителя)
Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) есепке алу ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета рекламации (претензий) на продукцию

Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен бекітіліп, ТББ бастығының қолы қойылуы тиіс	Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью, подписаны начальником ОТК

Р/с № п/п	Өнімнің атауы, серия нөмірі, НТҚ Наименование продукции, номер серии, НТК	Рекламация түскен күн Дата поступления рекламации	Өнімге рекламация білдірген ұйымның атауы Наименование организации, предъявившей рекламацию	Рекламация мазмұны Содержание рекламации	Жарамсыз деп табылған өнімнің құны Стоимость забракованной продукции
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Қайтарылған өнімнің мөлшері Количество возвращенной продукции	Рекламацияның қаралған күні Дата рассмотрения рекламации	Қабылданған шешім Принятое решение	Ақауларды жою (болдырмау) туралы қабылданған іс-шаралар Меры, принятые по устранению (недопущению) дефектов	Рекламациядан болған шығын Потери от рекламации
7	8	9	10	11

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 445/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 445/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

МҰРАҒАТТЫҚ ҮЛГІЛЕР МЕН ОЛАРДЫ БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУДІ ЕСЕПКЕ АЛУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ УЧЕТА АРХИВНЫХ ОБРАЗЦОВ И РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИХ КОНТРОЛЯ

1. Нысан қан қызметі ұйымдары шығаратын, арбитраждық талдау жүргізуге арналған препараттар үлгілерін есепке алу және препараттарды сақтау барысында	1. Форма применяется для учета образцов препаратов, выпускаемых организациями службы крови и предназначенных для выполнения арбитражных анализов, а также для

олардың сапасын бақылау үшін қолданылады. 2. Журнал ТТБ-де үлгілердің түсуі және оларды талдау барысында жүргізіледі. 3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	наблюдения за качеством препаратов в процессе их хранения 2. Журнал ведется в ОТК и заполняется по мере поступления образцов и проведения их анализа 3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Препарат дайындалған күн Дата изготовления препарата	Серия нөмірі Номер серии	Үлгілер саны Количество образцов	Жарам-дылығы Годен до	Препарат үлгілерінің физикалық қасиеттерін тексеру нәтижелері мен күні Дата и результаты контроля физических свойств образцов препарата	
				бақылау жылы год контроля	I жартыжылдық I полугодие
					бақылау нәтижесі результат контроля
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Препарат үлгілерінің физикалық қасиеттерін тексеру нәтижелері мен күні Дата и результаты контроля физических свойств образцов препарата			Күні Дата		ТТБ меңгеруші-сінің қолы Подпись заведующего ОТК
I жартыжылдық I полугодие	II жартыжылдық II полугодие		үлгілерді алу изъятия образцов	үлгілерді іске асыру реализации образцов	
жауапты адамның қолы подпись ответственного лица	бақылау нәтижесі результат контроля	жауапты адамның қолы подпись ответственного лица			

7	8	9	10	11	12

А4 форматы **Формат А4**	**БСН бойынша ұйым коды _____** **Код организации по БИН _____**
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма 446/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донорлық / дербес сақтауға арналған
кіндік қан үлгілерін банктеу процедурасын тіркеу журналы
(Журнал регистрации процедуры банкирования образцов плацентарной крови для донорского/ персонального хранения)

20__ жылғы(года) "___" ___ басталды(начато)	20__ жылғы(года) "___" _____ аяқталды(окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады
(журнал заполняется ответственным лицом лаборатории)
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
(страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

Р/с	**Кіндік қанды жинау (күні, уақыты,**	**Кіндік қанды жеткізу**	**Донор-әйел және нәресте туралы мәліметтер (Данные о женщине-доноре и новорожденном)**		**Кіндік қан жөніндегі мәліметтер (жалпы, жұмыс, таза**	**Донордың перифериялық қанның трансфузиялық инфекцияларға тек нәтижелері (Результаты обследования периферической крови донора на трансфузионные инфекции)**			
			Аты-жөні(болған жағдайда)						

№ (№ п/п)	**жинау орыны) (Сбор плацентарной крови (дата , время, место сбора))**	**(күні, уақыты) (Доставка плацентарной крови (дата, время))**	туған күні, қан тобы, резус, ұлты, мекен жайы ФИО(при его наличии) дата рождения , группа крови, Rh, национальность , домашний адрес)	Жүктілік, босану реті (Беременность , роды по счету) Нәрістенің жынысы және салмағы (Поли вес ребенка)	**салмағы, дозада*10 ^9 ЯЖ) (Данные по ПК (общий, рабочий, чистый вес, ЯСК, *10^9 в дозе))**	Маркерлер Маркеры	Күні (Дата)	Зерттеу № (№ исследования)	Нәт Резу.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
						АИТВ-1,2 (ВИЧ-1,2)			
						ВГВ			
						ВГС			
						Мерез (Сифилис)			
						ПТР (ПЦР)			

Иммуногематологиялық зерттеу күні және нәтижелері (Дата и результаты иммуногематологического исследования)	**Процессингке рұқсат беру жөнінде белгі Рұқсат берілген жағдайда штрих-код қою/ жарамсыз жағдайда – себебін көрсету (Отметка о допуске к процессингу . В случае допуска присвоить штрих-код, при выбраковке - указать причину)**	**Өнім (ГДЖ үлгісі) туралы мәліметтер (Данные о продукте (образце ГСК))**				
		Процессинг және криоконсервация туралы мәліметтер бөліп алу әдісі, мұздату күні, сақтау орны (криомұздатқыш) (Данные о процессинге и криоконсервации , метод выделения, дата заморозки , место хранения (криохранилище))	Көлемі , мл ЯЖ, дозада *10^7 CD34+ , % CD34+ , *10 ^6/кг (Объем , мл ЯСК, *10^7 в дозе CD34+ , % CD34+ , *10 ^6/кг)	Стерильдікке тексеру (нәтижені алу күні, талдау №, нәтиже) (Исследование на стерильность (дата получения результата, № анализа, результат))	HLA-типирлеу нәтижелері (Результаты HLA-типирования)	Алу кү (бақылау трансплата беру) (Дата изъ (выдачи контрол трансплан))
11	12	13	14	15	16	17

Анасы (Мать)						
Кіндік қаны (Плацентарная кровь)						

Форма

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Минстерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 446-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 446-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

Формат А4 А4 форматы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 446-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

	Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 446-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	Приложение 7-1 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приказ дополнен приложением 7-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Денсаулық сақтау ұйымдарының есеп медициналық құжаттамасының формалардың тізімі және

оларды сақтау мерзімдері/

Перечень форм первичной учетной медицинской документации

организаций здравоохранения и сроки их хранения

1. Стационарда қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы/

Медицинская учетная документация, используемая в стационаре

Р/с №№п/п	**Форманың атауы/Наименование формы**	**Форманың нөмірі/ Номер формы**	**Формат**	**Құжаттың түрі/Вид документа**	**Сақт мерз /Сро хран**
1	2	3	4	5	6
2	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта больного туберкулезом	ТБ 01/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 ж ле
3	Туберкулезге шалдыққан iv категориялық науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта больного туберкулезом категории IV	ТБ 01/у – категория IV	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 ж ле

4	Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеу журналы (облыс, қала, аудан) Журнал регистрации больных туберкулезом область, город, район	ТБ 03/у	А4	Журнал	5 ж ле
5	Туберкулезбен ауыратын iv санаттағы науқастарды тіркеу журналы / Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV	ТБ 11/у	А4	Журнал	5 ж ле
6	Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы (дәріханалық қоймалармен туберкулезге қарсы ұйымдарының бөлімшелеріне) Журнал учета противотуберкулезных препаратов (для аптечных складов и отделений противотуберкулезных организаций)	ТБ 12/у	А4	Журнал	5 ж ле
7	Туберкулезге қарсы препараттардың қозғалысы туралы стеллажды карта/ Стеллажная карта движения противотуберкулезных препаратов	ТБ 19/у	А4	Бланк	3 ж го
8	Жөнелтпе құжат/ Накладная	ТБ 20/у	А4	Бланк	3 ж го
9	Стационарлық науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта стационарного больного	003/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	25 ж ле
10	Жүктілікті үзудің медициналық картасы/ Медицинская карта прерывания беременности	003-1/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 ж ле
11	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу журналы/ Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее компонентов, препаратов, диагностических стандартов	005-2/у	А4	Журнал	5 ж ле
12	Медициналық ұйымдарда қанның компоненттері мен препараттарын есептен шығаруды және жоюды тіркеу журналы/ Журнал регистрации списания и утилизации компонентов и препаратов крови в медицинских организациях	005-4/у	А4	Журнал	5 ж ле
13	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы/Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/у	А4	Журнал	5 ж ле
14	Науқастар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы/ Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	007/у	А4	Бланк	1 ж го
15	Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу журналы/ Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	008/у	А4	Журнал	50 ж ле
16	Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы/ Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред	009/у	А4	Журнал	5 ж ле
17	Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу журналы/ Журнал учета реципиентов крови и ее компонентов	009-1/у	А4	Журнал	5 ж ле
18	Стационарда босануды жазу журналы/Журнал записи родов в стационаре	010/у	А4	Журнал	25 ж ле
19	Патологогистологиялық зерттеуге жолдама (материалдың жолданған күні мен сағаттары)/Направление на патологогистологическое исследование	014/у	А5	Бланк	1 ж го
20	Мәйіттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы/ Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов	015/у	А4	Журнал	5 ж ле
21	Биологиялық өлімді констатациялау актісі/ Акт констатации биологической смерти	017/у	А5	Бланк	25 ж ле

22	Транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу актісі/Акт об изъятии органов тканей у донора - трупа для трансплантации	018/у	А5	Бланк	25 ж ле
23	Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі/ Акт констатации смерти на основании смерти мозга	019/у	А4	Бланк	25 ж ле
24	Республикалық деңгейде жоғары мамандандырылған консультациялық-диагностикалық көмек алуға жолдама / Направление на получение специализированной консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне	021/у	А5	Бланк	5 ж ле
25	Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі) оқиғаларды тіркеу журналы/ Журнал учета происшествий в наркологической организации для принудительного лечения (отделении) и учета лиц, содержащихся в изоляторе наркологической организации для принудительного лечения (отделении)	022/у	А4	Журнал	5 ж ле
26	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы/ Журнал учета консервированного костного мозга	024/у	А4	Журнал	25 ж ле
27	Қатерліісікпенауырғанстационарлықнауқастыңмедициналықкартасынан көшірме /Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием	027-1/у	А4	Бланк	10 ж ле
28	Науқаста асқынған түрдегі қатерлі ісік (IV клиникалық топ) анықталған жағдайға толтырылатын хаттама /Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования клиническая группа IV	027-2/у	А4	Бланк	5 ж ле
29	Материалды цитологиялық зерттеугежолдама/ Направление материала на цитологическое исследование	027-3/у	А5	Бланк	5 ж ле
30	Консервіленген донорлық тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) паспорты/ Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)	034/у	А5	Бланк	25 ж ле
31	Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы комиссиялық куәландырудың медициналық қорытындысы №_____ / Медицинское заключение №_____по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его больным психическим расстройством заболеванием	056/у	А4	Бланк	25 ж ле
32	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы Статистическая карта выбывшего из стационара	066/у	А4	Бланк	1 ж го
33	Наркологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из наркологического стационара	066-1/у	А4	Бланк	1 ж го
34	Онкологиялық стационардан шыққан адамныңстатистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из онкологического стационара	066-2/у	А4	Бланк	1 ж го
35	Психиатриялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из психиатрического стационара	066-3/у	А4	Бланк	1 ж го
	Стационардан шыққан адамныңстатистикалық картасы (жүкті, босанған әйелге және жаңа туған (өлі туған) нәрестеге)				

36	/ Статистическая карта выбывшего из стационара (беременной, родильницы и новорожденного (мертворожденного))	066-5/у	А4	Бланк	1 ж го
37	Босану тарихы/ История родов	096/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	25 ж ле
38	Нәрестенің даму тарихы/История развития новорожденного	097/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	25 ж ле
39	Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) журналы Журнал отделения палаты новорожденных	102/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 ж ле

2. Стационарлар мен амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы/

Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях

Р/с №№ п/п	**Форманың атауы/Наименование формы**	**Форманың нөмірі/ Номер формы**	**Формат**	**Құжаттың түрі/Вид документа**	**Сақтау мерзімі /Срок хранения**
1	2	3	4	5	6
1	Консультацияға, диагностикалық зерттеуге жолдама / Направление на консультацию, диагностическое исследование	001-4/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
2	Психикалық белсенді затты қолдану және мас болу күйін медициналық куәландыруды тіркеу журналы / Журнал регистрации медицинского освидетельствования для установления психоактивного вещества и состояния опьянения	022-2/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
3	Тәуелсіз сарапшының есеп картасы / Учетная карта независимого эксперта	023/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
4	Амбулаториялық, стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме / Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/у	А5	Бланк	3 жыл/ года
5	Емшараларды есепке алу журналы / Журнал учета процедур	029/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
6	Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы / Журнал учета разведенных цитостатиков	029-1/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
7	Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы / Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии	035/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
8	Дәрігерлік – консультациялық комиссияның қорытындысы / Заключение врачебно – консультационной комиссии	035-1/у	А4	Бланк	3 жыл/ года

9	Анықтама / Справка	035-2/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
10	ЕурАзЭҚ кіретін елдердегі еңбекші-мигранттың денсаулық жағдайы жөніндегі медициналық қорытынды (Медицинское заключение о состоянии здоровья трудящегося-мигранта государства-члена ЕврАзЭС)	035-3/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
11	Жұмыс істеп жүрген мигранттың тексеріп-қарауға жіберу жолдамасы / Направление трудящегося мигранта на медицинское обследование	035-4/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
12	Еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы / Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у	А4	Кітап (Книга)	3 жыл/ года
13	СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы / Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ	038/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
14	Рентген-диагностикалық бөлімшесінің, УДЗ және компьютерлік томография бөлмесінің жұмысын есепке алу күнделігі / Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения, кабинета УЗИ и компьютерной томографии	039-5/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
15	Эндоскопиялық бөлімшенің (бөлмесінің) жұмысын есепке алужурналы / Журнал учета работы эндоскопического отделения кабинета	039-7/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
16	Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы / Журнал работы отделения кабинета функциональной диагностики	039-8/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
17	Физиотерапиялық бөлімшенің (бөлменің) күнделігі/ Дневник физиотерапевтического отделения кабинета	046/у	А3	Бланк	1 жыл/ год
18	Рентгенологиялық, ультрадыбыстық (УДЗ), компьютерлік-томографиялық (КТ) және магниттік-резонанстық томографиялық (МРТ) зерттеулерді жазу журналы / Журнал записи рентгенологических, ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований	050/у	А4	Журнал	6 жыл/ лет
19	Сәуле терапиясының журналы / Журнал лучевой терапии	051-1/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
20	Инфекциялық, паразиттік ауру, тамақтан, кенеттен кәсіби улану, екпеге әдеттегіден бөлек реакция болғаны туралы шұғыл хабарлама / экстренное извещение об инфекционном, паразитарном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
21	Инфекциялық ауруларды тіркеу журналы / журнал учета инфекционных заболеваний	060/у	А5	Журнал	3жыл/ года
22	Венерологиялық аурумен ауырған адамға ескерту/ Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью	065-2/е	А5	Бланк	1 жыл (год)

23	Әлеуметтік-медициналық сараптамаға жолдау / направление на медико-социальную экспертизу	088/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
24	Мүгедектерді тіркеу жене медициналық оңалту журналы / журнал регистрации и реабилитации инвалидов	088-1/у	А4	Журнал	3жыл/ года
25	Пациент/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі / Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида	088-2/у	А4	Бланк	25 жыл/ лет
26	Өмірінде бірінші рет белсенді туберкулез, көбінесе жыныстық жолмен жұғатын инфекция, трихофития, микроспория, фавус, қышыма, трахома, психикалық ауру диагнозы қойылған науқас туралы хабарлама / Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, инфекции, передающейся преимущественно половым путем, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания	089/у	А5	Бланк	3жыл/ года
27	Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы Мәлімдеме / Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования	090/у	А4	Бланк	3жыл/ года
28	Ағза (ағза бөлігінің) реципиенттіңтуралы Мәлімдеме/ Извещение о реципиенте органа (части органа)	090-1/у	А4	Бланк	3жыл/ года
29	ГБО сеанстарын тіркеу журналы / Журнал регистрации сеансов ГБО	093-1/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
30	Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан немесе есірткелік жіті уыттанған уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы Анықтама / Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий , связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией	094/у	А5	Бланк	3 жыл/ года
31	Анықтама студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны,карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы / Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию	095/у	А5	Бланк	3 жыл/ года
	Анықтаманың бақылау талоны. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы № _ анықтама / Контрольный				

32	талон к справке. Справка о временной нетрудоспособности	095-2/у	А5	Бланк	3 жыл/ года
33	Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын пайдалану туралы тіркеу журналы / Журнал учета использования канала телекоммуникаций телемедицинским центром	099-3/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
34	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы/ Заключение судебно-психиатрической экспертизы	100/у	А4	Бланк	25 жыл/ лет
35	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру Қорытындысы / Заключение психиатрического освидетельствования осужденного	101/у	А5	Бланк	дмн*
36	ИКСИЭКҰ шарасын өткізу хаттамасы / Протокол проведения процедуры ЭКО ИКСИ	103/у	А4	Бланк	10 жыл/ лет
37	Медициналық туу туралы куәлік/ Медицинское свидетельство о рождении	103-12 / у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
38	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың Қорытындысы / Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	104/у	А4	Бланк	дмн*
39	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы / Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	105/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
40	Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қылмыстық және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации приема, выдачи дел уголовных и гражданских и заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий	105-1/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
41	Медициналық қызметтерді көрсету ақауларынесепке алу картасы (МҚАЕ) / Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (ДОМУ)	106/у	А4	Бланк	дмн*
42	Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік / Медицинское свидетельство о смерти	106 -12 /у	А4	Бланк	15 жыл/ лет
43	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік / Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	106-2 - 12/у	А4	Бланк	15 жыл/ лет
44	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы / Обменная карта беременной и родильницы	113/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
45	ЭКҰ тағайындау парағы (Лист назначения ЭКО)	125/у	А4	Бланк	1 жыл / год
46	Медициналық манипуляцияларды жүргізу кезіндегі апаттық жағдайларды тіркеу журналы / Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций	135/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет

47	АИТВ-инфекциясына қан алуды есепке алу журналы / Журнал учета забора крови на ВИЧ – инфекцию	136/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
48	Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін денсаулық сақтау саласында ғылыми, ғылыми-педагогикалық, жетекшілік жұмыспен айналысатын маманның есепке алу картасы / Учетная карта специалиста, занимающегося научной, научно-педагогической, руководящей работой в здравоохранении для централизованного автоматизированного учета	137/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
49	Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін маманның есепке алу картасы / Учетная карта специалиста, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета	137-1/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
50	Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін орта медициналық және фармацевтикалық білімі бар маманның есепке алу картасы / Учетная карта специалиста со средним медицинским и фармацевтическим образованием, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета	137-2/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
51	Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы / Карта учета, родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет	2009/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
52	Ана өлім-жітімін есепке алу картасы / Карта учета материнской смертности	2009-1/ у	А4	Бланк	1 жыл/ год

3. Амбулаториялық-емханалық ұйымдарында қолданылатын медициналық есеп құжаттамасы/

Медицинская учетная документация, используемая в амбулаторно- поликлинических организациях

Р/с №№ п/п	**Форманың атауы/Наименование формы**	**Форманың нөмірі/ Номер формы**	**Формат**	**Құжаттың түрі/Вид документа**	**Сақтау мерзімі /Срок хранения**
1	2	3	4	5	6
1	Стационарға*, күндізгі стационарға** емдеуге жатқызуға жолдама / Направление на госпитализацию в стационар, в дневной стационар	001-3/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
2	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы / Медицинская карта амбулаторного пациента	025/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет

3	Дәрігердің қабылдауына арналған талон / Талон на прием к врачу	025-4/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
4	Амбулаториялық пациенттің картасы (Карта амбулаторного пациента)	025-5/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
5	Баланы профилактикалық медициналық тексерудің (Скринингтің) статистикалық картасы/ Карта профилактического осмотра (скрининга ребенка)	025-7/у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
6	Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) амбулаториялық пациенттің үшін картасы / Карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента	025-8/у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
7	Баланың медициналық картасы(Мектеп, мектеп-интернат, бала бақша, бүлдіршіндер бақшасы үшін) / Медицинская карта ребенка (для школы, школы-интерната, детского сада, яслей-сада)	026/у	А5	Дәптер/ Тетрадь	10 жыл/ лет
8	Баланың медициналық картасы (балалар үйі үшін) (қыз бала) / Медицинская карта ребенка (для детского дома) (девочка)	026-1/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	10 жыл/ лет
9	Баланың медициналық картасы (балалар үйі үшін) (ұл бала) / Медицинская карта ребенка (для детского дома) (мальчик)	026-2/у	А4	Дәптер/ Тетрадь,	10 жыл/ лет
10	Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы / Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у	А5	Бланк	5 жыл/ лет
11	"В" және "С" вирусты гепатиттерге тексерілгендер және ауыратын науқастарды жеке есепке алу картасы (Карта индивидуального учета обследованных и больных вирусными гепатитами "В" и "С")	030-1/е	А4	Бланк	25 жыл (лет)
12	Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы / Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством	030-2/у	А4	Бланк	25 жыл/ лет
13	Диспансерлік бақылаудың тексеру картасы (онко) / Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)	030-6/у	А4	Бланк	25 жыл/ лет
14	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу кітабы / Книга записи вызовов врачей на дом	031/у	А4	Кітап (Книга)	3 жыл/ года
15	Үйде босануды жазу журналы / Журнал записи родовспоможения на дому	032/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
16	Стоматологиялық емхананың, бөлімшенің, бөлменің стоматолог- (тіс) дәрігерінің жұмысын күнделікті есепке алу парағы / Листок ежедневного учета работы врача стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета	037/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
17	Ортопед (ортодонт) стоматолог- дәрігерінің күнделікті жұмысын есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ортодонта))	037-1/е	А5	Бланк	1 жыл (год)

18	Емханада (амбулаторияда), диспансерде, консультацияда, үйде науқастарды қарауды есепке алу ведомосы / Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, консультации и на дому	039/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
19	Денсаулық пунктінің, фельдшерлік-акушерлік пункттің орташамедициналық персоналына қаралуды есепке алу ведомосы / Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта	039-1/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
20	Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық қабылдаулар жұмысының Жиынтық ведомосы / Сводная ведомость ежедневного учета работы врача-стоматолога терапевтического и хирургического приемов стоматологических организаций всех форм собственности	039-2/у	А4	Бланк	1жыл/ год
21	Стоматолог-ортодонт-дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога-ортодонта)	039-3/е	А4	Бланк	1 жыл (год)
22	Стоматолог-ортопед дәрігердің жұмысын есепке алудың жиынтық ведомосы (Сводная ведомость учета работы врача стоматолога ортопеда)	039-4/е	А3	Бланк	1 жыл (год)
23	Емхананың/әйелдер консультациясының орта медперсоналының жұмысын есепке алудыңжиынтық ведомосы / Сводная ведомость учета работы среднего медперсонала поликлиники/женской консультации	039-6/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
24	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы / Медицинская карта стоматологического больного	043/у	А5	Дәптер/ Тетрадь	5 лет
25	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы / Карта обратившегося за антирабической помощью	045/у	А5	Бланк	3 года
26	Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп-қарауды есепке алу журналы / Журнал учета профилактических осмотров полости рта	049/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
27	Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-қарау картасы / Карта профилактических флюорографических обследований	052/у	А5	Бланк	1жыл/ год
28	Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емдеу картасы Лечебная карта допризывника	053/у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
29	Әскерге шақырғанға дейінгілердің жеке тізімі (жүйелі түрде емдеуге) / Именной список допризывников для систематического лечения	054/у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы				

30	(Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг)	055/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
31	Әлеуметтік қызметкермен/ психологпен толтырылатын пациенттің картасы / Карта пациента, заполняемая социальным работником/ психологом	055-1/у	А5	Бланк	3 жыл/ года
32	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны / Талон прикрепления к медицинской организации	057/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
33	Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік – бақылау картасы / Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена	061/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	3 жыл/ года
34	Профилактикалық екпелердің картасы / Карта профилактических прививок	063/у	А5	Бланк	5 жыл/ лет
35	Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы / Журнал учета профилактических прививок	064/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
36	Жаңа туған нәрестелерге (перзентхана) профилактикалық екпелерді есепке алу журналы / Журнал учета профилактических прививок новорожденным роддома	064-1/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
37	Вакциналар қозғаласының журналы/ Журнал движения вакцин	064-2/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
38	Жыныстық аурумен ауыратын науқастың медициналықкартасы / Медицинская карта больного венерическим заболеванием	065/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
39	Саңырауқұлақтық аурумен ауырған науқастың медициналық картасы / Медицинская карта больного грибковым заболеванием	065-1/у	А5	Журнал	3 жыл/ года
40	Жаппай басқа іс шаралары, спорттық іс шаралары және дене шынықтырусабақтарында көрсетілген медициналық көмекті тіркеу журналы / Журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культурой и спортивных мероприятиях	067/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
41	Амбулаторлық операцияларды жазу журналы / Журнал записи амбулаторных операций	069/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
42	Жолдама алуға анықтама / Справка для получения путевки	070/у	А5	Бланк	3 жыл/ года
43	Медициналық қорытынды / Медицинское заключение	071/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
44	Санаторийлік - курорттық карта / Санаторно-курортная карта	072/у	А5	Бланк	3 жыл/ года
45	Балалар санаторийіне жолдама / Путевка в детский санаторий	077/у	А5	Бланк	3 жыл/ года
46	Сауықтыру лагеріне баратынмектеп оқушысына медициналық анықтамасы / Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь	079/у	А5	Бланк	

47	Туберкулезбен ауыратын науқастың амбулаториялық картасы / Амбулаторная карта больного туберкулезом	081/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
48	Медициналық анықтама (Шет елге шығушыға) / Медицинская справка для выезжающего за границу	082/у	А5	Бланк	
49	Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама / Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством	083/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
50	Көлік құралын басқаруғаанықтама беру және одан бас тартуларды тіркеужурналы / Журнал регистрации предоставления и отказов в выдаче медицинской справки на право управления транспортным средством	083-1/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
51	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы / Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/у	А5	Бланк	3 жыл/ года
52	Дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды медициналық анықтама (Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение)	086/у	А5	Бланк	3 жыл/ года
53	Алдын ала, кезеңдік немесе қосымша медициналық тексеруге жолдама (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) / Направление на предварительный, периодический или дополнительный медицинский осмотр для получения разрешения на приобретение, хранение , хранение и ношения гражданского и служебного оружия	108/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
54	Медициналық тексеру қорытындысы (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) / Заключение медицинского осмотра для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия	108-1/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
55	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы / Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
56	Баланың даму тарихы (ұл бала)/История развития ребенка (мальчик)	112/у-м	А4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет
57	Баланың даму тарихы (қыз бала)/История развития ребенка (девочка)	112/у-д	А4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет
58	20 ____ жыл үшін наркологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с наркологического диспансера за 20__ год	127/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
59	20 ___ жыл үшін психоневрологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с психоневрологического диспансера за 20__ год	127-1/у	А4	Журнал	3 жыл/ года

60	20 ____ жыл үшін туберкулезге қарсы диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с противотуберкулезного диспансера за 20__ год	129/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
61	Тегін немесе жеңілдікті рецепт / Рецепт бесплатный, платный или льготный	130/у	А6	Бланк	1 жыл/ год
62	Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы анықтама/ Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком	138/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
63	Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы /Журнал регистрации амбулаторных больных	278/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
64	Тексеріп-қарау кабинетінің (ер, әйел) күн сайын қабылдау журналы / Журнал ежедневного приема смотрового (мужского, женского) кабинета	278-1	А4	Журнал	3 жыл/ года
65	Скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналдары / Журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу	278-2	А4	Журнал	3 жыл/ года
66	Туберкулезді күдік тудырған науқастарды тіркеу журналы / Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез	ТБ 15/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
67	Диспансерлік контингентті бақылау картасы / Карта наблюдения за диспансерным контингентом	ТБ 16/у	А5	Бланк	5 жыл/ лет

4. Басқа түрлердің медициналық ұйымдарының медициналық есеп құжаттамасы/

Медицинская учетная документация других типов медицинских организаций

Р/с №№ п/п	**Форманың атауы/Наименование формы**	**Форманың нөмірі/ Номер формы**	**Формат**	**Құжаттың түрі/Вид документа**	**Сақтау мерзімі /Срок хранения**
1	2	3	4	5	6
1	АИТВ-инфекциясын жұқтырғандардың (ИБ (+) ТІРКЕУ журналы/Журнал регистрации ИБ + ВИЧ-инфицированных	060-2/у	А4	Журнал	дмн*
2	Жедел және шұғыл медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы / Карта вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи	110/у	А5	Бланк	2 жыл/ года
3	Учаскелік дәрігерге жіберілетін дабыл парағы / Сигнальный лист участковому врачу	110-1/у	А5	Бланк	2 жыл/ года
4	Санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы / Карта вызова бригады санитарной авиации	110-2/у	А5	Бланк	2 жыл/ года

5	Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе парағы. Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына жіберіледі)/ Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни). Талон к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи (после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой помощи) №_	114/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
6	Шақыртулардың қабылдануын, САОМБ (Санитарлы авиация орталығының мобильді бригадасы) орындауын тіркеу журналы/ Журнал регистрации приема вызовов, их выполнение МБСА (Мобильная бригада санитарной авиации)	117/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
7	Санитариялық ұшуға тапсырма / Задание на санитарный полет	118/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
8	№ ___Оралымды мәлімдеме / Оперативная заявка № _	118-1/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
9	Тапсырма (Консультант-дәрігерге) Тапсырманы орындау туралы анықтама / Задание врачу-консультанту. Справка о выполнении задания.	119/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
10	Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы / Журнал учета приема детей в дом ребенка	121/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
11	Қан үлгілерін ифт әдісімен аитв-ға антиденелеріне зерттеуге №____ тізімдік жолдама / Направление посписочное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ	264/у	А5	Бланк	1жыл/ год
12	Вирусқа қарсы АИТВ ДНК анықтау үшін ПЦР түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на ПЦР для определения провирусной ДНК ВИЧ)	264-1/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
13	АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы / Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ	264-2/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
14	АИТВ-тың антиретровирустық препараттарға тұрақтылығын анықтау нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ / Журналрегистрации результатов на пределение резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам	264-10/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
15	ИФТ әдісімен зерттеуге түскен материалды тіркеу журналы/Журнал регистрации материала, поступившего на исследование	266/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
	АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы				

16	(Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на антитела к ВИЧ)	267/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
17	____ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу журналы Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на _____	267-3/е	А4	Журнал	3 жыл (года)
18	ЖИТС-пен ауырған немесе АИТВ-инфекциясын жұқтырған адамдардың оң нәтижелі сарысуының қозғалысын тіркеу журналы / Журнал движения положительных сывороток от ВИЧ-инфицированных	268/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
19	Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру журналы / Журнал обеззараживания инфицированных материалов	269/у	А4	Журнал	2 жыл/ года
20	АИТВ-ға антиденелерді тексеру қорытындысы (ЖИТС РО диагностикалық зертханасы) № _/ Результат исследования на антитела к ВИЧ (диагностическая лаборатория РЦ СПИД) №	270/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
21	АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы Журнал учета летальности при ВИЧ-инфекции	270-2/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
22	АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын есепке алу журналы / Журнал учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей	270-3/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
23	АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін кеңес беруді есепке алу журналы / Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ	270-4/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
24	АИТВ-инфекциясын жұқтырған пациенттерге антиретровирустық емдеу жүргізуді есепке алу журналы / Журнал учета проведения антиретровирусного лечения ВИЧ – инфицированным пациентам	270-5/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
25	АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алужурналы/ / Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери	270-6/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
26	Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу журналы / Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории	271/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
27	АИТВ антиденелерге тексерілгені туралы сертификаттарды беру журналы / Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ	272/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
28	ЖИТС РО диагностикалық зертханасына қайта тексеруге түскен қан сарысуының нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы / Журнал регистрации и учета результатов сыворотоккрови, поступивших на переконтроль в диагностическую лабораторию РЦ СПИД	272-1/у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
	1.1.1.1.1.2 АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен құпия				

29	әңгімелесу парағы / Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции	275/у	А4	Бланк	25 жыл/ лет
30	Зертханашы – дәрігердің жұмысын есепке алу күнделігі/ Дневник учета работы врача-лаборанта	277/у	А3	Бланк	1 жыл/ год
31	Бракераждық журнал / Бракеражный журнал	280/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
32	Қанды CD- 4, CD-8 тексеру үшін берілгенжолдама / Направление № _____на исследование крови на CD-4, CD-8	281/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
33	CD-4, CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы / Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4, CD-8	281-1/у	А4	Журнал	3 жыл/ года

5. Медициналық ұйымдарының құрамындағы зертханалардың медициналық есеп құжаттамасы/

Медицинская учетная документация лабораторий в составе медицинских организаций

Р/с №№п/п	**Форманың атауы/Наименование формы**	**Форманың нөмірі/ Номер формы**	**Формат**	**Құжаттың түрі/Вид документа**	**Сақтау мерзімі /Срок хранения**
1	2	3	4	5	6
1	(№_____ сериялы бақылаудағы сарысудың қайтаөндірілуінің параметрлерін зерттеу нәтижелерін)бақылау картасы / Контрольная карта (контроль воспроизводимости результатов исследования параметров контрольной сыворотки серии №)	200/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
2	Қан талдауына жолдама / Направление на анализ крови	201/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
3	Микробиологиялық зерттеуге (алғашқы рет, қайталап) жолдама / Направление на микробиологическое исследование (первичное, повтор ное)	204/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
4	Пациенттің қанын иммуногематологиялық зерттеу қорытындысы / Результат иммуногематологического исследования крови пациента	206/у	А5	Бланк	5 лет
	Қанды консультациялық иммуногематологиялық зерттеуге (АВО бойынша қан тобы, резус-тиістілік/фенотипі, тұрақсыз антиэритроциттік антиденелер/сәйкестендіру, антиглобулиндік тест тікелей) жолдама. Қанды иммуногематология зерттеуге кенес беру нәтижесі №_ /Направление на консультативные				

5	иммуногематологические исследования крови (группа крови по АВО, резус-принадлежность/ фенотип, нерегулярные антиэритроцитарные антитела/идентификация, антиглобулиновый тест прямой. Результат консультативного иммуногематологического исследования	207/у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
6	Несеп талдауы / Анализ мочи	210/у	А5	Бланк	25 жыл/ лет
7	Қақырық талдауы / Анализ мокроты	216/у	А6	Бланк	25 жыл/ лет
8	Плевралық сұйықтығының талдауы / Анализ плевральной жидкости.	216-2/у	А6	Бланк	25 жыл/ лет
9	Қуық асты безі секретінің талдауы / Анализ секрета простаты	217/у	А5	Бланк	25 жыл/ лет
10	Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектің бөлінетіндерінің/қырындысының микроскопиялық нәтижесі (ИФР, көк метилен бояуы, Романовский бойынша бояу)/ Результат микроскопии отделяемого/соскоба мочеполовых органов и прямой кишки (РИФ, окраска метиленовым синим, окраска по Романовскому)	218/у	А5	Бланк	25 жыл/ лет
11	Нәжіс талдауы/ Анализ кала	219/у	А5	Бланк	25 жыл/ лет
12	Асқазан сұйықтығының талдауы Фракциялық зерттеу / Анализ желудочного содержимого (фракционное исследование)	221/у	А5	Бланк	25 жыл/ лет
13	Ұлтабарды сүңгілеу қартасы / Карта дуоденального зондирования	222/у	А4	Бланк	25 жыл/ лет
14	Дуоденал сұйықтығының талдауы (Анализ дуоденального содержимого)	222-1/е	А6	Бланк	25 жыл/ лет
15	Жұлын сұйықтығының талдауы / Анализ спинномозговой жидкости	223/у	А5	Бланк	25 жыл/ лет
16	Сүйек кемігі пунктатының талдауы / Анализ пунктата костного мозга	227/у	А5	Бланк	25 жыл/ лет
17	Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері (Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам)	240/е	А4	Бланк	25 жыл/ лет
18	Ыдыстар мен қоректік орталардыбақылау журналы / Журнал контроля посуды и питательных сред	240-4/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
19	Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений	240-5/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
	Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер				

20	журналы / Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	240-6/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
21	Қанды гемокультураға микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований крови на гемокультуру	240-7/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
22	Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований крови на стерильность	240-8/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
23	Емдік балшықтарды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований лечебных грязей	240-9/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
24	Қанды безгекке зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований крови на малярию	240-10/ у	А4	Журнал	1 жыл/ год
25	Қанды эхинококка зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований крови на эхинококк	240-11/ у	А4	Журнал	1 жыл/ год
26	Күнделікті тұтыну заттары мен қолдар жуындыларын зерттеуді есепке алу журналы / Журнал учета исследований смывов с предметов обихода и рук	240-12/ у	А4	Журнал	1 жыл/ год
27	Балықты описторх пен жалпақ лентец құрттарын жұқтыруына зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований рыбы на зараженность личинками описторха и широкого лентеца	240-13/ у	А4	Журнал	1 жыл/ год
28	Уытты күл дақылын қайта себу журналы / Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии	240-14/ у	А4	Журнал	1 жыл/ год
29	Стафилококкты фаготиптеу журналы / Журнал фаготипирования стафилококка	240-15/ у	А4	Журнал	1 жыл/ год
30	Безгек бойынша қолайсыз жерлерден келген адамдарды диспансерлік есепке алу журналы / Журнал диспансерного учета прибывших лиц из неблагополучных мест по малярии	240-17/ у	А4	Журнал	1 жыл/ год
31	Бастапқы сынама қозғалысының журналы / Журнал движения первичной пробы	250-1/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
32	Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы / Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер	250-2/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
33	Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы / Журнал выявления и передачи тревожно – критических величин	250-3/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
34	Микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы/ Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований	252/у	А4	Журнал	1 жыл/ год

35	Микробиологиялық зеттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований	253/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
36	Шайындылардың стерильдігіне микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований смывов на стерильность	253-1/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
37	Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы / Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха	253-2/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
38	Микроорганизмдердің химиятерапиялық препараттарға сезімталдығынанықтауға арналған зерттеулер мен олардың нәтижесін тіркеу журналы / Журнал регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам	254/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
39	Жабдықтың зертханалық паспорты журналы / Журнал лабораторный паспорт оборудования	255/у	А4	Журнал	
40	Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы / Журнал приготовления и контроля питательных сред	256/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
41	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы / Журнал контроля работы стерилизатора воздушного, парового автоклава	257/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
42	Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы / Рабочий журнал исследований на стерильность	258/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
43	Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы / Журнал регистрации серологических исследований	259/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
44	Серологиялық зерттеулерді тіркеу (мерезді диагностикалау)журналы / Журнал регистрации серологических исследований диагностика сифилиса	260/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
45	Зертханашыдәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы / Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта	261/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
46	Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу жұмыс журналы / Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	262/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
47	кіріс бақылау актісі / Акт входного контроля	263/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
48	Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі / Акт приема - передачи образцов для исследования	283/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
49	Туберкулездің зертханалық тіркеу журналы (МСАК зертханалары үшін) / Лабораторный регистрационный журнал для лабораторий ПМСП	ТБ 04/у	А4	Журнал	3 жыл/ года

50	Қақырықты туберкулез микобактериясына тексеруге жіберетін жолдама / Направление на проведение исследования мокроты на наличие микобактерий туберкулеза	ТБ 05/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
51	ТМБ культурасын туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама (Направление на чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам)	ТБ 06/у	А4	Бланк	3 жыл/ года
52	ТМБ культурасының туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған жолдама (Направление на получение результатов теста на лекарственную чувствительность культуры МБТ к противотуберкулезным препаратам)	ТБ 06А/ е	А4	Бланк	3 жыл (года)
53	Қақырықты Xpert MTB/RIF-мен зертханалық зерттеуге жолдама (Направление на лабораторное исследование мокроты на Xpert MTB/RIF)	ТБ 06Б/ е	А4	Бланк	3 жыл (года)
54	Культуралық зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы (Лабораторный журнал учета культуральных исследований)	ТБ 17/у	А4	Журнал	3 жыл/ года
55	ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы (Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ)	ТБ 18/е	А4	Журнал	3 жыл (года)
56	BACTEC ТМБ дәріге сезімталдық тестісі және культуралық зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета культуральных исследований и теста на лекарственную чувствительность МБТ проведенного на BACTEC)	ТБ 24/е	А4	Журнал	3 жыл (года)
57	HAIN тест және XpertMTB/RIF нәтижелерін есепке алу журналы (Журнал учета результатов HAIN-теста и XpertMTB/RIF)	ТБ 25/е	А4	Журнал	3 жыл (года)

6. Қан қызметі ұйымдарының медициналық есеп құжаттамасы/

Медицинская учетная документация организации службы крови

Р/с №№ п/п	**Форманың атауы/Наименование формы**	**Форманың нөмірі/ Номер формы**	**Формат**	**Құжаттың түрі/Вид документа**	**Сақтау мерзімі /Срок хранения**

1	2	3	4	5	6
1	Жолдама (Направление (донору на ФГ))	400/е	А6	Бланк	5 жыл (лет)
2	Анықтама (Донорға жұмыс орнына көрсету үшін берілді) (Справка (донору для предъявления по месту работы)	402/у	А6	Бланк	5 жыл/ лет
3	Қан тапсыруға, плазмаферезге, цитаферезге және тағы басқа жолдама / Направление на кроводачу, плазмаферез , цитоферез и другие.	404/у	А6	Бланк	5 жыл/ лет
4	""_ № __ күн сайынғы ведомостан алынған донордың қан үлгісін бастапқы зертханалық зерттеу нәтижелерінің жиынтық ведомосы / Ведомость результатов биохимических и иммуногематологических лабораторных исследований образцов крови доноров за "____" "_____ ____" 20 ___года	405/у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
5	____күні донорларды алдын ала зертханалық тексеруден өткізу ведомосы (Ведомость предварительного лабораторного обследования доноров за _____)	405-1/у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
6	Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы _/Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции за ____ _	405-2/у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
7	Қан және оның компоненттерінің тұрақты донорының медициналық картасы / Медицинская карта регулярного донора крови и ее компонентов	406/у	А6	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
8	Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы / Медицинская карта донора крови и ее компонентов	407/у	А4	Бланк	1 жыл/ год
9	Донорларды иммундауемшараларын тіркеу журналы / Журнал регистрации процедур иммунизации доноров	408/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
10	Донорларды иммундауды есепке алуведомосы / Ведомость учета иммунизации доноров	409/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
11	Донорлыққа қатысуға ниет білдірген тұлғаларды есепке алу күнделігіжурналы / Дневник учета лиц, обратившихся для участия в донорстве	410/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
12	Донорлар мен науқастарды типтеу журналы / Журнал типирования доноров и больных	410-1/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
13	HLA-типтеунәтижесі / Результат hla-типирования	410-2/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
14	HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу Журналы / Журнал регистрации результатов определения HLA-антител серологическим и ИФА методами	410-4/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
15	SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы / Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики типирования	410-5/у	А4	Журнал	1 жыл/ год

16	Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы / Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования	410-6/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
17	HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу журналы / Журнал регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования	410-7/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
18	Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации приема и выдачи анализов	410-8/у	А4	Журнал	3 года
19	Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама / Направление на определение лейкоцитарных антител	410-9/у	А5	Журнал	1 жыл/ год
20	HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама / Направление на типирование по HLA-системе	410-10/ у	А5	Журнал	1 жыл/ год
21	"Кросс-матч" үйлесімділігінежекесынамағажолдама/ Направление на индивидуальную пробу на совместимость "Кросс-матч"	410-11/ у	А5	Журнал	3 жыл/ года
22	ТромбоциттердіHLA-жүйесібойыншаарнайыіріктеусынамасына жолдама / Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе	410-12/ у	А5	Журнал	1 жыл/ год
23	"кросс-матч" үйлесімділігіне сынама нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов пробы на совместимость "кросс-матч"	410-14/ у	А4	Журнал	3 жыл/ года
24	Донор қанын дайындауды есепке алу журналы / Журнал учета заготовки донорской крови	411/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
25	Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсызын шығару журналы / Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови	411 -1/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
26	Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства компонентов донорской крови методом плазмацитофереза	412/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
27	Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерінің жарамсыздығын есепке алу журналы / Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток	412 -1/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
28	Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства компонентов донорской крови	413/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
29	Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства клеточных компонентов донорской крови	413 -1/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
30	Донор плазмасынан криопреципитатты өндіруді есепке алужурналы / Журнал учета производства криопреципитата из донорской плазмы	413 -2/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
31	Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алужурналы / Журнал учета производства плазмы свежезамороженной вирусинактивированной	413 -3/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет

32	Мұздатылған эритроциттердіөндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства эритроцитов замороженных	413 -4/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
33	Сәулеленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов	413 -5/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
34	Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алужурналы / Журнал учета производства фибринового клея из дозы донорской плазмы	413 -6/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
35	Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процесін тіркеужурналы / Журнал регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов	413 -7/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
36	Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру журналы / Журнал производства криоконсервированных компонентов крови	414/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
37	Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу журналы / Журнал регистрации компонентов крови , находящихся на временном изолированном хранении	415/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
38	Ерітінділер бөлмесінің жұмысын есепке алу журналы / Журнал учета работы растворной	416/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
39	Медициналық ұйымдардың трансфузия ортасына бергенөтінімдерін есепке алу журналы / Журнал учета заявок медицинских организаций на трансфузионные среды	417/у	А4	Журнал	1 жыл/ год
40	Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығыбойынша есептен шығаруды тіркеу журналы / Журнал регистрации списания компонентов крови по браку	418/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
41	Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойыншатіркеу журналы / Журнал регистрации компонентов крови по относительному браку	418-1/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
42	Карантиндеудегі лейкосүзілгенплазманы тіркеу журналы / Журнал регистрации плазмы_____вид плазмы, находящейся на карантинизации	419/у	А3	Бланк	1 жыл/ год
43	Карантиндеудегі _____ (плазманың түрі) плазманың кірісі мен шығысының журналы / Журнал прихода и расхода плазмы_____ (вид плазмы), находящейся на карантинизации	420/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
44	Трансфузиялық заттарға ақылы немесе тегін негіздегіөтінім / Заявка на трансфузионные среды на платной или бесплатной основе	421/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
45	Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи крови и клеточных компонентов – эритроцитов	422/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
46	Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналы/ Журнал списания компонентов крови в отделении выдачи продукции	422 -1/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет

47	Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи плазмы и криопреципитата	422 -2/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
48	Жасушалық қан компоненттерін – тромбоциттерді, лейкоциттерді беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи клеточных компонентов крови – тромбоцитов, лейкоцитов	422 -3/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
49	Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи стандартных диагностикумов	422 -4/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
50	Қан препараттардын босатуды есепке алу журналы / Журнал учета выдачи препаратов крови	422 -5/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
51	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және қаналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесібойынша қозғалысын есепке алуведомосы / Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции	423/у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
52	Қан компоненттерін есептен шығару туралы Акті / Акт списания компонентов крови	424/у	А4	Бланк	10 жыл/ лет
53	Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы / Журнал регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований	425 /у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
54	Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы / Журнал регистрации первичного лабораторного обследования доноров	425 -1/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
55	Донор қанының биохимиялық және клиникалық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов биохимических и клинических исследлваний донорской крови)	425 -2/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
56	МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований крови, поступившей из МО)	425 -3/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
57	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы / Журнал изготовления стандартных консервированных эритроцитов	425 -4/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
58	Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований донорской крови	425 -5/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
59	Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы (Журнал регистрации индивидуального и специального подбора донорской крови)	425 -6/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
60	Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови	425 -8/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет

61	Донор қанының гематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов гематологических исследований донорской крови	425 -9/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
62	Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы /Журнал регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови	425 -10 /у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
63	"Референс-зертханалары үшін "Иммуногематология" бөлімі бойынша дайындалған бақылау панелін тіркеу журналы / Журнал регистрации изготовленной контрольной панели по разделу "Иммуногематология" для референс-лаборатории"	426-1/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
64	Стандартты эритроциттер мен лимфоциттерді дайындау үшін донордан алынған қанды есепке алу картасы / Карта учета крови, взятой у донора для приготовления стандартных эритроцитов и лимфоцитов	427/у	А5	Бланк	1 жыл/ год
65	Скринингке түскен сарысуларды есепке алу журналы (Журнал учета поступления сывороток на скрининг)	431-1/е	А4	Журнал	5 жыл/ лет
66	Бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы / Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции	433-1/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
67	Гемотрансмиссивті инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы / Журнал регистрации платных услуг лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций	433 -2/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
68	Гемотрансмиссивті індетте ПЦР-ның оң нәтижелі донорларды тіркеу журналы / Журнал регистрации доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции	433 -3/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
69	Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы / Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции	433 -4/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
70	Қан препараттарын трансфузиялық инфекцияларға зерттеуді тіркеу Журналы / Журнал регистрации исследований препаратов крови на трансфузионные инфекции	433 -5/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
71	АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы / Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ	433 -7/ у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
72	Гемотрансмиссивті індетке зерттеуге арналған жолдама/ Направление для исследования на гемотрансмиссивные инфекции	433 -8/ у	А4	Бланк	5 жыл/ лет
73	Өнімді мұздату процесін жазужурналы / Журнал записи процесса замораживания продукта	434/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет

74	Плазманың түсуін тіркеу журналы / Журнал регистрации поступления плазмы	434 -1/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
75	Плазманыфракциялауға беру журналы / Журнал передачи плазмы на фракционирование	434 -2/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
76	Өнім қозғалысының журналы / Журнал движения продукции	434 -3/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
77	Альбумин ерітіндісін өндірудің техникалық үдерісіжурналы/ Журнал технологического процесса производства раствора альбумина	434 -4/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
78	Адам иммуноглобулинін өндірудің технологиялық үдерісіжурналы / Журнал технологического процесса производства иммуноглобулина человека	434 -5/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
79	Жөнелтпе құжаттың №___ (Накладная №___ (Плазманың атауы және мөлшері (литр) / Наименование плазмы и ее количество в литрах)	434 -6/ у	А4	Бланк	10 жыл/ лет
80	Өнімді лиофилизациялау процесін жазу/ журналы / Журнал записи процесса лиофилизации продукта	435/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
81	Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов контроля качества компонентов крови	436/у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
82	Қызметкерлердің қолдарын тазалаудың және донордың шынтақ бүгілетін жер терісінің тиімділігін микробиологиялық зерттеу журналы / Журнал бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров	436 -1/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
83	ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеуЖ У Р Н А Л Ы / Журнал регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата	436 -2/ у	А4	Журнал	10 жыл/ лет
84	Қан компоненттері мен препараттарын өндіруге арналған негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарға кіріс бақылау жүргізу журналы/ Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови	437/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
85	Шөлмектер мен тығындарды өңдеу сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов контроля и качества обработки бутылок и пробок	438/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
86	Сапаны бақылау бөліміне (СББ) ұсынылған өнімдерді көзбен бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов контроля качества продукции, предъявляемых отделу контроля качества (ОКК)	439/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
87	Қан компоненттерінің, препараттарының, қаналмастырғышзаттардың сынақ үлгілерін Республикалық сапаны бақылау зертханасында сапасын тексеруге іріктеп алу	439-4/у	А4	Журнал	

	АКТІСІ / Акт отбора проб компонентов, препаратов крови, кровезаменителей для проверки их качества в Республиканскую лабораторию контроля качества				5 жыл/ лет
88	Биологиялықбақылау нәтижелерін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов биологического контроля	440/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
89	Препараттарды, ерітінділер мен инъекцияға арналған суды фс (вфс)-ке сәйкестексеру нәтижелерін және талдау төлқұжаттарының берілуін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов контроля препаратов, растворов и воды для инъекций в соответствии с ФС ВФС и выдачи аналитических паспортов	441/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
90	Талдау төлқұжаты / Аналитический паспорт	442/у	А4	Бланк	қуа дмн*
91	Өнімнің дайын өнім қоймасына берілуін тіркеужурналы / Журнал регистрации выдачи продукции на складе готовой продукции	443/у	А4	Журнал	қуа дмн*
92	Сапаны бақылау бөлімшесі (сбб) жарамсыз деп тапқан қан препараттарын тіркеу журналы / Журнал регистрации препаратов крови, забракованных отделением контроля качества (ОКК)	444/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
93	Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) есепке алу журналы / Журнал учета рекламации претензий на продукцию	444-1/у	А4	Журнал	5 жыл/ лет
94	Мұрағаттық үлгілер мен оларды бақылау нәтижелерін тіркеуді есепке алу журналы / Журнал учета архивных образцов и регистрации результатов их контроля	445/у	А4	Журнал	қуа дмн*
95	Кіндік қан донорының перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды тіркеу журналы / Журнал регистрации процедуры банкирования образцов плацентарной крови для донорского/персонального хранения	446/у	А4	Журнал	қуа дмн*

	Приложение 8 к приказу и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Правый верхний угол в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

Сноска. Приказ дополнен приложением 7-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 28.06.2012 № 439 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 106/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІ КӨРСЕТУ АҚАУЛАРЫН
ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ (МҚАЕ)
КАРТА УЧЕТА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ДОМУ)

1. Картаның тіркеу нөмірі Регистрационный номер карты	КТН РНК											

2. Карта:

☐

– бірінші рет (первичная)

☐

– екінші рет (вторичная)

3. Тегі (фамилия)_____ аты (имя)_____

әкесінің аты (отчество) _____

4. Ұлты (национальность) _____

5. Туған күні (Дата рождения) /_____/_____/_____/

кк/аа/ жжжж (дд/мм/гггг)

6. Жасы (возраст) _____

толық жасы (полных лет)

7. Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

_____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

8. Медициналық қызметтерді көрсетуде ақаулар жіберген медициналық

ұйымдар (Медицинская организация на уровне которой допущены дефекты

оказания медицинских услуг) _____

9. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации)

АХЖ-10 коды

(Код МКБ-10)

10. Қорытынды диагноз (Диагноз заключительный)

АХЖ-10 коды

(Код МКБ-10)

a) негізгі (основной):
b) қосарласқан (сопутствующий):
c) асқынулар (осложнения):

Медициналық көмек сапасын сараптамалық бағалау

Экспертная оценка качества медицинской помощи

I. МҚАЕ амбулаториялық көмек көрсету деңгейінде (керектісін сызу)

ДОМУ на амбулаторно-поликлиническом уровне (нужное подчеркнуть):

0 – белгісіз (неизвестно);

1 – бақыланбаған (не наблюдался);

2 – ақаулар табылмады (дефектов не выявлено);

3 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);

4 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):

4.1 – зерттеп-қаралмаған (не обследован),

4.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау толық емес

(неполное лабораторно-инструментальное обследование),

4.3 – бейінді мамандардың консультациялық көмегінің жеткіліксіздігі

(недостатки консультативной помощи профильных специалистов);

5 – шағымдар мен анамнездердің сипаттамасы

(описания жалоб и анамнезов):

5.1 – толық (полные),

5.2 – толық емес (не полные),

5.3 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),

5.4 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),

5.5 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

6 – науқас жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау

(недооценка тяжести состояния больного);

7 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін толық есепке

алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов

лабораторно-инструментального обследования);

8 – барабар емес терапия (неадекватная терапия):

8.1 – емдеу жүргізілмеген (лечение не проведено),

8.2 – толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),

8.3 – айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

9 – емдеуге жатқызудың болмауы (отсутствие госпитализации):

9.1 – ұсынылған (рекомендовано),

9.2 – ұсынылмаған (не рекомендовано);

10 – кешіктіріп емдеуге жатқызу (запоздалая госпитализация);

11 – созылмалы нысанды ауруы бар науқастарды диспансерлеудің

сапасы мен жүйелілігі (качество и регулярность диспансеризации

больных с хроническими формами заболеваний):

11.1 – стандарттар сақталған (стандарты соблюдаются),

11.2 – стандарттар сақталмаған (стандарты не соблюдаются),

11.3 – диспансерлеу жасалмаған (диспансеризация не проводилась);

12 – емдеу нәтижесі (результаты лечения):

12.1 – өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын

(предотвратимый),

12.2 – нәтижесі "нашарлау" (исход "ухудшение") сараптамалық

бағалау (экспертная оценка),

12.3 – нәтижесі "өзгеріссіз" (исход "без перемен") сараптамалық

бағалау (экспертная оценка),

12.4 – амбулаториялық-емханалық деңгейде емдеудің тиімсіздігі

салдарынан стационарға емдеуге жатқызу (госпитализация в стационар,

вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне);

13 – ұсынымның болуы (наличие рекомендаций):

13.1 – жоқ (отсутствуют),

13.2 – толық емес (не полные),

13.3 – толық (полные).

II. МҚАЕ стационар деңгейінде (керектісін сызу)

ДОМУ на уровне стационара (нужное подчеркнуть):

0 – стационарға емдеуге жатқызуға дейін тасымалдаудың бұзылуы

(нарушение транспортировки до госпитализации в стационар);

1 – ақаулар анықталмаған (дефектов не выявлено);

2 – ауруханаға жатқызу ақаулары (дефекты госпитализации):

2.1 – емдеуге жатқызудан негізделмеген бас тарту

(необоснованный отказ в госпитализации),

2.2 – көрсетілген медициналық қызметтердің сапасына шағымдар

(жалобы на качество оказанных медицинских услуг),

2.3 – ТМККК-ге кіретін медициналық көмекті көрсету кезінде

пациенттен дәрі-дәрмектер мен қаржы қаражатын тарту

(привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании

медицинской помощи, входящей в ГОБМП),

2.4 – өлім жағдайы (случаи летальных исходов) алдын-алуға болатын

(предотвратимые),

2.5 – емдеу нәтижесінде туындаған асқыну жағдайлары

(случаи осложнений, возникающих в результате лечения),

2.6 – аурудың "нашарлау" нәтижесі болған жағдайлар

(случаи с исходом заболевания "ухудшение") сараптамалық бағалау

(экспертная оценка),

2.7 – аурудың "өзгеріссіз" нәтижесі болған жағдайлар

(случаи с исходом заболевания "без перемен") сараптамалық бағалау

(экспертная оценка),

2.8 – жолданған және клиникалық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары

(случаи расхождения направительного и клинического диагнозов),

2.9 – клиникалық және морфологиялық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары

(случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов);

3 – алдыңғы емдеуге жатқызу кезінде стационардан мерзімінен бұрын шығару

(досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях);

4 – шағым мен анамнездер сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

4.1 – толық емес (не полные),

4.2 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),

4.3 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),

4.4 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

5 – диагностиканың жеткіліксіздігі (недостатки диагностики):

5.1 – толық емес (неполная),

5.2 – уақтылы емес (несвоевременная),

5.3 – жағдайдын ауырлығын дұрыс бағаламау (недооценка тяжести состояния),

5.4 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);

6 – диагноздағы қателіктер (ошибка в диагнозе):

6.1 – толық диагноз (диагноз полный) барлық диагноздар

көрсетілген: негізгі, қосарласқан, асқынулар

(указаны все диагнозы: основной, сопутствующий, осложнения),

6.2 – диагнозы толық емес (диагноз не полный),

6.3 – диагнозы белгіленбеген (диагноз не установлен);

7 – стационарда науқастың қысқа мерзімде болуы

(кратковременное пребывание больного в стационаре) 3 тәуліктен аз (менее 3 суток);

8 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):

8.1 – анамнездік және клиникалық деректерді дұрыс есепке алмау

(недоучет анамнестических и клинических данных),

8.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін дұрыс есепке

алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов

лабораторно-инструментального обследования),

8.3 - жоғары білікті мамандардың консультациялық көмегінің жетіспеушілігі

(недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов),

8.4 - консультанттар қорытындысын дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау

(недоучет или переоценка заключений консультантов),

8.5 - айғақтарсыз зерттеп-қарауды тағайындау

(назначение обследований без показаний),

8.6 - дәрігерлер консилиумы (консилиум врачей) айғақтар бойынша

(по показаниям):

8.6.1 - толық және уақтылы жасалған (проведен в полном объеме и своевременно),

8.6.2 – жасалмаған (не проведен);

9 – барабар терапия берілмеген (неадекватная терапия):

9.1 - толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),

9.2 - айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

10 - бейінді мамандардың қатысуынсыз көмек көрсетілген (айғақтар бойынша)

оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаниям);

11 - шұғыл араласуды жүргізудегі кемшіліктер

(недостатки в проведении оперативного вмешательства):

11.1 - кешіктірілген шұғыл араласулар (запоздалое оперативное вмешательство),

11.2 - шұғыл араласудың барабар емес көлемі мен әдісі

(неадекватный объем и метод оперативного вмешательства),

11.3 - операция кезінде техникалық ақаулар (технические дефекты при операции),

11.4 - тиісті айғақтарсыз операциялар (операции без должных показаний),

11.5 - барабар емес анестезия (неадекватная анестезия),

11.6 - мүмкін асқынулардың профилактикасының болмауы

(отсутствие профилактики возможных осложнений),

11.7 - трансфузиялық заттардың болмауы (отсутствие трансфузионных средств);

12 - шағым мен анамнездердің сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

12.1 – толық (полные),

12.2 – толық емес (не полные),

12.3 - диагнозына сәйкес емес (не соответствуют диагнозу),

12.4 - анамнезі көрсетілмеген (анамнез не указан),

12.5 - анамнезі толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

13 - емдеу нәтижелері (результаты лечения):

13.1 - өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын (предотвратимый),

13.2 - нәтижесі "нашарлау" (исход "ухудшение") сараптамалық бағалау

(экспертная оценка),

13.3 - нәтижесі "өзгеріссіз" (исход "без перемен") сараптамалық бағалау

(экспертная оценка);

14 - ұсынымдардың болуы (наличие рекомендаций):

14.1 – жоқ (отсутствуют),

14.2 – толық емес (не полные),

14.3 – толық (полные).

III. Патологоанатомиялық зерттеулердің және/немесе

сот-медицинасы сараптамаларының нәтижелері

Результаты патологоанатомических исследований

и/или судебно-медицинских экспертиз

1. Патологоанатомиялық ашу немесе сот-медициналық сараптама нәтижесі Результаты патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинской экспертизы									Операциялық және биопсиялық материалдарды зерттеу (Исследование операционного и биопсийного материала)
Патологоанатомиялық немесе сот-медициналық диагноз/АХЖ-10 коды (Патологоанатомический или судебно-медицинский диагноз/код по МКБ-10)	Клиникалық және патологоанатомиялық, сот-медициналық диагноздардың құқсастығы (Совпадение клинического и патологоанатомического, судебно-медицинского диагнозов)	Клиникалық және патологоанатомиялық (сот-медициналық) диагноздардың айырмашылықтары (Расхождение клинического и патологоанатомического (судебно-медицинского) диагнозов			Ятрогения (Ятрогении)				
		I санат (категория)	II санат (категория)	III санат (категория)	I санат (категория)	II санат (категория)	III санат (категория)	Клиникалық диагноз (клинический диагноз)	Гистологиялық қорытынды (гистологическое заключение)

а негізгі (основной)/ (код)									
в қосар-ласқан (сопутст-вующий)/ (код)									
с асқыну (осложнения) / (код)									

IV. Пациенттің тәртіп бұзушылығы (керектісін сызу):

Нарушения со стороны пациента (нужное подчеркнуть):

0 - ескертулер жоқ (нет замечаний);

1 - дәрігердің бақылауы тұрақты емес (нерегулярное наблюдение врача);

2 - дәрігерлердің ұсынымын орындау (выполнение рекомендаций врача):

2.1 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындау

(регулярное выполнение рекомендаций врачей),

2.2 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындамау

(нерегулярное выполнение рекомендаций врачей),

2.3 - дәрігерлердің ұсынымын орындамау (невыполнение рекомендаций);

3 - криминалдық араласу (криминальное вмешательство);

4 - ұсынылған амбулаториялық емделуден бас тарту

(отказ от предложенного амбулаторного лечения);

5 - емдеуге жатқызудан бас тарту (отказ от госпитализации);

6 - медициналық көмекке жүгінуді кешіктіру

(задержка с обращением за медицинской помощью);

7 - стационардан өз еркімен кету (самовольный уход из стационара).

V. МҚАЕ алдын алуға болатын факторлар (керектісін сызу)

Факторы, которые могли бы предотвратить ДОМУ (нужное подчеркнуть):

1 - пациентті уақтылы емдеуге жатқызу (своевременная госпитализация пациента);

2 - әлеуметтік саламаттылық (социальное благополучие);

3 - патологиялық жағдайды ерте диагностикалау

(более ранняя диагностика патологического состояния);

4 - зерттеудің қосымша әдістері (дополнительные методы

исследования) УДЗ, рентгенодиагностика және т.б. зерттеулер

(УЗИ, рентгенодиагностика и др. исследования);

5 - клиникалық және зертханалық деректерді, консультанттар

қорытындыларын дұрыс түсіндіру (правильная трактовка данных клинических

и лабораторных исследований, заключений консультантов);

6 - уақтылы барабар емдеу оның ішінде оперативтік

(своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное);

7 - мамандардың біліктілігі (квалификация специалистов).

VI. Қосымша мәлімет (керектісін сызу)

Дополнительные сведения (нужное подчеркнуть):

0 - деректер жоқ (данных нет);

1 - ятрогендік себептер (ятрогенные причины):

1.1 – бар (нет), 1.2 – жоқ (есть) _____

VII. Өлімінің алдын алу (керектісін сызу)

Предотвратимость смерти (нужное подчеркнуть):

1 – алдын-алуға болатын (предотвратима);

2 – шартты алдын-алуға болатын (условно предотвратима);

3 – алдын-алу мүмкін емес (непредотвратима).

Картаны толтыру күні (Дата заполнения карты) "__" _____ 20 __ ж. (г.)

Оператордың Т.А.Ә.(Ф.И.О. оператора)_____

Қартаның енгізілген күні (Дата ввода карты) "___" _____ 20 ___ ж. (г.)

Примечание: расшифровка аббревиатур

АХЖ-10 коды – аурудың халықаралық жіктемесінің X қайта қаралымы бойынша коды

Код МКБ - 10 – код по Международной классификации болезней X пересмотра

ТМККК – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

УДЗ – ультрадыбыстық зерттеу

УЗИ – ультразвуковое исследование

	Приложение 8 к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Перечень
приказов Министерства здравоохранения
Республики Казахстан, признанных отмененными

1) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 " Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";

2) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от27 июля 2007 года № 450 "О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";

3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 сентября 2008 года № 488 "О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332";

4) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 октября 2009 года № 523 "О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";

5) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 809 "О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";

6) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2009 года № 861 "О внесении изменения и дополнения в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";

7) Подпункт 1) пункта 1 приказа Министра здравоохранения РК от 9 февраля 2010 года № 86 " О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан";

8) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 апреля 2010 года № 288 "О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения".

© 2012. РГП на ПХВ Республиканский центр правовой информации Министерства юстиции Республики Казахстан