

Согласовано  
Менеджер компетенции  
«Лечебная деятельность (фельдшер)»  
\_\_\_\_\_ Софронова Т.Н.



**КОНКУРСНОЕ ЗАДАНИЕ  
ДЛЯ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЧЕМПИОНАТОВ  
ЧЕМПИОНАТНОГО ЦИКЛА 2021-2022 ГГ.  
КОМПЕТЕНЦИИ  
«ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (ФЕЛЬДШЕР)»  
ДЛЯ ОСНОВНОЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ  
16-22 ГОДА**

*Конкурсное задание включает в себя следующие разделы:*

1.	Формы участия в конкурсе.	2
2.	Общее время на выполнение задания.	2
3.	Задание для конкурса.	2
4.	Модули задания и необходимое время.	3
5.	Критерии оценки.	13
6.	Приложения к Конкурсному заданию.	16

1. **ФОРМЫ УЧАСТИЯ В КОНКУРСЕ:** Индивидуальный конкурс
2. **ОБЩЕЕ ВРЕМЯ НА ВЫПОЛНЕНИЕ ЗАДАНИЯ:** 16 ч.
3. **ЗАДАНИЕ ДЛЯ КОНКУРСА.**

Проверка знаний и практических навыков Участников по настоящей компетенции осуществляется посредством оценки выполнения практической работы. Проведение теоретических тестов не предусмотрено.

Конкурсные задания составлены на основе:

- Спецификации стандартов WorldSkills (WSSS), которые определяют знание, понимание, умение и конкретные компетенции с учетом лучших международных практик, технологий лечебной деятельности;
- образовательных программ среднего профессионального образования, разработанных на основе федеральных государственных образовательных стандартов по специальности «Лечебное дело»;
- Национальных стандартов РФ: Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (Covid-19)» от 07.05.2021г.; ГОСТ Р 52623.4—2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг инвазивных вмешательств; ГОСТ Р 52623.2-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия;
- Приказа от 20 июня 2013 года N 388н Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (с изменениями на 21 февраля 2020 года);
- Клинических рекомендаций (протоколов) оказания скорой медицинской помощи (под ред. академика РАН С.Ф. Багненко, 2020 г.);
- Клинических рекомендаций МЗ РФ по оказанию помощи пациентам с различными заболеваниями;
- Практических заданий для проведения второго этапа первичной аккредитации специалистов по специальности 31.02.01 Лечебное дело.

Конкурсное задание состоит из 6 модулей, проводится в одной из двух зон - сфер лечебной деятельности. Все модули имеют равное значение:

- Зона 1 – прием в условиях ФАП, осуществление диагностической и лечебной профилактической деятельности фельдшера; оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.
- Зона 2 - прием в условиях поликлиники, кабинет профилактики, осуществление профилактической деятельности фельдшера.

Подготовленные помещения конкурса воспроизводят реальные условия практической работы по следующим направлениям:

1. прием в условиях ФАП;

2. прием в условиях поликлиники;
3. оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Для каждой зоны предполагается выполнение задания в течение двух-трех часов на Участника. Оценка Конкурсного задания будет основываться на следующих критериях:

1. Организация рабочего процесса и безопасность
2. Менеджмент.
3. Коммуникация.
4. Оборудование и инструмент для обследования и лечения.
5. Технологии обследования и лечения пациентов.
6. Аналитика и контроль эффективности.

Вне зависимости от количества модулей, Конкурсное задание должно отвечать следующим требованиям:

- включать оценку по каждому из разделов WSSS;
- не должно выходить за пределы WSSS;
- оценка знаний участника должна проводиться исключительно через практическое выполнение;
- не оценивается знание правил и норм WSR.

#### 4. МОДУЛИ ЗАДАНИЯ И НЕОБХОДИМОЕ ВРЕМЯ.

Конкурсное задание состоит из следующих модулей:

Таблица 1

	Наименование модуля	Соревновательный день (С1, С2, С3)	Время на задание
<b>A</b>	Диагностическая деятельность	С1	3 часа
<b>B</b>	Лечебная деятельность	С3	3 часа
<b>C</b>	Оказание неотложной помощи	С2	3 часа
<b>D</b>	Профилактическая деятельность	С1	3 часа
<b>E</b>	Оказание акушерской помощи	С2	2 часа
<b>F</b>	Организационно-аналитическая деятельность	С3	2 часа

Название модуля	Описание модуля	Задания модуля
Модуль А Диагностическая деятельность	<p><i>Пациент Е. обратился в ФАП с жалобами на сильную головную боль, озноб, повышение температуры тела 39°C, боли в грудной клетке при кашле, сухой кашель, общую слабость. Со слов пациента болеет в течение недели, лечился самостоятельно. За медицинской помощью не обращался. Объективно: температура 39 С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, кожа сухая, тургор тканей снижен. Язык обложен белым налетом. Зев слегка гиперемирован. Периферические лимфоузлы: подмышечные - 2 степени справа, не спаяны, безболезненные. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено. Перкуссия: справа над нижней долей определяется укорочение перкуторного звука. Аускультация: справа над нижней долей дыхание ослаблено, определяется крепитация и мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах правого легкого. ЧДД – 24 в мин, SPO2 –97%. Тоны сердца приглушены. ЧСС 110 ударов в 1 мин. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Симптом Пастернацкого (-) с обеих сторон. Стул, диурез в норме.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Продемонстрируйте правильное надевание противочумного костюма, респиратора, защитных очков, перчаток, обуви (в конце модуля продемонстрируйте правильность снятия, дезинфекцию и утилизацию противочумного костюма, респиратора, защитных очков, перчаток, обуви).</li> <li>- Составьте письменный план заданий, которые вы должны выполнить в модуле.</li> <li>- Поставьте временные рамки к заданиям.</li> <li>- Поставьте задания в логическом порядке.</li> <li>- Запишите важные цели, которые преследуют задания.</li> <li>- Соберите анамнез.</li> <li>- Уточните жалобы.</li> <li>- Исключите наличие менингеального синдрома.</li> <li>- Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.</li> <li>- Проведите дифференциальную диагностику заболевания.</li> <li>- Определите состояние пациента;</li> <li>- Перечислите возможные осложнения.</li> <li>- Проведите объективный осмотр.</li> <li>- Выполните диагностические мероприятия в условиях ФАП.</li> <li>- Окажите необходимую медицинскую помощь пациенту на догоспитальном этапе.</li> <li>- Продемонстрируйте забор мазка из зева и носа на COVID-19.</li> <li>- Назовите необходимые дополнительные исследования.</li> <li>- Перечислите основные противоэпидемические мероприятия при подозрении у пациента Covid-19.</li> <li>- Оформите необходимую документацию.</li> </ul>

<p>Модуль В Лечебная деятельность</p>	<p><i>Пациент Д. 45 лет обратился на фельдшерско - акушерский пункт с жалобами на выраженную боль в правом подреберье, иррадирующую кверху в правое плечо и лопатку, горечь во рту, тошноту, неоднократную рвоту и наличие примеси желчи в рвотных массах, повышение температуры до 37,2°C, головную боль.</i></p> <p><i>При сборе анамнеза: страдает заболеванием в течение последних 3х лет. В 2018 году с подобными жалобами был госпитализирован в хирургическое отделение. После этого 2 раза отмечалось обострение заболевания, пациент лечился у терапевта.</i></p> <p><i>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Вес 78 кг, рост 175 см, температура тела 37,0°C, кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Язык обложен беловато-желтым налетом. Стула не было. При поверхностной и глубокой пальпации живота - живот не вздут, при пальпации болезненный справа, напряжен в правом подреберье. Отмечаются положительные симптомы Мюсси-Георгиевского, Грекова – Ортнера, Кера.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Составьте письменный план заданий, которые вы должны выполнить в модуле.</li> <li>- Поставьте временные рамки к заданиям.</li> <li>- Поставьте задания в логическом порядке.</li> <li>- Запишите важные цели, которые преследуют задания.</li> <li>- Соберите анамнез заболевания и жизни.</li> <li>- Уточните жалобы.</li> <li>- Проведите объективный осмотр больного.</li> <li>- Поставьте предварительный диагноз, назовите осложнения.</li> <li>- Назначьте дополнительные исследования.</li> <li>- Определите тактику ведения больного.</li> <li>- Проведите необходимые диагностические мероприятия</li> <li>- Окажите необходимую медицинскую помощь пациенту условиях ФАП.</li> <li>- Проинформируйте пациента о методах лечения заболевания, дайте рекомендации.</li> <li>- Проведите дифференциальную диагностику с заболеваниями органов брюшной полости.</li> <li>- Оформите необходимую документацию.</li> </ul>
---	--	---

<p>Модуль С Оказание неотложной помощи</p>	<p><i>Пациент С., пострадавший в результате ДТП, мужчина, 25 лет доставлен на ФАП попутным транспортом. Обстоятельства ДТП: 20-30 минут назад, чтобы не совершить наезд на пешехода, внезапно появившегося на проезжей части, водитель резко свернул с дороги и въехал в столб. Травму получил от удара о руль. При осмотре: общее состояние тяжелое. В сознании, жалобы на боли в грудной клетке, сильные боли в левом подреберье. В момент удара ощутил сильную боль и хруст в области 6,7,8 ребра слева, а также боль и хруст в области правого предплечья. Выраженная деформация 6 ребра слева и гематома в этой области. На передней брюшной стенке обширная гематома. Деформация и обширная гематома в средней трети предплечья справа, резаная рана в области правого предплечья 6*1.0 см, слабо кровоточит. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное с частотой 28 в 1 минуту. При выслушивании легких дыхание слева не проводится, перкуторный звук тимпанический над всей поверхностью левого легкого. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости смещены вправо. Пульс 110 ударов в 1 минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Живот несколько напряжен, имеется выраженная болезненность в области левого подреберья. SPO2 –92%.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Составьте письменный план заданий, которые вы должны выполнить в модуле.</li> <li>- Поставьте временные рамки к заданиям.</li> <li>- Поставьте задания в логическом порядке.</li> <li>- Запишите важные цели, которые преследуют задания.</li> <li>- Проведите необходимые диагностические мероприятия в условиях ФАП.</li> <li>- Окажите неотложную помощь на догоспитальном этапе.</li> <li>- Оформите необходимую документацию.</li> <li>- Перечислите возможные осложнения.</li> <li>- Проведите клиническое обследование.</li> <li>- Проведите дифференциальную диагностику заболеваний.</li> <li>- Определите показания к госпитализации и подготовьте пациента к транспортировке.</li> <li>- Оцените эффективность оказания неотложной медицинской помощи.</li> <li>- Проведите контроль основных параметров жизнедеятельности.</li> <li>- Сформулируйте диагноз, определите тяжесть состояния пациента.</li> </ul>
--	--	---



<p>Модуль D Профилактическая деятельность</p>	<p><i>Фельдшер ведет прием в условиях медицинской организации (кабинет профилактики поликлиники). В кабинет профилактики подошла на диспансерный прием пациентка И., 65 лет, с диагнозом Сахарный диабет 2 типа. Пенсионерка живёт с дочерью и тремя внуками, в семье часто бывают ссоры. Жизнь пациентки полна стрессов. Страдает сахарным диабетом с 58 лет, этим же заболеванием страдала её покойная мать и сестра. Малоподвижна. Спать ложится поздно, так как любит смотреть телевизор, вследствие чего не высыпается. Питание не рациональное. Диету не соблюдает: очень любит жирные сорта мяса, сало, сдобу. Салаты заправляет майонезом. По утрам пьёт крепкий кофе. Не курит, алкоголь не употребляет. Рост – 162 см. Масса тела – 98 кг; холестерин общий 8,9 ммоль/литр; сахар в крови натощак – 18 ммоль/литр.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Составьте письменный план заданий, которые вы должны выполнить в модуле.</li> <li>- Поставьте временные рамки к заданиям.</li> <li>- Поставьте задания в логическом порядке.</li> <li>- Запишите важные цели, которые преследуют задания.</li> <li>-Оцените состояние пациентки.</li> <li>- Проведите необходимое обследование.</li> <li>- Проинформируйте пациентку об особенностях течения сахарного диабета.</li> <li>- Определите необходимость в обучении пациента.</li> <li>- Проведите обучение пациентки в соответствии с выявленными потребностями.</li> <li>- Назовите необходимые дополнительные исследования.</li> <li>- Обучите пациентку правилам взвешивания и правильному ведению дневника контроля веса.</li> <li>- Проинформируйте пациентку о правилах приема сахароснижающих препаратов.</li> <li>- Дайте рекомендации по профилактике осложнений сахарного диабета.</li> <li>- Обучите пациентку элементам лечебно-физкультурного комплекса.</li> <li>- Заполните необходимую документацию.</li> </ul>
---	--	--

<p>Модуль Е Оказание акушерской помощи</p>	<p><i>На ФАП обратилась женщина, 30 лет, срок беременности 36 недель. Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастральной области, однократную рвоту. Анамнез: Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, на раннем сроке протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140/85, 135/80 мм.рт. ст., незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации отказалась. Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100, 180/110, пульс 85 ударов минуту. Положение плода продольное, позиция первая, предлежащая часть - головка, сердцебиение плода 140 ударов минуту.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Составьте письменный план заданий, которые вы должны выполнить в модуле.</li> <li>– Поставьте временные рамки к заданиям.</li> <li>– Поставьте задания в логическом порядке.</li> <li>– Запишите важные цели, которые преследуют задания.</li> <li>– Соберите анамнез.</li> <li>– Оцените состояние беременной женщины.</li> <li>– Определите тактику фельдшера.</li> <li>– Проведите необходимые диагностические исследования</li> <li>– Перечислите возможные осложнения.</li> <li>– Назовите необходимые дополнительные исследования.</li> <li>– Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.</li> <li>– Решите вопрос о госпитализации беременной в акушерский стационар.</li> </ul>
--	--	---



<p>Модуль F Организационно-аналитическая деятельность</p>	<p>Среднегодовая численность населения в 2020 году составила 680215 человек, в изучаемом году родились живыми 8715, умерли 7240 жителей.</p> <p>Среднегодовая численность населения в 2021 году составила 660000 человек, в изучаемом году родились живыми 7500, умерли 7300 жителей.</p> <p>Среднегодовая численность взрослого населения некоторого субъекта РФ на момент статистического исследования составила 208 203 человека. В течение года было всего зарегистрировано 81 407 больных, в том числе 37 306 с диагнозом, установленным впервые, из них инфекционные и паразитарные болезни – 1 505, болезни системы кровообращения – 9 546, болезни органов дыхания – 7 783, болезни органов пищеварения – 1 352, болезни костно-мышечной системы – 2 420, травмы – 3 632, прочие – 11 068.</p> <p>Среднегодовое число рабочих машиностроительного завода составило 500 человек. Ими было представлено за один год 400 листов нетрудоспособности на 2800 пропущенных дней, в т.ч. по гриппу 140 листов, по травмам - 80, по желудочно-кишечным заболеваниям - 60, по прочим заболеваниям - 120.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Составьте письменный план заданий, которые Вы должны выполнить в модуле.</li> <li>– Запишите важные цели, которые преследуют задания.</li> <li>– Рассчитайте показатели и структуру заболеваемости с временной утратой трудоспособности.</li> <li>– Рассчитайте показатели естественного движения населения на основании имеющихся статистических данных за два года.</li> <li>– Рассчитайте показатели заболеваемости и структуру первичной заболеваемости.</li> <li>– Проведите анализ полученных статистических показателей и сделайте выводы.</li> <li>– Составьте план практических рекомендаций по улучшению ситуации в анализируемом субъекте.</li> </ul>
---	--	---

## Инструкции для участников

Для составления плана одного модуля используйте одну страницу (всего 2 страницы). Вы можете перечитать план в течение 5 минут, данных на ознакомление.

*Выполнение.* В начале выполнения модуля Конкурсного задания у Вас есть 5 минут для ознакомления с обстановкой, ничего не трогаете, не перемещаете. Внимательно прочитайте описание ситуации. Выполняйте задания, которые указаны в описании. Обстановка приближена к реальной, действуйте исходя из этой ситуации. Время на выполнение модуля А, В, С, D – 3 часа, модуля F, E – 2 часа, включая время подготовки 5 минут.

### **Модуль А. Диагностическая деятельность.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работы.

**Особенности выполнения задания.** Участник перед приемом облачается в СИЗ. Делает осмотр кожных покровов, слизистых оболочек, лимфатических узлов. Проводит осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию легких, сердца, живота. Делает забор анализа на COVID-19 из зева и носа, оформляет документацию для отправки в ЦРБ. Измеряет температуру тела, АД, насыщение крови кислородом. Делает выводы. Записывает в соответствующую документацию.

Участник выполняет необходимые манипуляции и выписывает направление на стационарное лечение (экстренно). Вызывает машину и отправляет пациента в ЦРБ. Участник снимает, дезинфицирует, утилизирует СИЗ.

Участник должен обратить особое внимание на точную диагностику состояния в условиях ФАП, последовательно в соответствии с клиническими рекомендациями определить состояние пациента, выявить основную и сопутствующую патологию, обосновать тактику ведения пациента. Участник при выполнении задания использует приложение №1,2,3,6,7.

**Возможные ошибки.** Недостаточная ковид-настороженность. Нарушение правил асептики, антисептики. Неполное проведение необходимых диагностических мероприятий. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной и экстренной формах при острых заболеваниях и несчастных случаях не в полном объеме. Недостаточно полное раскрытие сути диагностической деятельности фельдшера.

### **Модуль В. Лечебная деятельность.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работы.

#### **Особенности выполнения задания.**

Участник делает осмотр, поверхностную и глубокую пальпацию живота, измеряет артериальное давление. Делает выводы. Оформляет документацию. Участник должен обратить особое внимание грамотному осуществлению лечебной деятельности в условиях ФАП. Выполнить полный объем лечебно-диагностических мероприятий на догоспитальном этапе в соответствии с клиническими рекомендациями МЗ РФ. Участник при выполнении задания использует приложение №1,2,3,6,7.

**Возможные ошибки.** Неполное, невнимательное проведение объективного осмотра. Несоблюдение принципов этики, деонтологии. Недостаточно подробное объяснение рекомендаций по правилам приема лекарств, соблюдению диеты. Неполное освещение лечебной деятельности фельдшера.

### **Модуль С. Оказание неотложной помощи.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работ.

**Особенности выполнения задания.** Участник проводит осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию по системам органов, оценивает местный статус, измеряет артериальное давление. Делает выводы. Приступает к оказанию неотложной помощи. Оформляет документацию.

Учитывая тяжесть состояния, необходимо диагностические и лечебные мероприятия выполнять быстро, аккуратно, в полном объеме. Провести дифференциальную диагностику, выявить основную и сопутствующую патологию. Все манипуляции выполнять в полном соответствии с алгоритмом действия. Участник при выполнении задания использует приложение №1,2,3,6,7.

**Возможные ошибки.** Участник должен точно выявить ведущую патологию, определить правильную последовательность оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при сложной сочетанной травме. Назначить лечение в соответствии с клиническими рекомендациями в необходимой дозировке. Своевременно проводить мониторинг витальных функций. Исключить нарушение инфекционной безопасности.

### **Модуль D. Профилактическая деятельность.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работы.

#### **Особенности выполнения задания.**

Участник информирует об особенностях течения сахарного диабета, обучает измерению сахара крови с использованием глюкометра, ведению дневника самоконтроля, подсчету хлебных единиц, проведению взвешивания, ведению дневника контроля веса. Информировывает пациентку о своевременном приеме сахароснижающих препаратов, дает рекомендации по профилактике осложнений сахарного диабета, советы по диетотерапии, соблюдению режима дня и отдыха, обучает элементам лечебно–физкультурного комплекса.

Участник должен обратить особое внимание на последовательность плана работы с пациенткой, обучению диагностики своего состояния и профилактики осложнений заболевания. Участник при выполнении задания использует приложение №1,2,3,4,6,7.

**Возможные ошибки.** Недостаточное пояснение принципов диагностики состояния и профилактики осложнений заболевания. Недостаточно полное обследование и информирование пациентки.

#### **Модуль Е. Оказание акушерской помощи.**

Модуль считается выполненным при условии выполнения всех манипуляций, оформления документации и устного доклада участника об окончании работы.

#### **Особенности выполнения задания.**

Выявляет акушерский анамнез. Осведомляется об аллергии. Проводит осмотр. Поясняет возможные последствия отказа от госпитализации. Решает вопрос о госпитализации пациентки, оказывает необходимую помощь. Участник должен обратить особое внимание на точную диагностику состояния в условиях ФАП, последовательно в соответствии с клиническими рекомендациями определить срок беременности, положение плода в матке, выявить основную и сопутствующую патологию, обосновать тактику ведения беременности. Участник при выполнении задания использует приложение № №1,2,3,5,6,7.

**Возможные ошибки.** Нарушение правил асептики, антисептики. Неполное проведение необходимых диагностических мероприятий. Проведение наружного акушерского исследования в неполном объеме. Нарушение правил этики, деонтологии.

#### **Модуль F. Организационно-аналитическая деятельность.**

Модуль считается выполненными при условии выполнения всех действий, оформлении документации и устного доклада участника об окончании работ.

**Особенности выполнения задания.** Правильно применять необходимые формулы расчетов статистических показателей. Проводить анализ полученных данных, делать выводы, разрабатывать практические рекомендации по улучшению ситуации в анализируемом субъекте.

**Возможные ошибки.** Нарушение последовательности действий.  
 Неправильное использование формул, неправильное указание единиц измерения.  
 Несоответствие плана рекомендаций полученным данным анализа.

## 5. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ

В данном разделе определены критерии оценки и количество начисляемых баллов (субъективные и объективные) таблица 2. Общее количество баллов задания/модуля по всем критериям оценки составляет 100.

**Таблица 2**

	Критерий	Баллы		
		Судейские аспекты	Объективные аспекты	Всего
<b>A</b>	Диагностическая деятельность.	2	16,5	18,5
<b>B</b>	Лечебная деятельность.	2	17,1	19,1
<b>C</b>	Оказание неотложной помощи.	2	16,5	18,5
<b>D</b>	Профилактическая деятельность.	2	16,5	18,5
<b>E</b>	Оказание акушерской помощи.		16	16
<b>F</b>	Организационно-аналитическая деятельность.		9,4	9,4
	<b>Всего</b>	<b>8</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

## 6. ПРИЛОЖЕНИЯ К ЗАДАНИЮ.

### Приложение 1

Наименование медицинской организации \_\_\_\_\_ Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
 Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_  
 Медицинская документация  
 Учетная форма N 025/y  
 Адрес \_\_\_\_\_ Утверждена приказом Минздрава России  
 от 15 декабря 2014 г. N 834н

### МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N \_\_\_\_\_

- Дата заполнения медицинской карты: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_ год \_\_\_\_
- Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
- Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число \_\_\_\_ месяц \_\_\_\_ год \_\_\_\_
- Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
 улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_
- Местность: городская - 1, сельская - 2.
- Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ 8. СНИЛС \_\_\_\_\_
- Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_
- Код категории льготы \_\_\_\_ 11. Документ \_\_\_\_\_: серия \_\_\_\_ N \_\_\_\_\_
- Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

стр. 2 ф. N 025/y

- Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит в браке - 2, неизвестно - 3.
- Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее - 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.
- Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2, пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6.
- Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) \_\_\_\_\_
- Место работы, должность \_\_\_\_\_
- Изменение места работы \_\_\_\_\_
- Изменение места регистрации \_\_\_\_\_
- Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

- Группа крови \_\_\_\_ 22. Rh-фактор \_\_\_\_ 23. Аллергические реакции \_\_\_\_\_

## 24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра \_\_\_\_\_ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) \_\_\_\_\_

Жалобы пациента \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания, жизни \_\_\_\_\_

Объективные данные \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Группа здоровья \_\_\_\_\_ Диспансерное наблюдение \_\_\_\_\_

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач	

## 25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата	
Жалобы	
Данные наблюдения в динамике	
Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
	Врач

## 26. Этапный эпикриз

Дата \_\_\_\_\_ Временная нетрудоспособность с \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ дней).



Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Листок нетрудоспособности \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

стр. 8 ф. N 025/y

27. Консультация заведующего отделением

Дата \_\_\_\_\_ Временная нетрудоспособность с \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_ дней).

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Листок нетрудоспособности \_\_\_\_\_

Зав. отделением \_\_\_\_\_ Лечащий врач \_\_\_\_\_

стр. 9 ф. N 025/y

28. Заключение врачебной комиссии

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Проведенное обследование и лечение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Заключение врачебной комиссии: \_\_\_\_\_

Рекомендации \_\_\_\_\_

Председатель \_\_\_\_\_ Члены комиссии \_\_\_\_\_

стр. 10 ф. N 025/y

### 29. Диспансерное наблюдение

Дата \_\_\_\_\_

Жалобы и динамика состояния \_\_\_\_\_

Проводимые лечебно-профилактические мероприятия \_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания: \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Осложнения: \_\_\_\_\_

Сопутствующие заболевания \_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

стр. 11 ф. N 025/y

### 30. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

### 31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

--	--	--

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

(в соответствии с ФЗ "О персональных данных" от 27.07.2006 N 152-ФЗ)

**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**Лечебно-профилактическое учреждение (далее  
ЛПУ) \_\_\_\_\_**Я, нижеподписавшийся**  
**(нижеподписавшаяся)** \_\_\_\_\_проживающий (проживающая) по адресу:  
\_\_\_\_\_

паспорт: \_\_\_\_\_

(Серия, номер, дата и место выдачи)

\_\_\_\_\_, подтверждаю свое согласие на обработку ЛПУ моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный телефон(ы), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном Фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и др. в медико- профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранить врачебную тайну. В процессе оказания ЛПУ мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные другим сотрудникам лечебно-профилактического учреждения в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю ЛПУ право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, а также обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими представление отчетных данных (документов) по ОМС (договорам ДМС) в Российской Федерации.

Также предоставляю ЛПУ право на внесение моих персональных данных в Федеральный (госпитальный) Регистр больных с инсультами.

ЛПУ имеет право на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом ОМС с учетом того, что их прием и обработку будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Я разрешаю (не разрешаю) лечащему (дежурному) врачу делать фотографии и видеозаписи, связанные с моим лечебным процессом и использовать их для научных и образовательных целей (результаты исследования могут быть представлены на медицинских конференциях и опубликованы) при условии соблюдения врачебной тайны (сведения личного характера опубликованы не будут).

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия. Настоящее согласие дано \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. и действует бессрочно. Я оставляю за собой право

отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес ЛПУ по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю ЛПУ. В случае получения моего письменного заявления ЛПУ обязано прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

**Пациент:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/.

(Ф.И.О., подпись)

Если пациент вследствие его физического недостатка, болезни или неграмотности не может собственноручно подписаться, то согласие может подписать другой гражданин, являющийся его доверенным лицом (законным представителем), с обязательным заверением его подписи зав. отделением:

**Доверенное**

**лицо:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/.

(Ф.И.О., подпись)

**Реквизиты документа доверенного лица:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

(Указать паспортные данные или данные документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

**Зав. отделением:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/.

(Ф.И.О., подпись)

**Контактная информация:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

(Ф.И.О., телефон законного представителя)

**Лечащий (дежурный) врач:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/.

(Ф.И.О., подпись)

Дата: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ г.  
\_\_\_\_ час \_\_\_\_ мин.

Время:

### Приложение 3

(В соответствии с приказом МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ  
от 20 декабря 2012 г. N 1177н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ДАЧИ ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА  
МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ОТНОШЕНИИ  
ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, ФОРМ ИНФОРМИРОВАННОГО  
ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО И ФОРМ ОТКАЗА ОТ МЕДИЦИНСКОГО  
ВМЕШАТЕЛЬСТВА)

#### ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я \_\_\_\_\_ года рождения  
(фамилия, имя, отчество - полностью)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан:  
\_\_\_\_\_ являюсь  
законным  
Представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного  
недееспособным: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (Ф.И.О ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Настоящим полностью подтверждаю, что в соответствии с моей волей, в доступной для меня форме,  
проинформирован(а) о нижеследующем:

- о предварительном диагнозе;
- о цели, характере, ходе и объеме планируемого обследования, способах его проведения;
- формах, болезненности и длительности, предлагаемых вариантах медицинского вмешательства, о наличии показаний к проведению мне (представляемому), указанных ниже видов и методов обследования;
- о возможных побочных осложнениях, обусловленных биологическими особенностями организма, о последствиях и связанных с ними риском, включая, независящие от соблюдения применяемой технологии (т.е. о непреднамеренном причинении вреда здоровью);

Я извещен(извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств;

Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною(представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, о принимаемых лекарственных средствах. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Получив полные и всесторонние разъяснения, включая исчерпывающие ответы на заданные мною вопросы, и имея достаточно времени на принятие решения о согласии на предложенное мне ( представляемому мною лицу) обследование, подтверждаю, что мне понятны используемые термины, добровольно даю свое согласие на проведение диагностических исследований:

1. Различные виды диагностических пункция полостей и органов (стерильная, плевральная, суставная, брюшной полости и т.д.)

2. Лучевые методы диагностики с использованием гадолиний содержащих, рентген-контрастные вещества и радиофармпрепаратов: \_\_\_\_\_

3. Подготовка и проведение эндоскопических исследований (в том числе цистоскопия с катетеризацией мочеточечников) с возможной лечебно- диагностической биопсией: \_\_\_\_\_

4. Операция и пункционная биопсия: \_\_\_\_\_

5. Функциональные и ультразвуковые методы исследований с использованием нагрузочных и провокационных проб: \_\_\_\_\_

6. Ультразвуковые методы исследования. В том числе трансректальные и трансвагинальные исследования:

---

 7.Измерение внутриглазного давления, инсталляции капель для проведения исследований органов зрения:
 

---

- Я информирован (информирована) о том, что моя (моего представляемого) медицинская информация является конфиденциальной в соответствии со ст. 13 Федерального закона от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», мне подтверждена гарантия конфиденциальности сведений, касающихся моего здоровья(здоровья представляемого).

- Я \_\_\_\_\_ согласен (согласна) на осмотр студентами медицинских ВУЗов и ССУЗов исключительно в медицинских, научных или обучающих целях, также для участия на медицинских конференциях и публикациях в медицинских изданиях, но без указания моих персональных данных.

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ /

Подпись пациента (законного представителя)

Расшифровка подписи

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 201\_\_ г. \_\_\_\_\_ /

Подпись врача

Расшифровка подписи



**Приложение 4**  
 В соответствии с приказом Минздрава России  
 от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации   Адрес	ОКУД  ОКПО	Код формы по _____ Код организации по _____ Медицинская документация _____ Учетная форма № 030/у _____
--	------------------	---

### КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ №

1. Диагноз заболевания, по поводу которого пациент подлежит диспансерному наблюдению:

код по МКБ-10 \_\_\_\_\_

2. Дата заполнения карты:

число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

3. Специальность  
 врача \_\_\_\_\_

4. ФИО врача \_\_\_\_\_

5. Дата установления  
 диагноза \_\_\_\_\_

6. Диагноз установлен: впервые — 1, повторно —  
 2. \_\_\_\_\_

8. Дата начала диспансерного  
 наблюдения \_\_\_\_\_

9. Дата прекращения диспансерного  
 наблюдения \_\_\_\_\_

7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением — 1, профилактическом осмотре — 2.

10. Причины прекращения диспансерного наблюдения: выздоровление — 1, выбытие из района обслуживания — 2, смерть — 3.

11. Фамилия, имя, отчество  
 пациента \_\_\_\_\_

12. Пол: муж. — 1, жен. — 2 13. Дата рождения: число \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

14. Место регистрации: субъект Российской  
 Федерации \_\_\_\_\_

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

улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

15. Код категории  
 льготы \_\_\_\_\_

## 16. Контроль посещений:

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

оборотная сторона ф. № 030/у

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

## 17. Сведения об изменении диагноза

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	ФИО врача

 18. Сопутствующие  
заболевания

---

## 19. Лечебно-профилактические мероприятия

№ п/п	Мероприятия	Дата	Дата	Отметка о выполнении	ФИО врача
		начала	окончания		

## Приложение 5

к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_

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

Адрес \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Учетная форма № 111/у-20  
Утверждена приказом Минздрава России  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

### Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы

1. Ф.И.О.

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

2. Дата и год рождения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ года, полных лет \_\_\_\_\_

3. Адрес проживания

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

4. Адрес регистрации  совпадает с адресом проживания

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

5. Контактные телефоны: мобильный \_\_\_\_\_

домашний \_\_\_\_\_

рабочий \_\_\_\_\_ адрес электронной почты \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

6. Брачное состояние:  брак зарегистрирован,  брак не зарегистрирован,  одинокая

7. ФИО и телефон доверенного

лица \_\_\_\_\_

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

8. Образование:  – начальное,  – среднее,  - высшее

9.

Профессия \_\_\_\_\_

10. Место

работы \_\_\_\_\_

11. Инвалидность:  – нет,  – группа \_\_\_\_\_

12. Полис ОМС № \_\_\_\_\_

13.СНИЛС № \_\_\_\_\_

14.Декретный отпуск с \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года по \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

15.Листок нетрудоспособности № \_\_\_\_\_

16.Родовой сертификат: серия № \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

 17.Аллергические реакции:  нет,  да (при наличии – выделить цветом) \_\_\_\_\_

18. Данные о группе крови, Rh-факторе - пациентка				19. Данные о группе крови, Rh-факторе - отец ребёнка			
Группа крови		Rh фактор		Группа крови		Rh фактор	
Дата определения ____ / ____ / ____ г.				Дата определения ____ / ____ / ____ г.			
Подпись врача				Подпись врача			
Печать				Печать			
Данные о введении антирезусIg при предыдущих беременностях ____ / ____ / ____ г. ____ / ____ / ____ г.							
Данные о введении антирезусIg притекущей беременности ____ / ____ / ____ г. ____ / ____ / ____ г.							

20.Данная беременность по счету \_\_\_\_\_

21. Данные роды по счету \_\_\_\_\_

22.Срок и дата первой явки (взятия на учет) \_\_\_\_\_

23. Роды: дата \_\_\_\_\_ при сроке беременности \_\_\_\_\_ медицинская организация \_\_\_\_\_

24.1 Высокий акушерский риск по результатам скрининга в 11-14 нед.(выделить цветом)

Риски осложнений (преэклампсия, преждевременные роды, задержка роста плода)	Значение индивидуального риска

24.2 Акушерский риск (на основе клинических рекомендаций)

Риск осложнений (высокий выделить цветом)	При 1-й явке	В 11–13неделя	В 18–20неделя	В 30-34 недели
Тромбоэмболические осложнения	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий
Другие (указать)	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий	<input type="checkbox"/> Низкий <input type="checkbox"/> Высокий

25.Диагноз:

Основной \_\_\_\_\_

Осложнения данной беременности

---

---

Сопутствующие заболевания:

Соматические

---

---

Гинекологические

---

---

Обменно-уведомительную карту № \_\_\_\_\_ получила \_\_\_\_\_ (дата, подпись)

Родовой сертификат серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ получила \_\_\_\_\_ (дата, подпись)

### СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТКЕ

Врождённые пороки развития:  нет;  да

Рост \_\_\_\_\_ см

Масса тела при первой явке  
\_\_\_\_\_ кг

ИМТ при первой явке \_\_\_\_\_ кг/м<sup>2</sup>.

- недостаточная масса (<18),  норма (18–25),  избыточная масса (25,1–29,9),  
 ожирение I (30–34,9),  ожирение II (35–39,9),  ожирение III (≥40).

Другие риски \_\_\_\_\_:  низкий,  высокий (на основе КР).

Перенесённые заболевания:

Детские инфекции:  нет;  да

---

На диспансерном учёте:  не состояла;  состояла

---

Травмы, операции:  нет;  да

---

Соматические заболевания:  нет;  да

---

---

Социально значимые инфекции:  нет;  ВИЧ;  туберкулёз,  гепатит В;  гепатит С;  сифилис;

другие \_\_\_\_\_

ВИЧ-статус:  – негативный,  – позитивный

от \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ г. эпид. номер \_\_\_\_\_

Антиретровирусная терапия во время беременности \_\_\_\_\_

---

---

Наследственные заболевания:  нет;  да

---

Гемотрансфузии:  нет;  да  
 (год) \_\_\_\_\_

Последняя флюорография, дата \_\_\_\_\_  
 результат \_\_\_\_\_

Вредные привычки:

- нет;
- курение (в день):  <1/2 пачки;  1/2-1 пачка;  > 1 пачки, период (годы) \_\_\_\_\_
- алкоголь:  каждый день;  1-2 раза в неделю;  1-2 раза в месяц, вид алкоголя \_\_\_\_\_, мл в день \_\_\_\_\_
- наркотики (название) \_\_\_\_\_

Профессиональные вредности:  нет;  да

Сведения о прививках (дата последней вакцинации):

- столбняк \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г. (дату не помнит)
- дифтерия \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г. (дату не помнит)
- корь \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г. (дату не помнит)
- краснуха \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г. (дату не помнит)
- ветряная оспа \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г. (дату не помнит)
- грипп \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г. (дату не помнит)
- ВПЧ \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г. (дату не помнит)
- гепатит В \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г. (дату не помнит)
- другие \_\_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ г.

Менструации: с \_\_\_ лет, установились  сразу,  нет, (через \_\_\_ месяцев), по \_\_\_ дней, через \_\_\_ дней;  скудные  умеренные  обильные;  болезненные  безболезненные;  регулярные,  нерегулярные.

Половая жизнь с \_\_\_\_\_ лет.

Контрацепция (метод и период применения)

Гинекологические заболевания, операции (какие, дата)

Инфекции, передаваемые половым путём:  нет;  да (дата, лечение)

Последнее обследование молочных желёз \_\_\_\_\_ год, \_\_\_\_\_ метод, результат \_\_\_\_\_

Последнее цитологическое исследование микропрепарата шейки матки \_\_\_\_\_ год, \_\_\_\_\_ метод, результат \_\_\_\_\_

Исходы предыдущих беременностей

№	Год	Наступила: 1-самопроизвольно; 2- индуцирована 3-ВРТ (уточнить программу)	Исход: 1-роды: срочные, преждевременные, (дата, срок беременности) 2-кесарево сечение (дата, срок беременности) 3-самопроизвольный выкидыш, искусственный аборт, неразвивающаяся беременность (срок)	Число родившихся (живыми, мертвыми), пол, рост (см), масса тела (г) ребенка.	Осложнения предыдущих беременностей и родов

			беременности) 4-внематочная беременность (вид операции) 7-пузырный занос (срок беременности)		
1					
2					
3					
4					
5					

#### Сведения о рубце на матке (при наличии)

Дата операции	Медицинская организация	Название операции	При кесаревом сечении - срок беременности, показания	Локализация рубца на матке	Особенности операции, п/о периода

#### Сведения об отце ребёнка:

Возраст \_\_\_\_\_ лет Рост \_\_\_\_\_ см Масса  
 тела \_\_\_\_\_ кг ИМТ \_\_\_\_\_ кг/м<sup>2</sup>

Вредные привычки:  нет;  курение;  алкоголь;  наркотики

Хронические заболевания:  нет;  да

ИППП:  нет;  да (дата, лечение)

Социально значимые инфекции:  нет;  ВИЧ;  туберкулёз,  гепатит В;  гепатит С;  сифилис;

другие \_\_\_\_\_

Последняя флюорография, дата \_\_\_\_\_

результат \_\_\_\_\_

Сведения о прививках:  столбняк  дифтерия  корь  краснуха  грипп.

С моих слов записано верно. Подпись и ФИО беременной \_\_\_\_\_  
 (\_\_\_\_\_)

Дата заполнения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Подпись и Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

### СВЕДЕНИЯ О НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность:  первая;  повторная наступила;  спонтанно;  индуцирована;  с помощью ВРТ

Предгравидарная подготовка  да  нет

Если ВРТ, то номер попытки \_\_\_\_\_, перенос эмбрионов  нативного  криоконсервированного

Дата переноса эмбриона(ов) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

Число перенесенных эмбрионов \_\_\_\_\_

Возраст матери/донора на дату криоконсервации \_\_\_\_\_

Предстоящие роды:  первые,  повторные

Беременность:  одноплодная,  многоплодная; количество плодов \_\_\_\_\_

Взята на учёт по беременности \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года, в сроке \_\_\_\_ недель

Последняя менструация \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года



Дата 1-го УЗИ \_\_\_\_\_ срок беременности \_\_\_\_\_ недель

Первое шевеление плода \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

Предполагаемая дата родов \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года

Первое обследование беременной

Дата осмотра \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Жалобы:  нет;  да

---

---

---

Состояние кожных покровов:  чистые;

высыпания \_\_\_\_\_

---

Распределение и выраженность подкожной жировой клетчатки:  по женскому типу;  
 по мужскому типу;  недостаточно выражена;  нормально выражена;  избыточно  
выражена

Отеки:  нет;  да (локализация, выраженность)

---

Варикозное расширение вен нижних конечностей:  нет;  да

Увеличение лимфатических узлов:  нет;  да (локализация,  
болезненность) \_\_\_\_\_

---

Осмотр и пальпация молочных желез:  патологических изменений нет;  признаки ФКМ;  
 пальпируется узловое образование \_\_\_\_\_;   
безболезненны  масталгия; соски:  сформированы правильно;  втянуты; другие  
изменения \_\_\_\_\_

---

Тоны сердца:  ясные;  
 \_\_\_\_\_

Пульс \_\_\_\_\_ /мин

АД: на правой руке \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ммрт.ст., на левой руке \_\_\_\_ / \_\_\_\_ мм рт.ст.

Аускультация лёгких:  дыхание \_\_\_\_\_ везикулярное;

---

---

Шевеления плода:  ощущает;  не ощущает (после 16 недель)

Сердцебиение плода (уд/мин) \_\_\_\_\_ (после 12 недель)

Окружность живота \_\_\_\_\_ см (после 20 недель)

Высота дна матки \_\_\_\_\_ см (после 20 недель)

Положение плода: 1-продольное; 2-косое; 3-поперечное (после 34 недель)

Над входом в малый таз определяется:  -головка,  -тазовый конец,  
 -другое \_\_\_\_\_ (после

34 недель)

Предлежащая часть:  прижата;  подвижна (после 34 недель)

Гинекологический осмотр

Осмотр шейки матки в зеркалах: шейка матки:  визуально не изменена;

---

---

---

Влагалищное исследование: наружные половые органы:  развиты правильно,  
 указать отклонения

\_\_\_\_\_;

влагалище:  без патологии;  указать отклонения

\_\_\_\_\_;

шейка матки:  плотная;  размягчена;  мягкая; длиной \_\_\_\_\_ см  
\_\_\_\_\_; отклонена  кзади,  кпереди,  расположена по центру,  
слизистая \_\_\_\_\_;

наружный зев:  сомкнут;  пропускает кончик пальца;  пропускает палец;

тело матки: увеличено до \_\_\_\_\_ недель беременности,  подвижное,

\_\_\_\_\_,  безболезненное,  болезненное; околосагитальное пространство

\_\_\_\_\_

придатки слева:  без особенностей;  особенности:

\_\_\_\_\_

придатки справа:  без особенностей,  особенности:

\_\_\_\_\_

эктопаразиты:  нет,  обнаружены:

\_\_\_\_\_

отделяемое из цервикального канала \_\_\_\_\_, влагалища

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз:

Срок беременности \_\_\_\_\_ недель.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Анализы:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Назначения:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Рекомендованный срок следующего посещения:

\_\_\_\_\_

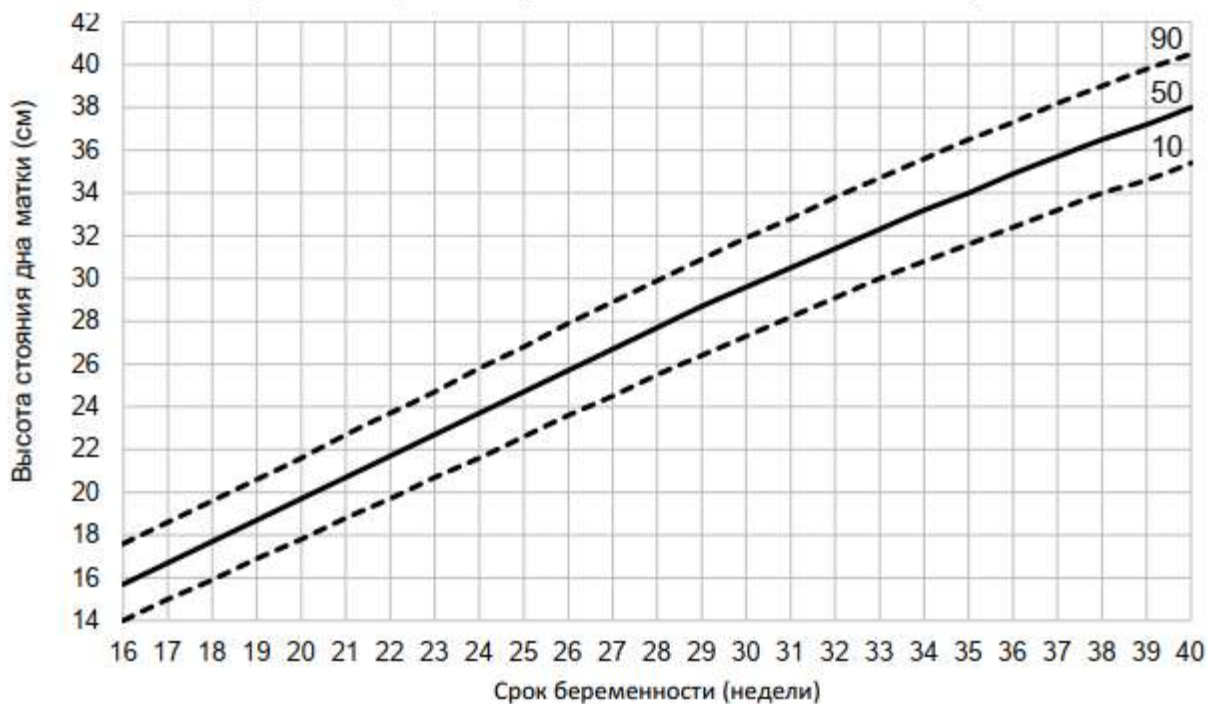
Дата заполнения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ года.

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Подпись беременной \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

## НАБЛЮДЕНИЕ ВО ВРЕМЯ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

### 1. Гравидограмма – после 20 недель беременности



### 2. Пельвиометрия

D. sp. \_\_\_\_ см,

D. cr. \_\_\_\_ см,

D. troch. \_\_\_\_ см,

C. ext. \_\_\_\_ см,

C. vera \_\_\_\_ см,

C. diag. \_\_\_\_ см,

индекс Соловьёва \_\_\_\_\_,

ромб Михаэлиса \_\_\_\_ см × \_\_\_\_ см.

Дополнительные размеры таза (по

показаниям) \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ года.

Подпись врача \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация

Форма № 029/у

 \_\_\_\_\_ Утверждена Минздравом СССР  
 наименование учреждения 04.10.80 г. № 1030

**ЖУРНАЛ**
**учета процедур**

Кабинет \_\_\_\_\_

№ п/п	Фамилия, имя, отчество больного	Наименование процедуры (препарат)	Количество назначенных процедур	Доза	Даты проведения процедур																							
					6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24					

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

Приложение № 3  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Медицинская документация  
Учетная форма № 025-1/у  
Утверждена приказом Минздрава России  
от 15 декабря 2014 г. № 834н

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

Адрес медицинской организации \_\_\_\_\_

**ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, № \_\_\_\_\_**

1. Дата открытия талона: число _____ месяц _____ год _____	2. Код категории льготы _____	3. Действует до _____
4. Страховой полис ОМС: серия _____ № _____	5. СМО _____	6. СНИЛС _____
7. Фамилия _____	8. Имя _____	9. Отчество _____
10. Пол: муж. – 1, жен. – 2	11. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____	9. Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ № _____
12. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____ населенный пункт _____ улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____	13. Местность: городская – 1, сельская – 2	14. Занятость: работает – 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6
15. Место работы, должность (для детей: дошкольник: организован, неорганизован; школьник) _____	16. Инвалидность: установлена впервые – 1, повторно – 2	17. Группа инвалидности: I – 1, II – 2, III – 3
18. Инвалид с детства: да – 1, нет – 2	19. Оказываемая медицинская помощь: первичная доврачебная медико-санитарная помощь – 1, первичная врачебная медико-санитарная помощь – 2, первичная специализированная медико-санитарная помощь – 3, паллиативная медицинская помощь – 4	20. Место обращения (посещения): поликлиника – 1, на дому – 2, центр здоровья – 3, иные медицинские организации – 4
21. Посещение: по заболеваниям (коды А00 – Т98) – 1, из них: в неотложной форме – 1.1; активное посещение – 1.2; диспансерное наблюдение – 1.3; с профилактической и иными целями (коды Z00 – Z99) – 2; медицинский осмотр – 2.1; диспансеризация – 2.2; комплексное обследование – 2.3; паллиативная медицинская помощь – 2.4; патронаж – 2.5; другие обстоятельства – 2.6	22. Обращение (цель): по заболеванию (коды А00 – Т98) – 1, с профилактической целью (коды Z00 – Z99) – 2	23. Обращение (законченный случай лечения): да – 1; нет – 2
24. Обращение: первичное – 1, повторное – 2	25. Результат обращения: выздоровление – 1, без изменения – 2, улучшение – 3, ухудшение – 4, летальный исход – 5, дано направление: на госпитализацию – 6, из них: по экстренным показаниям – 7, в дневной стационар – 8, на обследование – 9, на консультацию – 10, на санаторно-курортное лечение – 11	26. Оплата за счет: ОМС – 1; бюджета – 2; личных средств – 3; ДМС – 4; иных источников, разрешенных законодательством – 5
27. Даты посещения (число, месяц, год):		

28. Диагноз предварительный _____	код по МКБ-10 _____
29. Внешняя причина _____	код по МКБ-10 _____
30. Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____	код _____
31. Медицинская услуга _____	код _____
31. Медицинская услуга _____	код _____

32. Диагноз заключительный _____	код по МКБ-10 _____
33. Внешняя причина _____	код по МКБ-10 _____
34. Сопутствующие заболевания: _____	код по МКБ-10 _____
_____	код по МКБ-10 _____
35. Заболевание: острое (+) – 1; впервые в жизни установленное хроническое (+) – 2; ранее установленное хроническое (–) – 3	
36. Диспансерное наблюдение: состоит – 1, взят – 2, снят – 3, из них: с выздоровлением – 4, со смертью – 5, по другим причинам – 6	
37. Травма: производственная – 1; транспортная – 2, из нее: ДТП – 2.1; спортивная – 3; уличная – 4; сельскохозяйственная – 5; прочая – 6	

38. Операция: _____	код _____
39. Анестезия: общая – 1; местная – 2	40. Операция проведена с использованием аппаратуры: лазерной – 1; криогенной – 2; эндоскопической – 3; рентгеновской – 4
41. Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____	код _____
42. Манипуляции, исследования: _____	кол-во _____ код _____
_____	кол-во _____ код _____
в том числе лабораторные, инструментальные и лучевые: _____	кол-во _____ код _____
_____	кол-во _____ код _____
43. Врач: специальность _____ Ф.И.О. _____	код _____

44. Рецепты на лекарственные препараты:

Дата	Рецепт		Лекарственный препарат	льгота (%)	Лек. форма	Доля	Кол-во	код МКБ-10	Код врача
	серия	номер							

45. Документ о временной нетрудоспособности: листок нетрудоспособности – 1; справка – 2	46. Повод выдачи: заболевание – 1; уход за больным членом семьи – 2 (Ф.И.О. _____); в связи с карантином – 3; на период санаторно-курортного лечения – 4; по беременности и родам – 5; по прерыванию беременности – 6	47. Дата выдачи: число _____ месяц _____ год _____
48. Даты продления: _____		
49. Дата закрытия документа о временной нетрудоспособности: число _____ месяц _____ год _____		
50. Дата закрытия талона: число _____ месяц _____ год _____	51. Врач (Ф.И.О., подпись) _____	