

План деятельности

Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки).

№п/п	Дата	Ф.И.О. пациента	Дата рождения	Адрес	Назначения	Данные обследования	Отметки о выполнении назначений (рекомендации)	Подпись медицинской сестры



Выписка из листа врачебных назначений.

ФИО больного

Диагноз:

Лечащий врач: Григорьев Т.Б.

Направление на биохимическое исследование крови

ФИО:		СПб ГБУЗ "Городская
Пол:	Дата рождения	поликлиника №25 Невского
Адрес:		района"
Полис:		

Аналит	Результат	Ед.изм.	Пределы	Замечания
Билирубин общий		мкмоль/л	5.0-21.0	
Альбумин		г/л	35.0-52.0	
Мочевина		ммоль/л	2.8-7.2	
Креатинин		мкмоль/л	58.0-96.0	
Глюкоза		ммоль/л	4.10-6.20	
Триглицериды		ммоль/л	0.00-1.70	
Холестерин		ммоль/л	0.00-5.20	
Липопротеиды низкой плотности		ммоль/л	0.00-2.60	
Липопротеиды высокой плотности		ммоль/л		
Аланинаминотрансфераза		Ед/л	0.0-35.0	
Аспартаминотрансфераза		Ед/л	0.0-35.0	
Кальций общий		ммоль/л	2.20-2.65	
Калий		ммоль/л	3.5-5.1	
Натрий		ммоль/л	136-146	

Направление на общий анализ крови

ФИО:		СПб ГБУЗ "Городская поликлиника №25 Невского района"
Пол:	Дата рождения	
Адрес:		
Полис:		

Показатель	Дата	Нормы
Эритроциты, $\cdot 10^{12}/л$		м. 4,5-5,0 ж. 3,7-4,7
Гемоглобин, г/л		м. 132-164 ж. 115-145
ЦП		0,85-1,05
Ретикулоциты, ‰		2-12
СОЭ, мм/ч		м. 2-10 ж. 2-15
Тромбоциты, $\cdot 10^9/л$		180-320
Гематокрит, %		м. 40-48 ж. 36-41
Лейкоциты, $\cdot 10^9/л$		4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %		1-5
Нейтрофилы сегментоядерные, %		47-72
Эозинофилы, %		1-5
Базофилы, %		0-1
Лимфоциты, %		20-40
Моноциты, %		2-10



Направление в процедурный кабинет

ФИО:		СПб ГБУЗ
Пол:	Дата рождения	"Городская
Адрес:		поликлиника №25
Полис:		Невского района"

Назначено:

Врач: _____

Журнал врачебных назначений

ФИО пациента, дата рождения	Наименование процедуры (лекарственного средства)	Количество назначенных процедур	Даты проведения процедур					
			1	2	3	4	5	6

Журнал учета забора венозной крови

№ п/п	ФИО пациента, дата рождения	Кровь на исследование	Дата взятия крови	Подпись медсестры



Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации
от 15 декабря 2014 г. № 834н

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по
ОКПО _____

Адрес _____

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

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ №**

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____

2. Фамилия, имя, отчество _____

3. Пол: муж. - , жен. - 2 4. Дата рождения: число 07 месяц 01 год 1975 год

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

6. Местность: городская - 1, сельская - 2

7. Полис ОМС: серия _____ № _____ 8. СНИЛС _____

9. Наименование страховой медицинской организации _____

10. Код категории льготы _____ 11. Документ _____ : серия _____ № _____

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

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

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

14. Образование: *профессиональное:* высшее – 1, среднее – 2; *общее:* среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

15. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка)3, студент(ка)–4, не работает – 5, прочие – 6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____

17. Место работы, должность _____

18. Изменение места работы _____

19. Изменение места регистрации _____

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

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

21. 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 _____

_____ 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	

Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)

ненужное зачеркнуть

Дата начала диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) _____

1. **Фамилия, имя, отчество** _____
2. **Пол:** муж. - 1, жен. - 2, _____
3. **Дата рождения:** число ____ месяц _____ год _____, полных лет _____
4. **Местность:** городская - 1, сельская - 2 _____
5. **Место регистрации:** субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____ улица _____
дом _____ корпус _____ кв. _____
6. **Код категории льготы** _____
7. **Принадлежность к коренным малочисленным народам Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации:** да - 1; нет - 2 _____
8. **Занятость:** 1 – работает; 2 – не работает; 3 – обучающийся в образовательной организации по очной форме. _____
9. **Диспансеризация (профилактический медицинский осмотр) проводится мобильной медицинской бригадой:** да - 1; нет - 2 _____
10. **Проведение первого этапа диспансеризации (профилактического медицинского осмотра):**

Осмотр, исследование, иное медицинское мероприятие ¹ первого этапа диспансеризации	№ стро- ки	Дата проведени- я	Выявлено откло- нение (+/-)	Примечание (отказ (дата); проведено ранее (дата))
Опрос (анкетирование) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача	1			X
Антропометрия (измерение роста стоя, массы тела, окружности талии), расчет индекса массы тела	2			
Измерение артериального давления	3			
Определение уровня общего холестерина в крови	4			
Определение уровня глюкозы в крови экспресс-методом	5			
Определение относительного суммарного сердечно-сосудистого риска	6			
Определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска	7			
Электрокардиография (в покое)	8			
Осмотр фельдшером (акушеркой), включая взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки (наружного маточного зева) и цервикального канала на цитологическое исследование	9			
Флюорография легких	10			
Маммография обеих молочных желез	11			
Клинический анализ крови	12			
Клинический анализ крови развернутый	13			
Анализ крови биохимический общетерапевтический	14			
Общий анализ мочи	15			
Исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим методом	16			
Ультразвуковое исследование (УЗИ) на предмет исключения новообразований органов брюшной полости, малого таза	17			
Ультразвуковое исследование (УЗИ) в целях исключения аневризмы брюшной аорты	18			
Измерение внутриглазного давления	19			
Прием (осмотр) врача-терапевта ²	20			X

¹ Далее – медицинское мероприятие

11. Проведение второго этапа диспансеризации

Медицинское мероприятие второго этапа диспансеризации	№ строки	Дата		Выявлено отклонение (+/-)	Примечание (отказ (дата); проведено ранее (дата))
		направления	проведения		
1	2	3	4	5	6
Дуплексное сканирование брахицефальных артерий	1				
Осмотр (консультация) врачом-неврологом	2				
Эзофагогастродуоденоскопия	3				
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-урологом	4				
Осмотр (консультация) врачом-хирургом или врачом-колопроктологом	5				
Колоноскопия или ректороманоскопия	6				
Определение липидного спектра крови	7				
Спирометрия	8				
Осмотр (консультация) врачом-акушером-гинекологом	9				
Определение концентрации гликированного гемоглобина в крови или тест на толерантность к глюкозе	10				
Осмотр (консультация) врачом-оториноларингологом	11				
Анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена	12				
Осмотр (консультация) врачом-офтальмологом	13				
Индивидуальное углубленное профилактическое консультирование	14				
Групповое профилактическое консультирование (школа пациента)	15				
Прием (осмотр) врача-терапевта	16				X

12. Заболевания (подозрения на заболевания), выявленные при проведении диспансеризации (профилактического медицинского осмотра), установление диспансерного наблюдения

Наименование классов и отдельных болезней	№ строк	Код МКБ-10 ³	Дата выявления заболевания/начала диспансерного наблюдения			
			Выявлено заболевание	В том числе заболевание выявлено впервые	Начало диспансерного наблюдения	Установлен предварительный диагноз
1	2	3	4	5	6	7
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	1	A00-B99				
в том числе: туберкулез	1.1	A15-A19				
Новообразования	2	C00-D48				
в том числе: злокачественные новообразования и новообразования in situ	2.1	C00- D09				
в том числе: пищевода	2.2	C15, D00.1				
из них в 1-2 стадии	2.2.1					-
желудка	2.3	C16, D00.2				
из них в 1-2 стадии	2.3.1					-
ободочной кишки	2.4.	C18, D01.0				
из них в 1-2 стадии	2.4.1					-
ректосигмоидного соединения, прямой кишки, заднего прохода (ануса) и анального канала	2.5	C19-C21, D01.1 - D01.3				
из них в 1-2 стадии	2.5.1					-

² Врач-терапевт здесь и далее включает врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового лечебного участка, врача общей практики (семейного врача)

³ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра

поджелудочной железы	2.6	C25				
из них в 1-2 стадии	2.6.1					-
трахеи, бронхов и легкого	2.7	C33, 34				
из них в 1-2 стадии	2.7.1	D02.1 - D02.2				-
молочной железы	2.8	C50, D05				
из них в 1-2 стадии	2.8.1					-
шейки матки	2.9.	C53, D06				
из них в 1-2 стадии	2.9.1					-
тела матки	2.10	C54				
из них в 1-2 стадии	2.10.1					-
яичника	2.11	C56				
из них в 1-2 стадии	2.11.1					-
предстательной железы	2.12	C61, D07.5				
из них в 1-2 стадии	2.12.1					-
почки, кроме почечной лоханки	2.13	C64				
из них в 1-2 стадии	2.13.1					-
Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3	D50-D89				
в том числе: анемии, связанные с питанием, гемолитические анемии, апластические и другие анемии	3.1	D50-D64				
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	4	E00-E90				
в том числе: сахарный диабет	4.1	E10-E14				
ожирение	4.2	E66				
нарушения обмена липопротеинов и другие липидемии	4.3	E78				
Болезни нервной системы	5	G00-G99				
в том числе: преходящие церебральные ишемические приступы [атаки] и родственные синдромы	5.1	G45				
Болезни глаза и его придаточного аппарата	6	H00-H59				
в том числе: старческая катаракта и другие катаракты	6.1	H25, H26				
глаукома	6.2	H40				
слепота и пониженное зрение	6.3	H54				
Болезни системы кровообращения	7	I00-I99				
в том числе: болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	7.1	I10-I15				
ишемическая болезнь сердца	7.2	I20-I25				
в том числе: стенокардия (грудная жаба)	7.2.1	I20				
в том числе нестабильная стенокардия	7.2.2	I20.0				
хроническая ишемическая болезнь сердца	7.2.3	I25				
в том числе: перенесенный в прошлом инфаркт миокарда	7.2.4	I25.2				
другие болезни сердца	7.3	I30-I52				
цереброваскулярные болезни	7.4	I60-I69				
в том числе: закупорка и стеноз прецеребральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга и закупорка и стеноз церебральных артерий, не приводящие к инфаркту мозга	7.4.1	I65, I66				
другие цереброваскулярные болезни	7.4.2	I67				
последствия субарахноидального кровоизлияния, последствия внутричерепного кровоизлияния, последствия другого нетравматического внутричерепного кровоизлияния, последствия инфаркта мозга, последствия инсульта, не уточненные как кровоизлияние или инфаркт мозга	7.4.3	I69.0-I69.4				
аневризма брюшной аорты	7.4.4	I71.3-I71.4				

Болезни органов дыхания	8	J00-J98				
в том числе: вирусная пневмония, пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae, пневмония, вызванная Haemophilus influenza, бактериальная пневмония, пневмония, вызванная другими инфекционными возбудителями, пневмония при болезнях, классифицированных в других рубриках, пневмония без уточнения возбудителя	8.1	J12-J18				
бронхит, не уточненный как острый и хронический, простой и слизисто-гнойный хронический бронхит, хронический бронхит неуточненный, эмфизема	8.2	J40-J43				
другая хроническая обструктивная легочная болезнь, астма, астматический статус, бронхоэктатическая болезнь	8.3	J44-J47				
Болезни органов пищеварения	9	K00-K93				
в том числе: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	9.1	K25, K26				
гастрит и дуоденит	9.2	K29				
неинфекционный энтерит и колит	9.3	K50-K52				
другие болезни кишечника	9.4	K55-K63				
Болезни мочеполовой системы	10	N00-N99				
в том числе: гиперплазия предстательной железы, воспалительные болезни предстательной железы, другие болезни предстательной железы	10.1	N40-N42				
доброкачественная дисплазия молочной железы	10.2	N60				
воспалительные болезни женских тазовых органов	10.3	N70-N77				
Прочие заболевания	11					

13. Выявленные при проведении диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний в соответствии с кодами МКБ-10:

Факторы риска (код МКБ-10)	R03.0	R73.9	R63.5	Z72.0	Z72.1	Z72.2	Z72.3	Z72.4	Z 80, Z82.3, Z82.4, Z82.5, Z83.3
Выявлен фактор риска, нет (-), да (дата выявления)									

14. Относительный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE:

☐ низкий ☐ высокий

15. Абсолютный суммарный сердечно-сосудистый риск по шкале SCORE:

☐ высокий ☐ очень высокий

16. Группа состояния здоровья: ☐ I группа; ☐ II группа; ☐ IIIa группа; ☐ IIIb группа

17. Назначено лечение: да - 1; нет - 2

18. Дано направление на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации (профилактического медицинского осмотра): да - 1; нет - 2

18.1. Дано направление к врачу-сердечно-сосудистому хирургу: да - 1; нет - 2

18.2. Дано направление к врачу-психиатру (врачу-психиатру-наркологу): да - 1; нет - 2

19. Направлен для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи: да - 1; нет - 2

20. Направлен на санаторно-курортное лечение: да - 1; нет - 2

ФИО и подпись врача (фельдшера), ответственного за проведение диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) _____

Дата окончания диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) _____