***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 |
|  |  | **Кашапова Эльвира Радиковна** | ***12.03.1998*** | ***ул. Баумана, д.24*** | ***Контроль температуры тела***  ***Забор мазка из зева на BL***  ***Обучить проводить ингаляции через небулазер раствором0,9% NaCl2 -3 мл 3 раза в день*** |  |  |  |

Выписка из листа врачебных назначений.

\_\_\_\_

ФИО больного ***Кашапова Эльвира Радиковна, 12.03.1998года***

**Диагноз:** Острый тонзиллит

|  |
| --- |
| *Таб. Азитромицин 500 мкг по 1 капсуле в сутки (3 дня после забора мазка из зева и носа)*  *пп* |
| *Ингаляции через небулазер раствором 0,9% NaCl2 -3 мл 3 раза в день (7 дней)* |
| *Таб. Парацетамол 500 мг 1 таб. при повышенной температуре* |
| *Таб. «Имудон» по 1 таб. каждые 2 часа до 8 таб. в сутки (рассасывать до полного растворения, 7 дней)*  *)* |
| *Теплое витаминизированное питье* |

**Лечащий врач: Григорьев Т.Б.**

|  |
| --- |
| **ГБУЗ «Клиническая медико-санитарная часть № 1"**  **Городская иммунологическая лаборатория** |
| **Мазок из зева на BL** |
| **Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Место работы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Дата и час забора материала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Ф.И.О. врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

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 |  |
|  | Медицинская документация | |
| Адрес |  |  | 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. - 1, жен. - 2 | 4. Дата рождения: число |  | месяц |  | 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** |  |