



МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Рабочая тетрадь № 5

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Северный государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Институт общественного здоровья,
здравоохранения и социальной работы

МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Рабочая тетрадь № 5

Студент _____

(Фамилия, имя, отчество)

Специальность _____

Курс _____

Группа _____

УДК 614.2
ББК 51.1
М 54

Коллектив авторов:

Т.Е. Мохначева, аспирант Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ, главная медицинская сестра ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7»; *Ю.Ю. Моногарова*, доцент Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ, главный врач ГБУЗ АО «Архангельская городская клиническая больница № 7»; *Ж.Л. Варакина*, д.м.н., доцент, декан лечебного факультета, профессор Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ; *А.Л. Санников*, д.м.н. профессор Института общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ; *Э.А. Мордовский*, д.м.н., доцент, заведующий Институтом общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ФГБОУ ВО СГМУ

Рецензенты:

А.Б. Гудков, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой гигиены и медицинской экологии СГМУ, заслуженный работник высшей школы РФ; *В.Е. Присяжнюк*, заведующий организационно-методическим отделом, врач-методист ФГБУЗ СМКЦ им. Н.А. Семашко ФМБА России

Печатается по решению редакционно-издательского совета
Северного государственного медицинского университета

Методика заполнения форм первичной медицинской документации: рабочая М 54 тетрадь № 5 / Т.Е. Мохначева и др. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2022. – 51 с.

В рабочей тетради представлены правила ведения медицинской документации на стационарном и амбулаторном этапе, представлены образцы основной первичной медицинской документации на амбулаторном и стационарном этапе, алгоритмы решения ситуационных задач, а также проверочные работы в виде заполнения медицинской документации, предназначенных для обеспечения качества подготовки обучающихся, приобретения базовых знаний.

Методические рекомендации предназначены для аудиторной и самостоятельной работы обучающихся высшего образования с целью обеспечения качества подготовки студентов, приобретения базовых знаний по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения», составлены в соответствии с учебной программой и отвечают требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования.

УДК 614.2
ББК 51.1

© Коллектив авторов, 2022
© Северный государственный
медицинский университет, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	4
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	5
Листок нетрудоспособности	8
Рецепт взрослый (детский)	15
Контрольная карта диспансерного наблюдения.....	19
Направление на исследование биопсийного материала.....	22
Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования	24
Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи	28
Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	36
Форма рецептурного бланка N 148-1/у-88 / N 148-1/у-04(л)	39
Сведения о лекарственных средствах, выписанных и отпущенных гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг	44
Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг.....	46

ВВЕДЕНИЕ

По определению большой медицинской энциклопедии документация медицинская (лат. documentum доказательство) – система учетно-отчетных документов, предназначенных для записи и анализа данных, характеризующих состояние здоровья отдельных лиц и различных групп населения, объем, содержание и качество оказываемой медицинской помощи, а также деятельность медицинских организаций.

Процесс оказания медицинской помощи фиксируется в медицинской документации от момента рождения до смерти человека. Медицинская документация служит для организации работы медицинских организаций, планирования оказания помощи пациентам, оценки состояния пациентов, накопления и анализа статистических данных. Медицинская документация обеспечивает документальное доказательство оказания медицинской помощи пациентам в течение всей жизни (в разрезе профилактики, диагностики, лечения, реабилитации и т.д.). Качество оказания медицинской помощи оценивается и зависит от качества заполнения медицинской документации, от информации, отраженной в медицинской документации (точности, полноты и достоверности ее). От качества заполнения медицинской документации зависит и преемственность в оказании медицинской помощи, основным источником передачи информации о пациенте между амбулаторным и стационарным звеном является медицинская документация как на бумажном носителе, так и в электронном формате.

Таким образом, медицинская документация необходима для организации оказания медицинской помощи пациентам, для контроля качества оказания медицинской помощи, принятия управленческих решений с целью улучшения качества и доступности медицинской помощи. Медицинская документация является юридическим документом при формировании финансовых документов по оплате медицинской помощи.

Несоблюдение требований к ведению медицинской документации может не только свидетельствовать о ненадлежащем качестве оказания медицинской помощи, но и, помимо иных причин, обусловить возникновение конфликта с пациентом (его представителями).

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ, ОСТРОМ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТРАВЛЕНИИ, НЕОБЫЧНОЙ РЕАКЦИИ НА ПРИВИВКУ

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку форма 058/у утверждена Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». Документ утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 N 750 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР». Однако письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

Требования к оформлению: 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, оцарапывания, ослюнения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством.

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. № амбулаторной карты № 792568. Группа крови: А(II) Rh (+). Семейное положение: женат. Образование среднее специальное (столяр-плотник). Работает в ОАО «Мебель». Аллергические реакции не зарегистрированы.

15.02.2022 обратился на прием к врачу-инфекционисту с жалобами на лихорадку до 38°, сыпь по всему телу со сгущением вокруг суставов, боль в коленных суставах. Заболевание связывает с употреблением недоброкачественной пищи салат из прошлогодней свежей капусты из погреба.

Состояние состояние удовлетворительное. Температура 36. Кожный покров обычной окраски. Слизистые зева чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание: везикулярное. Хрипы хрипов нет. ЧДД 38. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот безболезненный, мягкий. Печень пальпируется, край печени на 1-2 см из - под реберной дуги. Стул кашеобраз-

ный. Рвота Отсутствует. Моча Диурез не нарушен. Селезенка не пальпируется. Суставы: не изменены. Мененгиальные симптомы нет.

Клинический диагноз: A28.2: Экстраинтестинальный иерсиниоз. Экспертиза трудовая: Нетрудоспособен, б/л № 029123654789 с 15.02.2022 по 18.02.2022.

Лечение: Энтеросгель 1 ст. л. х 3 раза в день 5 дней, ципрофлоксацин 0,5 мг 1 таблетке 1 раз в день 10 дней, цетрин 1 таблетке 1 раз в день 5 дней.

Задание: заполните Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку форма 058/у.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 058/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

(наименование учреждения)

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ
об инфекционном заболевании, пищевом, остром
профессиональном отравлении, необычной реакции
на прививку

1. Диагноз _____
(подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть))
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол _____
4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) _____
5. Адрес, населенный пункт _____ район
улица _____ дом N _____ кв. N _____
(индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)
6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)

7. Даты:
заболевания _____
первичного обращения (выявления) _____
установления диагноза _____
последующего посещения детского учреждения, школы
госпитализации _____

оборотная сторона ф. N 058/у

8. Место госпитализации _____
 9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший

 10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные сведения _____
 11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС _____
- Фамилия сообщившего _____
Кто принял сообщение _____
12. Дата и час отсылки извещения _____
Подпись пославшего извещение _____
- Регистрационный N _____ в журнале ф. N _____
санэпидстанции.
Подпись получившего извещение _____

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Листок нетрудоспособности утвержден Приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2011 N 347н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности».

Требования к оформлению: листок нетрудоспособности формируется в форме электронного документа, а также выдается в форме документа на бумажном носителе лицам, определенным частью 28 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», по результатам проведения экспертизы временной нетрудоспособности в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности, лечением в санаторно-курортных организациях, при необходимости ухода за больным членом семьи, в связи с карантином, на время протезирования в стационарных условиях, в связи с беременностью и родами, при усыновлении ребенка гражданами Российской Федерации, постоянно или временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства, а также иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно пребывающим в Российской Федерации (за исключением высококвалифицированных специалистов в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 г. N 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Листок нетрудоспособности формируют (выдают) медицинские работники медицинских организаций, а именно:

- ✓ лечащие врачи медицинских организаций (за исключением врачей структурного подразделения медицинской организации, оказывающего скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь);
- ✓ фельдшеры медицинских организаций - в случаях возложения на них отдельных функций лечащего врача;
- ✓ зубные врачи медицинских организаций – при стоматологических заболеваниях в случае отсутствия в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, или ее структурном подразделении врача-стоматолога.

Формирование листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником с использованием медицинской информационной системы медицинской организации, либо государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, либо с помощью программного обеспечения, предоставляемого Фондом социального страхования Российской Федерации на безвозмездной основе, посредством внешних сервисов информационного взаимодействия медицинской организации и сервисов единой системы межведомственного электронного взаимодействия. Информационное взаимодействие по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудо-

способности осуществляется в соответствии с установленным Правительством Российской Федерации порядком информационного взаимодействия страховщика, страхователей, медицинских организаций и федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы по обмену сведениями в целях формирования листка нетрудоспособности в форме электронного документа.

Формирование листков нетрудоспособности в форме электронного документа осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность, а также страхового номера индивидуального лицевого счета гражданина в системе индивидуального (персонифицированного) учета (СНИЛС).

Выдача листков нетрудоспособности на бумажном носителе осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность.

В случае, если гражданин до дня наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких страхователей и в двух календарных годах, предшествующих году наступления временной нетрудоспособности (отпуска по беременности и родам), был занят у тех же страхователей, формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам по каждому из страхователей.

В случае, если гражданин до дня наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких страхователей, а в двух календарных годах, предшествующих году наступления временной нетрудоспособности (отпуска по беременности и родам), был занят у других страхователей (другого страхователя), формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа для представления его гражданином по выбору одному из страхователей в целях назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам.

В случае, если гражданин до дня наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких страхователей, а в двух календарных годах, предшествующих году наступления временной нетрудоспособности (отпуска по беременности и родам), был занят как у этих, так и у других страхователей (другого страхователя), формируется один листок нетрудоспособности в форме электронного документа для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам по каждому из страхователей, либо для назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам по одному из страхователей по выбору гражданина.

Формирование (выдача) и продление листка нетрудоспособности осуществляется после осмотра гражданина медицинским работником и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, либо в истории болезни стационарного больного или иной медицинской документации, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы.

Не допускается формирование (выдача) и продление листка нетрудоспособности за прошедшие дни единолично лечащим врачом (фельдшером, зубным врачом). Формирование (выдача) и продление листка нетрудоспособности

за прошедшее время осуществляется по решению врачебной комиссии медицинской организации при обращении гражданина в медицинскую организацию или посещении его медицинским работником на дому.

Номера листков нетрудоспособности регистрируются в медицинской документации, используемой в медицинских организациях, с указанием даты формирования (выдачи) и продления, выписки гражданина на работу, сведений о направлении гражданина в другую медицинскую организацию или в учреждение медико-социальной экспертизы.

Листок нетрудоспособности при оказании гражданину медицинской помощи в амбулаторных условиях формируется (выдается) медицинской организацией в день признания его временно нетрудоспособным по результатам проведенной экспертизы временной нетрудоспособности.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью после окончания их рабочего времени (смены), по их желанию, дата освобождения от работы в листке нетрудоспособности может быть указана со следующего календарного дня после окончания рабочего времени (смены) гражданина.

В случаях, если гражданин направляется (обращается) за оказанием медицинской помощи в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации), закрытие листка нетрудоспособности осуществляется другой медицинской организацией (другим структурным подразделением медицинской организации), в которую гражданин был направлен (обратился) за оказанием медицинской помощи.

При продолжении срока временной нетрудоспособности гражданина медицинской организацией (структурным подразделением медицинской организации), в которую он был направлен (обратился) за оказанием медицинской помощи, формируется (выдается) листок нетрудоспособности, являющийся продлением ранее сформированного (выданного) листка нетрудоспособности.

При выписке гражданина после оказания ему медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара) листок нетрудоспособности формируется (выдается) в день выписки из медицинской организации, где ему оказывалась медицинская помощь, за весь период оказания медицинской помощи в стационарных условиях (в условиях дневного стационара).

При продолжении срока временной нетрудоспособности решение о продлении листка нетрудоспособности единовременно на срок не более 10 календарных дней принимается врачебной комиссией медицинской организации, проводившей оказание медицинской помощи гражданину в стационарных условиях (в условиях дневного стационара).

В случае, когда гражданин, нетрудоспособный на день выписки из медицинской организации, где ему оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях (условиях дневного стационара), является в установленный для явки день трудоспособным в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации), в которую он был направлен для продолжения лечения, медицинская организация (структурное подразделение медицинской организации), в которую гражданин был направлен, вносит в

поле листка нетрудоспособности запись «Приступить к работе» и закрывает его.

В рамках одного страхового случая, связанного с временной потерей трудоспособности, по желанию гражданина медицинская организация формирует (выдает) в продолжение новый листок нетрудоспособности и одновременно оформляет предыдущий листок нетрудоспособности в соответствии с требованиями настоящих Условий и порядка для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности.

Документы, подтверждающие временную нетрудоспособность (беременность и роды) граждан в период их пребывания за границей (после их легализации), по решению врачебной комиссии заменяются на листок нетрудоспособности. В случае, если указанные документы выполнены на языке иностранного государства, к ним прилагается перевод, нотариально заверенный в порядке, предусмотренном «Основами законодательства Российской Федерации о нотариате», утвержденными Верховным советом Российской Федерации 11 февраля 1993 г. N 4462-1.

Учет номеров листков нетрудоспособности, сформированных в форме электронного документа, осуществляется Фондом социального страхования Российской Федерации.

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. № амбулаторной карты № 792568. Группа крови: А(II) Rh (+). Семейное положение: женат. Образование среднее специальное (столяр-плотник). Работает в ОАО «Мебель». Аллергические реакции не зарегистрированы.

15.02.2022 обратился на прием к врачу-инфекционисту с жалобами на лихорадку до 38°, сыпь по всему телу со сгущением вокруг суставов, боль в коленных суставах. Заболевание связывает с употреблением недоброкачественной пищи салат из прошлогодней свежей капусты из погреба.

Состояние состояние удовлетворительное. Температура 36. Кожный покров обычной окраски. Слизистые зева чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание: везикулярное. Хрипы хрипов нет. ЧДД 38. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот безболезненный, мягкий. Печень пальпируется, край печени на 1-2 см из - под реберной дуги. Стул кашеобразный. Рвота Отсутствует. Моча Диурез не нарушен. Селезенка не пальпируется. Суставы: не изменены. Мененгиальные симптомы нет.

Клинический диагноз: А28.2: Экстраинтестинальный иерсиниоз. Экспертиза трудовая: Нетрудоспособен, б/л № 029123654789 с 15.02.2022 по 18.02.2022.

Лечение: Энтеросгель 1 ст. л. х 3 раза в день 5 дней, ципрофлоксацин 0,5 мг 1 таблетке 1 раз в день 10 дней, цетрин 1 таблетке 1 раз в день 5 дней.

ЗА
П
О
Л
Н
Я
Е
Т
С
Я

В
Р
А
Ч
О
М

Ф
И
О

О
Р
Г
А
Н
И
З
А
Ц
И
И

Матричный код

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



первичный дубликат продолжение листка нетрудоспособности N

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

Дата выдачи - -

(ОГРН)

Печать
медицинской
организации

- - М Ж

(Дата рождения)

(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

Причина

нетрудоспособности

код доп код код изм.

(место работы - наименование организации)

Основное По совместительству N

Состоит на учете в государственных учреждениях службы занятости

- - -

дата 1

дата 2

N путевки

ОГРН санатория или клиники НИИ

возраст (лет/мес.)

родственная связь

ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход

Поставлена на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима Дата - - Подпись врача

Находился в стационаре: с - - по - -

Печать
учреждения
медико-
социальной
экспертизы

Дата направления в бюро МСЭ: - - Освидетельствован в бюро МСЭ:

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: - - - -

Установлена/изменена группа инвалидности Подпись руководителя бюро МСЭ

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ

с - - Иное: - -

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) N

Печать
медицинской
организации

Подпись врача:

З А П О Л Н Я Е Т С Я Р А В О Т Д А Т Е Л Е М	<input type="text"/>	Основное <input type="checkbox"/>	По совместительству <input type="checkbox"/>												
	(место работы - наименование организации)														
	Регистрационный N	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Код подчиненности	<input type="text"/>									
	ИНН нетрудоспособного: (при наличии)	<input type="text"/>	СНИЛС	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>					
	Условия исчисления	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Акт формы Н-1 от	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Печать работодателя				
	Дата начала работы	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>					
	Страховой стаж:	<input type="text"/>	лет	<input type="text"/>	мес.	в т.ч. нестраховые периоды:	<input type="text"/>	лет	<input type="text"/>	мес.					
	Причисляется пособие за период:	с	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	по	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	Средний заработок для исчисления пособия:	<input type="text"/>	р	<input type="text"/>	к.	Средний дневной заработок	<input type="text"/>	р	<input type="text"/>	к.					
	Сумма пособия:	за счет средств работодателя	<input type="text"/>	р	<input type="text"/>	к.	за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации	<input type="text"/>	р	<input type="text"/>	к.				
	ИТОГО начислено	<input type="text"/>	р	<input type="text"/>	к.										
	Фамилия и инициалы руководителя:	<input type="text"/>									Подпись _____				
	Фамилия и инициалы гл. бухгалтера:	<input type="text"/>									Подпись _____				

линия отреза

за- пол- ня- ет- ся вра- чом и ос- та- ет- ся в ме- ди- цин- ской ор- га- ни- за- ции	ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ			
	первичный <input type="checkbox"/>	дубликат <input type="checkbox"/>	продолжение листка N <input type="text"/>	
			нетрудоспособности	
	Ф	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Дата выдачи
	И	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(фамилия, инициалы врача)
	О	<input type="text"/>	<input type="text"/>	N истории болезни
				(фамилия, имя и отчество нетрудоспособного)
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
	(место работы - наименование организации)			расписка получателя
	Основное <input type="checkbox"/>	По совместительству <input type="checkbox"/>	N <input type="text"/>	

Оборотная сторона

ИНФОРМАЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ БЛАНКА

В строке "Причина нетрудоспособности" в первых двух клетках указать соответствующий двухзначный код

01 - заболевание

02 - травма

03 - карантин

04 - несчастный случай на производстве или его последствия

10 - иное состояние (отравление, проведение манипуляций и др.)

11 - заболевание, указанное в п. 1 Перечня социально значимых заболеваний, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 N 715

12 - в случае заболевания ребенка,
включенного в перечень заболеваний,
определяемый
Минздравсоцразвития России
в соответствии с ч. 5 ст. 6 Федерального
закона от 29.12.2006
N 255-ФЗ "Об обязательном социальном
страховании на случай временной
нетрудоспособности и в связи
с материнством"
13 - ребенок-инвалид
05 - отпуск по беременности и
родам
06 - протезирование в стационаре
07 - профессиональное заболевание
или его обострение
<*> 14 - поствакцинальное осложнение
или злокачественное новообразование
у ребенка
<*> 15 - ВИЧ-инфицированный ребенок

<*> Коды 14 и 15 проставляются при
согласии застрахованного лица.

РЕЦЕПТ ВЗРОСЛЫЙ (ДЕТСКИЙ)

Рецепт взрослый (детский) формы N 107-1/у утвержден Приказом Минздрава России от 24.11.2021 N 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».

Требования к оформлению: на рецептурных бланках форм N 107-1/у в левом верхнем углу проставляется штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона с датой выписки (датой оформления) рецепта на лекарственный препарат.

Разрешается изготавливать рецептурные бланки формы N 107-1/у с помощью компьютерных технологий.

На рецептурных бланках, оформляемых индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, в верхнем левом углу типографским способом или путем проставления штампа должен быть указан адрес индивидуального предпринимателя, номер и дата лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию.

Рецептурные бланки форм N 107-1/у заполняются медицинским работником чернилами или шариковой ручкой.

Допускается оформление всех реквизитов (за исключением реквизита «Подпись лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)» рецептурных бланков формы N 107-1/у с использованием печатающих устройств.

В рецептурных бланках форм N 107-1/у в графе «Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента» указываются фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента.

В рецептурных бланках форм N 107-1/у в графе «Дата рождения» указывается дата рождения пациента (число, месяц, год).

Дополнительно в рецептурных бланках формы N 107-1/у для детей в возрасте до 1 года в графе «Дата рождения» указывается количество полных месяцев.

Указание и адреса места жительства и номера медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не является ошибкой.

В графе «Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки)» рецептурных бланков форм N 107-1/у указываются полностью фамилия, инициалы имени, отчества (последнее - при наличии) медицинского работника, назначившего лекарственные препараты и оформившего рецепт.

В графе "Rp" рецептурных бланков форм N 107-1/у указывается:

1) наименование лекарственного препарата (международное непатентованное наименование, группировочное или химическое наименование, торговое

наименование) на латинском языке или на русском языке, форма выпуска, дозировка, количество (указывается прописью на рецептурном бланке формы N 107/у-НП);

2) способ применения лекарственного препарата на государственном языке Российской Федерации или на государственном языке Российской Федерации и государственном языке республик и иных языках народов Российской Федерации

При оформлении рецептурных бланков запрещается ограничиваться общими указаниями, например, "Внутреннее", "Известно".

Рецепт, оформленный на рецептурном бланке форм N 107-1/у подписывается медицинским работником и заверяется его печатью.

Для рецепта, оформленного на рецептурном бланке формы N 107-1/у, наличие печати «Для рецептов» не является обязательным.

На одном рецептурном бланке формы N 107-1/у разрешается осуществлять назначение только одного наименования лекарственного препарата, относящегося по АТХ к антипсихотическим средствам (код N05A), анксиолитикам (код N05B), снотворным и седативным средствам (код N05C), антидепрессантам (код N06A) и не подлежащего предметно-количественному учету, и до трех наименований лекарственных препаратов - для иных лекарственных препаратов, не отнесенных к вышеуказанным АТХ.

Исправления в рецепте не допускаются.

При оформлении рецептурных бланков форм N 107-1/у на лекарственные препараты, назначенные по решению врачебной комиссии, на обороте рецептурного бланка ставится специальная отметка (штамп).

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. № амбулаторной карты № 792568.

15.02.2022 врачом-инфекционистом выписаны рецептурные бланки на Энтеросгель 1 ст. л. х 3 раза в день 5 дней, ципрофлоксацин 0,5 мг 1 таблетке 1 раз в день 10 дней, цетрин 1 таблетке 1 раз в день 5 дней.

Задание: оформите рецепт взрослый (детский) формы N 107-1/у.

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/У

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)
медицинской организации

Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя (указать адрес, номер и
дату лицензии, наименование органа госу-
дарственной власти, выдавшего лицензию)

РЕЦЕПТ
(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
" __ " _____ 20__ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
пациента _____

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) _____

руб. | коп. | Rp.

.....
.....

руб. | коп. | Rp.

.....
.....

руб. | коп. | Rp.

.....
.....

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) (указать количество дней)

Оборотная сторона

Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Приготовил	Проверил	Отпустил

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Контрольная карта диспансерного наблюдения форма 030/у утверждена Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

Требования к оформлению: Учетная форма N 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (далее - Карта) является учетным медицинским документом медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и осуществляющей диспансерное наблюдение (далее - медицинская организация).

Карта заполняется в медицинских организациях и их структурных подразделениях врачом и (или) медицинским работником со средним профессиональным образованием.

Карта заполняется на каждое заболевание, по поводу которого проводится диспансерное наблюдение.

Карты не ведутся на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения по профилям онкология, фтизиатрия, психиатрия, наркология, дерматология, стоматология и ортодонтия, которые заполняют свои учетные формы.

Номер Карты должен соответствовать номеру «Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Карта на гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой «Л».

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. № амбулаторной карты № 792568. Группа крови: A(II) Rh (+). Семейное положение: женат. Образование среднее специальное (столяр-плотник). Работает в ОАО «Мебель». Аллергические реакции не зарегистрированы.

При проведении ректороманоскопии 01.02.2022 удалено полипообразное образование полип?, глубоко расположенный геморроидальный узел? 0,5x1,0 см на ножке с гладкой поверхностью и тромбированным сосудом на вершине, взята биопсия: Высокодифференцированная аденокарцинома прямой кишки.

Основной диагноз: Рак прямой кишки T1NxM0 1 ст. (высокодифференцированная аденокарцинома G1). Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь 11 стадии, риск 4. Гипергликемия. Дислипидемия.

Задание: заполните контрольную карту диспансерного наблюдения форма 030/у по основному и сопутствующему заболеванию.

Наименование медицинской организации _____
Адрес _____

Код формы по ОКУД _____
Код организации по ОКПО _____
Медицинская документация
Учетная форма № 030/у
Утверждена приказом Минздрава России
от 15 декабря 2014 г. № 834н

**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. Ф.И.О. врача _____
5. Дата установления диагноза _____ 6. Диагноз установлен: впервые – 1, повторно – 2.
7. Заболевание выявлено при: обращении за лечением – 1, профилактическом осмотре – 2.
8. Дата начала диспансерного наблюдения _____ 9. Дата прекращения диспансерного наблюдения _____
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)							

Даты посещений							
Назначено явиться							
Явился(лась)							

17. Сведения об изменении диагноза

Дата	Формулировка диагноза	Код по МКБ-10	Ф.И.О. врача

18. Сопутствующие заболевания _____

19. Лечебно-профилактические мероприятия

№ п/п	Мероприятия	Дата начала	Дата окончания	Отметка о выполнении	Ф.И.О. врача

НАПРАВЛЕНИЕ НА ИССЛЕДОВАНИЕ БИОПСИЙНОГО МАТЕРИАЛА

Направление на исследование биопсийного материала утверждено Письмом Минздрава России от 17.08.2021 N 17-4/3549 «О направлении «Методических рекомендаций по организации центров амбулаторной онкологической помощи в субъектах Российской Федерации».

Требования к оформлению: направление оформляется при направлении биопсийного материала на исследование.

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. № амбулаторной карты № 792568. Группа крови: А(II) Rh (+). Семейное положение: женат. Образование среднее специальное (столяр-плотник). Работает в ОАО «Мебель». Аллергические реакции не зарегистрированы.

При проведении ректороманоскопии 01.02.2022 удалено полипообразное образование полип?, глубоко расположенный геморроидальный узел? 0,5x1,0 см на ножке с гладкой поверхностью и тромбированным сосудом на вершине, взята биопсия: Высокодифференцированная аденокарцинома прямой кишки.

Основной диагноз: Рак прямой кишки T1NxM0 1 ст. (высокодифференцированная аденокарцинома G1). Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь 11 стадии, риск 4. Гипергликемия. Дислипидемия.

Задание: заполните направление на исследование биопсийного материала.

**НАПРАВЛЕНИЕ НА ПРИЖИЗНЕННОЕ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ БИПСИЙНОГО (ОПЕРАЦИОННОГО) МАТЕРИАЛА**

Направление
на прижизненное патолого-анатомическое исследование
биопсийного (операционного) материала

1. Отделение, направившее биопсийный (операционный) материал _____
2. Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента _____
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2, 4. Дата рождения: число __ месяц __ год ____
5. Полис ОМС _____ 6. СНИЛС _____
7. Место регистрации: _____ тел. _____
8. Местность: городская - 1, сельская - 2.
9. Диагноз основного заболевания (состояния) _____
10. Код по МКБ* _____
11. Задача прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала _____
12. Дополнительные клинические сведения (основные симптомы, оперативное или гормональное, или лучевое лечение, результаты инструментальных и лабораторных исследований) _____
13. Результаты предыдущих прижизненных патолого-анатомических исследований (наименование медицинской организации, дата, регистрационный номер, заключение) _____
14. Проведенное предоперационное лечение (вид лечения, его сроки, дозировка лекарственного препарата, доза облучения) _____
15. Способ получения биопсийного (операционного) материала: эндоскопическая биопсия - 1, пункционная биопсия - 2, аспирационная биопсия - 3, инцизионная биопсия - 4, операционная биопсия - 5, операционный материал - 6, самопроизвольно отделившиеся фрагменты тканей - 7.
16. Дата забора материала _____ время _____.
17. Материал помещен в 10%-ный раствор нейтрального формалина (да/нет)
18. Маркировка биопсийного (операционного) материала (расшифровка маркировки флаконов):

Номер флакона	Локализация патологического процесса (орган, топография)	Характер патологического процесса (эрозия, язва, полип, пятно, узел, внешне не измененная ткань, отношение к окружающим тканям)	Количество объектов
1			
2			
3			
4			
5			

19. Фамилия, инициалы врача _____ подпись _____
20. Дата направления: " __ " _____ 20__ г., телефон _____

ИЗВЕЩЕНИЕ О БОЛЬНОМ С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования утверждено Письмом Минздрава России от 17.08.2021 N 17-4/3549 «О направлении «Методических рекомендаций по организации центров амбулаторной онкологической помощи в субъектах Российской Федерации».

Требования к оформлению: при установлении у пациента диагноза злокачественного новообразования впервые в жизни врач оформляет «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма N 090/У) (далее - Извещение) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.04.1999 N 135 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра».

При выявлении первично-множественных опухолей Извещение формируется на каждую опухоль.

При установлении у пациента диагноза ЗНО, наряду с диагнозом устанавливается также клиническая группа (II клиническая группа устанавливается в случае, когда пациент подлежит специальному лечению, в результате которого пациент будет радикально излечен от ЗНО (IIa клиническая группа) или будет достигнута длительная ремиссия; IV клиническая группа устанавливается пациентам, которые не подлежат специальному лечению, которым возможно проведение только симптоматического лечения).

После проведения радикального лечения (пациент считается излеченным) у пациента устанавливается III клиническая группа и пациент подлежит диспансерному наблюдению в соответствующие сроки.

Следует отметить, что в ходе диспансерного наблюдения клиническая группа у пациента может меняться.

Известия заполняются врачами всех медицинских учреждений всех ведомств, всех форм собственности, выявившими новый случай злокачественного новообразования (коды МКБ-X C00 - C96), а также рак in situ (D00 - 09).

Заполнение Известия может производиться в электронном виде в медицинской информационной системе, в которой данная информация сохраняется.

Заполненное Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в трехдневный срок должно быть направлено в бумажном виде в онкологический диспансер или организацию субъекта Российской Федерации, исполняющую функцию регистрации пациентов с впервые выявленным злокачественным новообразованием, в том числе с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения по месту постоянного жительства пациента.

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого

счета (СНИЛС) – 01797597322. № амбулаторной карты № 792568. Группа крови: А(II) Rh (+). Семейное положение: женат. Образование среднее специальное (столяр-плотник). Работает в ОАО «Мебель». Аллергические реакции не зарегистрированы.

При проведении ректороманоскопии 01.02.2022 удалено полипообразное образование полип?, глубоко расположенный геморроидальный узел? 0,5x1,0 см на ножке с гладкой поверхностью и тромбированным сосудом на вершине, взята биопсия: Высокодифференцированная аденокарцинома прямой кишки.

Основной диагноз: Рак прямой кишки T1NxM0 1 ст. (высокодифференцированная аденокарцинома G1). Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь 11 стадии, риск 4. Гипергликемия. Дислипидемия.

Задание: заполните «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (форма N 090/У)

**ИЗВЕЩЕНИЕ О БОЛЬНОМ С ВПЕРВЫЕ В ЖИЗНИ УСТАНОВЛЕННЫМ
ДИАГНОЗОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ**

Извещение о больном с впервые в жизни установленным
диагнозом злокачественного новообразования

01. Адрес и название учреждения, в котором заполнено извещение _____
02. Извещение направлено в _____
03. Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____ больного
04. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____
05. Пол: мужской; женский; неизвестен;
06. Этническая группа _____
07. Домашний адрес: область, край, республика _____ район _____;
населенный пункт _____ улица _____ дом N _____ кв. N _____
почтовый индекс _____ телефон _____
08. Житель: города; села; неизвестно
09. Профессиональная группа: _____
Указать профессию, преобладавшую
в течение жизни
10. Дата первого обращения в медицинское учреждение (любое) по поводу
данного заболевания:
число _____ месяц _____ год _____
11. Дата установления диагноза: число _____ месяц _____ год _____
12. Порядковый номер данной злокачественной опухоли у данного больного _____
13. Локализация опухоли _____
Код МКБ-X _____
14. Морфологический тип опухоли _____
Степень дифференцировки _____ G _____ Код по МКБ-0-3: M _____ / _____
15. Стадия опухолевого процесса
по системе TNM: T _____ N _____ M _____
(0-4, x) (0-3, x) (0, 1)
16. Стадия опухолевого процесса:
- | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ia | <input type="checkbox"/> IIa | <input type="checkbox"/> IIIa | <input type="checkbox"/> IVa | <input type="checkbox"/> in situ |
| <input type="checkbox"/> Ib | <input type="checkbox"/> IIb | <input type="checkbox"/> IIIb | <input type="checkbox"/> IVb | <input type="checkbox"/> неприменимо |
| <input type="checkbox"/> Ic | <input type="checkbox"/> IIc | <input type="checkbox"/> IIIc | <input type="checkbox"/> IVc | <input type="checkbox"/> неизвестно |
| <input type="checkbox"/> I стадия | <input type="checkbox"/> II стадия | <input type="checkbox"/> III стадия | <input type="checkbox"/> IV стадия | |
17. Локализация отдаленных метастазов (при IV стадии заболевания):
- | | | |
|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> отдаленные лимфатич. узлы | <input type="checkbox"/> кожа | <input type="checkbox"/> другие органы |
| <input type="checkbox"/> кости | <input type="checkbox"/> почки | <input type="checkbox"/> множественные |
| <input type="checkbox"/> печень | <input type="checkbox"/> яичники | <input type="checkbox"/> неизвестна |
| <input type="checkbox"/> легкие и/или плевра | <input type="checkbox"/> брюшина | |

головной мозг костный мозг

18. Метод подтверждения диагноза:

<input type="checkbox"/> морфологический	<input type="checkbox"/> лабораторно-инструментальный
<input type="checkbox"/> цитологический	<input type="checkbox"/> только клинический
<input type="checkbox"/> эксплоративная операция	<input type="checkbox"/> неизвестен

19. Обстоятельства выявления опухоли:

<input type="checkbox"/> обратился сам	<input type="checkbox"/> цитологический скрининг рака шейки матки (жен. консультации)	<input type="checkbox"/> активно, при профосмотре
<input type="checkbox"/> активно, в смотровом кабинете		<input type="checkbox"/> посмертно при аутопсии дата смерти:
<input type="checkbox"/> НДКТ, флюорография	<input type="checkbox"/> УЗИ органов брюшной полости, забрюш. пространства и малого таза	<input type="checkbox"/> посмертно без аутопсии
<input type="checkbox"/> маммография		
<input type="checkbox"/> ПСА-скрининг	<input type="checkbox"/> диспансеризация	<input type="checkbox"/> неизвестно
<input type="checkbox"/> анализ кала на скрытую кровь		

20. В какое медицинское учреждение направлен больной _____

21. Дата заполнения извещения: число _____ месяц _____ год _____
Фамилия, инициалы, телефон врача, заполнившего извещение _____

Подпись врача _____

ТАЛОН НА ОКАЗАНИЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи форма статистического учета N 025/у-ВМП утвержден Приказом Минздрава России от 30.01.2015 N 29н «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, порядках их заполнения и сроках представления».

Требования к оформлению: форма статистического учета N 025/у-ВМП «Талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи» (далее - Талон на оказание ВМП), содержащая сведения, необходимые для организации учета по каждому случаю оказания пациенту высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП), заполняется при организации оказания ВМП с применением единой государственной информационной системы в сфере и имеет формируемый автоматически штрих-код.

Талон на оказание ВМП оформляется на каждого пациента на бумажном носителе и в электронном виде.

Все записи в Талоне на оказание ВМП осуществляются на русском языке.

Номер Талона на оказание ВМП формируется автоматически и имеет следующую структуру: код субъекта Российской Федерации, в котором проживает пациент (по Общероссийскому классификатору административно-территориальных образований (ОКАТО) - 2 знака), резервный регистр (4 знака), порядковый номер очередности пациента (на территории субъекта Российской Федерации), две последние цифры года, в котором оформлен Талон на оказание ВМП, и контрольная цифра единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (один знак), выбираемая случайным образом.

Паспортная часть талона (ОУЗ, МО-ОМС) заполняется:

- ✓ органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (далее - ОУЗ) в случае направления пациента для оказания ВМП по перечню видов, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования;
- ✓ медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - МО-ОМС), в случае направления пациента для оказания ВМП по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. Контактный телефон: 86749512354. № амбулаторной карты № 792568. Группа крови: А(II) Rh (+). Семейное положение: женат. Образование среднее специальное (столяр-плотник). Работает в ОАО «Мебель». Аллергические реакции не зарегистрированы.

Основной диагноз: Рак прямой кишки T1NxM0 1 ст. (высокодифференцированная аденокарцинома G1). Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь 11 стадии, риск 4. Гипергликемия. Дислипидемия.

Обратился 20.02.2022г. в ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск ул. Кузьмичевского 12 для оформления квоты на ВМП по поводу предстоящего оперативного вмешательства.

Задание: заполните талон на оказание высокотехнологичной медицинской помощи форма статистического учета N 025/у-ВМП.

П.13.	Наименование страховой медицинской организации (при наличии)	<input type="text"/>				
П.13.1.	Номер полиса ОМС (при наличии)	<input type="text"/>				
П.14.	Документ, удостоверяющий личность:	<input type="text"/>				
П.14.1.	Серия	<input type="text"/>	П.14.2.	Номер	<input type="text"/>	
П.14.3.	Кем и когда выдан документ, удостоверяющий личность	<input type="text"/>				
П.15.	Адрес места жительства (пребывания) пациента:					
	Субъект Российской Федерации	<input type="text"/>				
	город	<input type="text"/>				
	улица	<input type="text"/>				
	дом	<input type="text"/>	корпус	<input type="text"/>	квартира	<input type="text"/>
П.16.	Контактный телефон	<input type="text"/>				
П.17.	Согласен(а) на использование персональных данных для организации ВМП (да/нет)	<input type="text"/>				

<*> Далее - ВМП.

<*> Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

<***> Обязательное медицинское страхование.

<****> Федеральное государственное учреждение, включенное в перечень федеральных государственных учреждений, который утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с частью 6 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2013, N 48, ст. 6165; 2014, N 49, ст. 6927) (далее - Закон).

<*****> Медицинская организация, включенная в перечень, который утверждается уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с частью 7 статьи 34 Закона.

<*****> Медицинская организация, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи и (или) специализированной медицинской помощи.

С. Справочные сведения о пациенте (ОУЗ, МО-ОМС)

С.1.	Пол	<input type="text"/>	1 - муж., 2 - жен.	С.2.	Дата рождения	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
С.3.	Местность	<input type="text"/>	1 - городская, 2 - сельская	С.4.	Код категории льготы	<input type="text"/>					

С.5. Занятость

Талон на оказание ВМП N

1 ЭТАП (ОУЗ, МО-ОМС)

- 1.1. Код принятого решения (ОУЗ) 1 - наличие медицинских показаний для оказания ВМП
2 - отсутствие медицинских показаний для оказания ВМП
3 - необходимость проведения дополнительного обследования
- 1.2. Дата принятия решения (ОУЗ)
- 1.3. Код диагноза по МКБ-10 (ОУЗ)
- 1.4. Наименование вида (метода) ВМП (ОУЗ)
- 1.5. Наименование МО-ВМП <*****>
- 1.6.1. Дата направления документов в ФГУ или МО субъекта Российской Федерации (ОУЗ)
- 1.6.2. Дата получения документов (МО-ОМС)
- 1.7. ФИО должностного лица (ОУЗ, МО-ОМС)
- 1.8. Наименование должности (ОУЗ, МО-ОМС)
- 1.9. Номер служебного телефона должностного лица и адрес электронной почты (ОУЗ, МО-ОМС)
- 1.10. Подпись должностного лица (ОУЗ, МО-ОМС)

М.П.

Комментарии:

<*****> ФГУ, МО субъекта Российской Федерации, МО-ОМС.

2 ЭТАП (МО-ВМП)

Талон на оказание ВМП N

- 2.1. Дата получения документов
- 2.2. Дата оформления документов МО-ВМП

2.3.	Код принятого решения	<input type="checkbox"/>	1 - наличие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП 2 - отсутствие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП 3 - необходимость проведения дополнительного обследования 4 - наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи 5 - наличие медицинских противопоказаний для госпитализации пациента в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь
2.4.	Дата принятия решения	<input type="text"/>	
2.5.	Наименование вида ВМП	<input type="text"/>	
2.6.	Дата планируемой госпитализации	<input type="text"/>	
2.7.	Дата уведомления пациента и (или) ОУЗ о дате госпитализации в МО-ВМП	<input type="text"/>	
2.8.	Способ уведомления	<input type="checkbox"/>	1 - почтой, 2 - телефонограммой, 3 - по электронной почте
2.9.	ФИО должностного лица	<input type="text"/>	
2.10.	Наименование должности	<input type="text"/>	
2.11.	Номер служебного телефона должностного лица и адрес электронной почты	<input type="text"/>	
2.12.	Подпись должностного лица	<input type="text"/>	М.П.
Комментарии:			

Талон на оказание ВМП N

3 ЭТАП (ОУЗ)

3.1.	Талоны на проезд предоставляются	<input type="checkbox"/>	1 - да, 2 - нет
3.2.	Дата выдачи талонов на проезд для отдельных категорий граждан	<input type="text"/>	
3.3.	Нуждается в сопровождении	<input type="checkbox"/>	1 - да, 2 - нет
3.4.	ФИО сопровождающего лица	<input type="text"/>	

3.5.	Дата планируемой госпитализации	<input type="text"/>
3.6.	ФИО должностного лица	<input type="text"/>
3.7.	Наименование должности	<input type="text"/>
3.8.	Подпись должностного лица	<input type="text"/> М.П.
Комментарии:		

Талон на оказание ВМП N

4 ЭТАП (МО-ВМП)

4.1.	Дата обращения пациента в МО-ВМП	<input type="text"/>
4.2.	Код принятого решения	<input type="text"/> 1 - госпитализировать, 2 - изменить дату госпитализации, причину указать в комментариях 3 - отказать в госпитализации, причины указать в комментариях
4.3.	ФИО должностного лица	<input type="text"/>
4.4.	Наименование должности	<input type="text"/>
4.5.	Подпись должностного лица	<input type="text"/> М.П.
Комментарии:		

Талон на оказание ВМП N

5 ЭТАП (МО-ВМП)

5.1.	Дата выписки пациента из МО-ВМП	<input type="text"/>
5.2.	Результат направления на ВМП	<input type="text"/> 1. ВМП оказана: ВМП не оказана по причине: 2 - отказ пациента от ВМП 3 - летальный исход до оказания ВМП
5.3.	Код диагноза при выписке (по МКБ-10)	<input type="text"/> (основной)
5.4.	Наименование вида оказанной ВМП	<input type="text"/>

5.5.	Дата проведения оперативного вмешательства	<input type="text"/>
5.6.	Результат оказания ВМП	<input type="text"/> 1 - выздоровление, 2 - улучшение, 3 - без перемен, 4 - ухудшение, 5 - летальный исход
5.7.	Рекомендовано	<input type="text"/> 1 - медицинская реабилитация, 2 - повторная госпитализация для оказания ВМП
5.8.	ФИО должностного лица	<input type="text"/>
5.9.	Наименование должности	<input type="text"/>
5.10.	Подпись должностного лица	<input type="text"/> М.П.
Комментарии:		

Талон на оказание на ВМП N

6 ЭТАП - ЗАКЛЮЧЕНИЕ

6.1. Результат оказания ВМП	<input type="text"/>	6.2. Отказано	<input type="text"/>
1 - выздоровление, 2 - улучшение, 3 - без перемен, 4 - ухудшение 5 - летальный исход		1 - отсутствие медицинских показаний для оказания ВМП в ФГУ, МО субъекта Российской Федерации 2 - отсутствие медицинских показаний для госпитализации в МО-ВМП 3 - наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи 4 - отказ пациента от ВМП 5 - летальный исход до оказания ВМП	

Талон на оказание на ВМП N

Д. Документы (ОУЗ, МО-ОМС)

1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО, СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО

Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного форма 027/у утверждена Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения». Документ утратил силу в связи с изданием Приказа Минздрава СССР от 05.10.1988 N 750 «О признании утратившими силу нормативных актов Минздрава СССР». Однако письмом Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 сообщено, что до издания нового альбома образцов учетных форм учреждения здравоохранения по рекомендации Минздрава России используют в своей работе для учета деятельности бланки, утвержденные Приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 N 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».

Требования к оформлению: Выписка из амбулаторной карты или выписной эпикриз должны быть предоставлены в оригинале и иметь штамп медицинского учреждения, подпись главного врача/заведующего медицинским учреждением, печать, и должны содержать следующую информацию: Ф.И.О. и возраст пациента, дата, время и место события, обстоятельства события, диагноз, период лечения, результаты диагностических исследований и проведенное лечение, последствия, информация о выданных больничных листах.

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. Контактный телефон: 86749512354. № амбулаторной карты № 792568. Группа крови: А(II) Rh (+). Семейное положение: женат. Образование среднее специальное (столяр-плотник). Работает в ОАО «Мебель». Аллергические реакции не зарегистрированы.

Обратился 30.03.2022г. в ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск ул. Кузьмичевского 12 для оформления выписки из амбулаторной карты.

Иванов И.И. наблюдается у участкового терапевта в ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск ул. Кузьмичевского 12 с диагнозом: Гипертоническая болезнь 11 стадии, риск 4. Гипергликемия. Дислипидемия.

При проведении ректороманоскопии 01.02.2022 удалено полипообразное образование полип?, глубоко расположенный геморроидальный узел? 0,5x1,0 см на ножке с гладкой поверхностью и тромбированным сосудом на вершине, взята биопсия: Высокодифференцированная аденокарцинома прямой кишки.

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров чистый, обычной окраски, обычной влажности. Слизистые зева чистые. Слизистые губ без особенностей. Слизистые ротовой полости без особенностей. Молочные железы без особенностей. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧД 17. Сатурация легких 98. Хрипы отсутствуют. Тоны сердца: ясные

ритмичные. ЧСС 60. Шум нет. Артериальное давление 120/80. Границы сердца в норме. Дефицит пульса нет. Язык: чистый влажный. Глотание не нарушено. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеки не выявлено. Мочеиспускание свободное безболезненное неучащенное. Стул оформленный регулярный.

Основной диагноз: Рак прямой кишки T1NxM0 1 ст. (высокодифференцированная аденокарцинома G1). Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь 11 стадии, риск 4. Гипергликемия. Дислипидемия.

Задание: заполните выписку из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного форма 027/у.

Код формы по ОКУД _____
Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
СССР

Медицинская документация
Форма N 027/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 N 1030

(наименование учреждения)

ВЫПИСКА
из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного
(подчеркнуть)

В _____
(название и адрес учреждения, куда направляется выписка)

1. Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Дата рождения _____

3. Домашний адрес _____

4. Место работы и род занятий _____

5. Даты: а) по амбулатории: заболевания _____

направления в стационар _____

б) по стационару: поступления _____

выбытия _____

6. Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) _____

обор. сторона ф. N 027/у

7. Краткий анамнез, диагностические исследования, течение болезни,
проведенное лечение, состояние при направлении, при выписке

Лечебные и трудовые рекомендации: _____

"__" _____ 20__ г.

Лечащий врач _____

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА

№ 148-1/У-88 / № 148-1/У-04(Л)

Форма рецептурного бланка № 148-1/у-88 / № 148-1/у-04(л) утверждена Приказом Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н «Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, Порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов».

Требования к оформлению: на рецептурных бланках форм № 148-1/у-88 и № 148-1/у-04(л) в левом верхнем углу проставляется штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона с датой выписки (датой оформления) рецепта на лекарственный препарат.

Дополнительно на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04(л) проставляется код медицинской организации в соответствии с Основным государственным регистрационным номером (далее - ОГРН).

Серия рецептурного бланка формы № 148-1/у-04(л) включает код субъекта Российской Федерации, соответствующий двум первым цифрам Общероссийского классификатора объектов административно-территориального деления (далее - ОКАТО).

Разрешается изготавливать рецептурные бланки формы № 148-1/у-04(л) с помощью компьютерных технологий.

Рецептурные бланки формы № 148-1/у-88 изготавливаются исключительно типографским способом.

На рецептурных бланках, оформляемых индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, в верхнем левом углу типографским способом или путем проставления штампа должен быть указан адрес индивидуального предпринимателя, номер и дата лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию.

Рецептурные бланки форм № 148-1/у-88 и № 148-1/у-04(л) заполняются медицинским работником чернилами или шариковой ручкой.

Допускается оформление всех реквизитов (за исключением реквизита «Подпись лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)») рецептурных бланков формы № 148-1/у-88 и формы № 148-1/у-04(л) с использованием печатающих устройств.

Оформление рецептурных бланков формы № 148-1/у-04(л) включает цифровое кодирование.

Цифровое кодирование указанных рецептурных бланков включает:

1) код медицинской организации (ОГРН) или код индивидуального предпринимателя в соответствии с Основным государственным регистрационным номером индивидуального предпринимателя (далее - ОГРНИП), проставляемый при изготовлении рецептурных бланков;

2) код категории граждан, имеющих право на получение лекарственных

препаратов в соответствии со статьей 6.1 Федерального закона от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», и код нозологической формы по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр) (далее - МКБ), заполняемые лечащим врачом путем занесения каждой цифры в пустые ячейки, при этом точка проставляется в отдельной ячейке;

отметку об источнике финансирования (федеральный бюджет [1], бюджет субъекта Российской Федерации [2], муниципальный бюджет [3]) и проценте оплаты рецепта (бесплатно [1], 50% [2], иной % [3]);

штрих-код - дополнительный реквизит (в случае изготовления на территории субъекта Российской Федерации рецептурного бланка с использованием компьютерных технологий).

В рецептурных бланках форм N 148-1/у-88 и N 148-1/у-04(л) в графе «Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента» указываются фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) пациента.

В рецептурных бланках форм N 148-1/у-88 и N 148-1/у-04(л) в графе «Дата рождения» указывается дата рождения пациента (число, месяц, год).

Дополнительно в рецептурных бланках формы N 148-1/у-88 для детей в возрасте до 1 года в графе «Дата рождения» указывается количество полных месяцев.

В рецептурных бланках формы N 148-1/у-04(л) в графах «СНИЛС» и «N полиса обязательного медицинского страхования» указываются страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в Пенсионном фонде Российской Федерации (СНИЛС) (при наличии) и номер полиса обязательного медицинского страхования.

В рецептурных бланках формы N 148-1/у-88 в графе «Адрес места жительства или номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», указывается почтовый адрес места жительства (места пребывания или места фактического проживания) пациента или номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Указание и адреса места жительства и номера медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, не является ошибкой.

В рецептурных бланках формы N 148-1/у-04(л) в графе «Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» указывается номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

В графе «Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки)» рецептурных бланков форм N 148-1/у-88 и N 148-1/у-04(л) указываются полностью фамилия, инициалы имени, отчества (последнее - при наличии) медицинского работника, назначившего лекарственные препараты и оформившего рецепт.

В графе «Rp» рецептурных бланков форм N 148-1/у-88 и N 148-1/у-04(л) указывается:

1) наименование лекарственного препарата (международное непатентованное наименование, группировочное или химическое наименование, торговое наименование) на латинском языке или на русском языке, форма выпуска, дозировка, количество;

2) способ применения лекарственного препарата на государственном языке Российской Федерации или на государственном языке Российской Федерации и государственном языке республик и иных языках народов Российской Федерации.

При оформлении рецептурных бланков запрещается ограничиваться общими указаниями, например, «Внутреннее», «Известно».

Рецепт, оформленный на рецептурном бланке форм N 148-1/у-88 и N 148-1/у-04(л), подписывается медицинским работником и заверяется его печатью.

Рецепт, оформленный на рецептурном бланке формы N 148-1/у-88 и формы N 148-1/у-04(л), дополнительно заверяется печатью медицинской организации «Для рецептов».

На одном рецептурном бланке формы N 148-1/у-88 и формы N 148-1/у-04(л) разрешается осуществлять назначение только одного наименования лекарственного препарата.

Исправления в рецепте не допускаются.

При оформлении рецептурных бланков форм N 148-1/у-88 и N 148-1/у-04(л) на лекарственные препараты, назначенные по решению врачебной комиссии, на обороте рецептурного бланка ставится специальная отметка (штамп).

На рецептурном бланке формы N 148-1/у-04(л) внизу имеется линия отрыва, разделяющая рецептурный бланк и корешок.

Корешок от рецепта, оформленного на указанном рецептурном бланке, выдается пациенту (его законному представителю) в аптечной организации, на корешке делается отметка о наименовании лекарственного препарата, дозировке, количестве, способе применения.

Ситуационная задача: Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. проживающий по адресу г. Архангельск, улица Старолитейная, д.58, кв. 56. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. Контактный телефон: 86749512354. № амбулаторной карты № 792568.

Основной диагноз: Рак прямой кишки T1NxM0 1 ст. (высокодифференцированная аденокарцинома G1). Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь 11 стадии, риск 4. Гипергликемия. Дислипидемия.

Обратился 20.02.2022г. в ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск ул. Кузьмичевского 12 для выписки рецепта на сильнодействующее лекарственное средство.

20.02.2022: врачом терапевтом участковым (код 095) Петровым И.Р. выписан рецепт № 123654789 Трамадол 50 мг №20 1 упаковка. Рекомендован прием по 1 таблетке 3 раза в день.

Задание: заполните рецептурный бланк формы N 148-1/у-88.

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/У-88

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/У-88
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Наименование (штамп)
медицинской организации

Наименование (штамп) индивидуального
предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии, на-
именование органа государственной власти,
выдавшего лицензию)

Серия N

РЕЦЕПТ " " _____ 20__ г.
(дата оформления-рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
пациента _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента, получающего
медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) _____

Руб. Коп. Rp:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Приготовил	Проверил	Отпустил

СВЕДЕНИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ, ВЫПИСАННЫХ И ОТПУЩЕННЫХ ГРАЖДАНАМ, ИМЕЮЩИМ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Сведения о лекарственных средствах, выписанных и отпущенных гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг форма 030-Р/у утверждена Приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 N 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг».

Требования к оформлению: «Сведения о лекарственных средствах, выписанных и отпущенных гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (далее - Сведения) заполняются организационно-методическим кабинетом (ОМК) медицинского учреждения, осуществляющего диспансерное наблюдение за гражданами, имеющими право на получение набора социальных услуг, а также аптечными учреждениями, имеющими право на отпуск лекарственных средств по льготным рецептам.

В верхнем левом углу указывается полное наименование медицинского учреждения, его адрес или штамп учреждения с указанием кода учреждения по ОГРН.

Сведения формируются за квартал, начиная с первого и кончая последним днем месяца отчетного периода.

Графы с 1 по 7 заполняются в ОКМ медицинского учреждения на основании «Паспорта врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг» (учетная форма N 030-П/у) и «Медицинской карты амбулаторного больного» (учетная форма N 025/у-04). Графы с 8 по 12 - на основании сведений аптечных учреждений.

Ситуационная задача: В ГБУЗ «Архангельская городская клиническая больница № 13», г. Архангельск ул. Кузьмичевского 12, ОГРН 56897456321. За 1 квартал 2022 года.

01.02.2022: врачом терапевтом участковым (код 095) Петровым И.Р., пациенту Иванову Ивану Ивановичу 15.05.1964г.р. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. Выписан рецепт № 123654789 Трамадол 50 мг №20 1 упаковка, стоимостью 356 рублей 57 копеек.

ПАСПОРТ ВРАЧЕБНОГО УЧАСТКА ГРАЖДАН, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг утвержден Приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».

Требования к оформлению: учетная форма N 030-13/у «Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг» (далее - Паспорт) заполняется врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) или медицинским работником со средним профессиональным образованием медицинской организации (иной организации), осуществляющей медицинскую деятельность, с использованием сведений, содержащихся в Федеральном регистре лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у и истории развития ребенка).

Паспорт формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи врача, в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Паспорт заполняется на пациентов, которым оказана медицинская помощь в отчетном периоде.

Если пациент(ка) несколько раз обращался по одному и тому же заболеванию, то сведения в Паспорте указываются одной строкой: число посещений, выписанных и полученных лекарственных препаратов, их стоимость, выданных справок для получения путевки на санаторно-курортное лечение (форма N 070/у, предусмотренная приложением N 11 к приказу Минздрава России от 15.12.2014 N 834н), направлений на госпитализацию, медицинскую реабилитацию, обследование, консультацию. В графе 11 проставляется число посещений суммарно по состоянию за весь отчетный период.

Если пациент(ка) получал помощь по различным заболеваниям, то в Паспорте указываются данные по каждому заболеванию отдельной строкой.

Если пациент(ка) начал получать лечение в одном отчетном периоде и окончил лечение в другом периоде, то все сведения показываются в том периоде, в котором оканчивается лечение.

Ситуационная задача: Терапевтический участок № 6. За отчетный период на прием к врачу терапевту участковому обратился Иванов Иван Иванович 15.05.1964г.р. Страховой полис: № 2974267035 СОГАЗ. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) – 01797597322. Выписан рецепт

№ 123654789. Код категории льготы (008): Инвалид II группы. С диагнозом: Рак прямой кишки T1NxM0 1 ст. (высокодифференцированная аденокарцинома G1) (МКБ-10 C20). На диспансерном наблюдении с 01.02.2022. Выписан рецепт № 123654789 Трамадол 50 мг №20 1 упаковка, стоимостью 356 рублей 57 копеек.

Учебное издание

Мохначева Татьяна Евгеньевна
Моногарова Юлия Юрьевна
Варакина Жанна Леонидовна и др.

**МЕТОДИКА ЗАПОЛНЕНИЯ ФОРМ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ**

Рабочая тетрадь № 5

Издано в авторской редакции
Компьютерная верстка *О.Е. Чернецовой*

Подписано в печать 17.11.2022.
Формат 60×90^{1/8}. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 5,9. Уч.-изд. л. 1,0.
Тираж 100 экз. Заказ № 2513

ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет»
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51
Телефон (8182)20-61-90. E-mail: izdatelnsmu@yandex.ru