

**Общество с ограниченной ответственностью Фирма «СЭМ»**  
(полное наименование организации)

**УТВЕРЖДАЮ**

Генеральный директор ООО Фирма «СЭМ»  
(наименование должности)

М.Ш. Эштреков,  
(инициалы,  
фамилия)



**ПРИКАЗ**

№ 2

дата 1.09.2021г.

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ УНИФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ  
МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ  
В МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ООО ФИРМА «СЭМ»,  
ОКАЗЫВАЮЩЕМ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В  
АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И  
УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА.  
ПОРЯДКИ ПО ИХ ЗАПОЛНЕНИЮ**

В соответствии со статьей 14, пунктом 11, 12 части 1 статьи 79 Федеральный закон от 21.11.2011г. № 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в целях совершенствования документооборота в медицинском центре ООО Фирма «СЭМ» в части регулирования форм записей в медицинской документации, производимых врачом медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, а также в целях обеспечения ее учета и хранения

П р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

учетную форму № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 1;

порядок заполнения учетной формы № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 2;

учетную форму № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара»

согласно приложению № 3;

порядок заполнения учетной формы № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 4;

учетную форму № 007/у «Листок ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 5;

порядок заполнения учетной формы № 007/у «Листок ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 6;

учетную форму № 008/у «Журнал записи оперативных вмешательств в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 7;

порядок заполнения учетной формы № 008/у «Журнал записи оперативных вмешательств в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 8;

учетную форму № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 9;

порядок заполнения учетной формы № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 10;

учетную форму № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 11;

порядок заполнения учетной формы № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 12;

учетную форму № 051/у «Карта больного, подвергающегося лучевой терапии» согласно приложению № 13;

форму «Лист укладки пациента» (голова - шея, молочная железа, шатл матрас грудная клетка), согласно приложению № 14.

2. Рекомендовать медицинским работникам медицинского центра ООО Фирма «СЭМ» обеспечить:

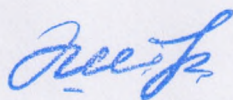
- введение унифицированных форм медицинской документации с соблюдением порядков по их заполнению;

- соблюдение Критериев оценки качества медицинской помощи в условиях дневного стационара, согласно приложению № 15.

3. Разместить настоящий приказ в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» на официальном сайте медицинской организации ООО Фирма «СЭМ».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



С. Г. Эштрекова

Приложение N 1  
к приказу  
ООО Фирма «СЭМ»  
от 1 09 2024 № 2

Наименование медицинской организации  
ООО Фирма «СЭМ»  
Адрес: 360017, КБР, г. Нальчик, ул. Головки, д. 7а

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_

Медицинская документация  
Форма № 001/у

Утверждена  
приказом ООО Фирма «СЭМ»  
от 1.09.24 г. № 2

ЖУРНАЛ  
УЧЕТА ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ И ОТКАЗОВ В ОКАЗАНИИ  
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ  
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

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

учетная форма № 001/у

N п/п	Дата поступления	Время поступления (час., мин.)	Фамилия, имя, отчество пациента	Дата рождения (число, месяц, год)	Пол (муж., жен.)	Серия и номер паспорта, или документа удостовер	Гражданство	Место регистрации пациента	Место фактического пребывания пациента, номер телефона	СНИЛС	Серия и номер полиса ОМС	Доставлен (направлен) полицией, выездной бригадой скорой	Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в
-------	------------------	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	------------------	---	-------------	----------------------------	--	-------	--------------------------	--	--

						яющего личность пациента			законного представителя или родственников			медицинской помощи, другой медицинской организацией, обратился самостоятельн о	условиях дневного стационара
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

разворот учетной формы № 001/у

Диагноз установленный направившей медицинской организацией, и код по МКБ	Отделение медицинской организации, в которое направлен пациент	Выписан, умер (указать дату и название медицинской организации)	Дата и время сообщения о госпитализации пациента законному представителю, родственникам или медицинской организации, направившей пациента	При отказе пациенту в медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара:		Приме чание
				причина (отказался сам, нет показаний, помощь оказана в амбулаторных условиях, направлен в другую медицинскую организацию)	отказ в приеме (первичный, повторный)	
15	16	17	18	19	20	21

ПОРЯДОК  
ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 001/У "ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРИЕМА  
ПАЦИЕНТОВ И ОТКАЗОВ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА"

1. Учетная форма № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее - Журнал) предназначен для регистрации всех пациентов, поступающих в медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Журнал ведется медицинским работником в приемном или поликлиническом отделении медицинской организации.

В Журнал вносятся сведения о каждом пациенте, обратившемся в целях оказания ему медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара независимо от того, поступает ли он в медицинскую организацию или ему отказывают в оказании медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.

2. Журнал может быть оформлен в форме электронного документа, подписанного усиленной квалифицированной электронной подписью медицинского работника, которым был сформирован (далее - электронный журнал) в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, и (или) оформляться на бумажном носителе.

Сведения и информация о состоянии здоровья пациентов, содержащиеся в электронном журнале, оформляются с использованием любого вида электронной подписи <2>.

3. Графы 4 - 9 Журнала заполняются на основании документов, удостоверяющих личность пациента.

4. В графе 10 Журнала со слов пациента, его законного представителя или родственников указывается место фактического пребывания пациента, а также номер телефона законного представителя или родственников.

5. В графах 11 - 12 Журнала указываются серия и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) и страховой номер индивидуального лицевого счета (далее - СНИЛС) пациента.

6. В графе 13 Журнала указывается, кем пациент был доставлен или направлен для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара или обратился самостоятельно.

7. В графе 14 Журнала указывается номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (учетная форма № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара»).

8. В графах 15 - 16 Журнала указывается диагноз, установленный направившей медицинской организацией с кодом основного заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Графы 15 - 16 заполняются только на основании данных учетной формы № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию», если пациент направлен медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

9. В графе 16 Журнала указывается наименование отделения данной медицинской организации, в которое врачом приемного отделения направлен пациент (для оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара).

10. Графа 17 Журнала заполняется на основании Карты при выписке из медицинской организации или смерти пациента.

13. В графе 18 Журнала указывается дата и время сообщения законному представителю, родственникам или медицинской организации, направившей пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара о поступлении пациента в медицинскую организацию или отказе в оказании медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.

14. Если пациенту было отказано в медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара в графе 19 Журнала указывается причина отказа (отказался сам, нет показаний к медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, медицинская помощь оказана в амбулаторных условиях, направлен в другую медицинскую организацию).

15. В графе 20 Журнала отмечается первичный или повторный отказ в медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в данной медицинской организации. Каждый отказ в Журнале регистрируется отдельно.

16. В графе 21 Журнала при отсутствии документов, удостоверяющих личность пациента, должна быть сделана запись "со слов пациента (законного представителя, родственников)".

Журнал, оформленный на бумажном носителе, должен быть пронумерован, прошнурован, подписан руководителем медицинской организации и скреплен печатью.

Сведения из Журнала, как оформленного в электронном виде, так и на бумажном носителе, используются в учетных формах первичной медицинской документации и в отчетных формах федерального и отраслевого статистического наблюдения.

Приложение № 3  
к приказу  
ООО Фирма «СЭМ»  
от 1.09.21 № 2

Медицинская документация  
Форма № 003/у

Утверждена  
приказом ООО Фирма «СЭМ»  
от \_\_\_\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**«Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в  
стационарных условиях, в условиях дневного стационара» № \_\_\_\_\_**

Дата и время поступления \_\_\_\_\_

Дата и время выписки \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_ палата N \_\_\_\_\_

Переведен в отделение \_\_\_\_\_

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_

Виды транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови \_\_\_\_\_ Резус-принадлежность \_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_\_\_\_

название препарата, характер побочного действия

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_

3. Возраст \_\_\_\_\_ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца - дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) \_\_\_\_\_

вписать адрес, указав для приезжих - область, район,

населенный пункт, адрес родственников и N телефона

5. Сведения об образовании пациента:

"профессиональное" указывается "высшее", "среднее";

"общее" указывается "среднее", "основное", "начальное"

необходимое подчеркнуть

6. Сведения о занятости пациента с его слов или со слов родственников, его законного представителя:

"проходит военную службу или приравненную к ней службу" указывают лиц, проходящих военную службу или приравненную к ней службу;

"пенсионер" указывают неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

"студент" указываются обучающиеся в образовательных организациях;

"не работает" указываются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней;

"прочие" указываются лица, которые заняты домашним хозяйством и лица без определенного места жительства.

7. Группа инвалидности и дата ее установления \_\_\_\_\_

8. Сведения о месте работы \_\_\_\_\_



9. Должность \_\_\_\_\_
10. Серия и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_
11. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_
12. Код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг: «\_\_\_\_\_»  
 "1" - инвалиды войны;  
 "2" - участники Великой Отечественной войны;  
 "3" - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах" <5>;  
 "4" - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;  
 "5" - лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";  
 "6" - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;  
 "7" - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;  
 "8" - инвалиды;  
 "9" - дети-инвалиды.

12.1 Документ (название, серия, номер), на основании которого определен код категории льготы \_\_\_\_\_

13. Кем направлен больной \_\_\_\_\_  
 название лечебного учреждения \_\_\_\_\_

14. Диагноз направившего учреждения \_\_\_\_\_

15. Диагноз при поступлении \_\_\_\_\_

16. Диагноз клинический	Дата установления
_____	_____
_____	_____
_____	_____

17. Диагноз заключительный клинический  
 а) основной: \_\_\_\_\_

б) осложнение основного: \_\_\_\_\_

в) сопутствующий: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

18. Госпитализирован в данном году по поводу данного заболевания: впервые, повторно (подчеркнуть), всего - \_\_\_\_ раз.

19. Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные осложнения.

Название операции	Дата, час	Метод обезболивания	Осложнения
1.			
		Оперировал	

20. Другие виды лечения \_\_\_\_\_  
(указать)

для больных злокачественными новообразованиями - 1. Специальное лечение; хирургическое (дистанционная гамма-терапия, рентгенотерапия, быстрые электроны, контактная и дистанционная гамма-терапия, контактная гамма-терапия и глубокая рентгенотерапия); комбинированное (хирургическое и гамма-терапия, хирургическое и рентгенотерапия, хирургическое и сочетанное лучевое); химиопрепаратами, гормональными препаратами. 2. Поллмативное. 3. Симптоматическое лечение.

21. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

N \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
N \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

22. Исход заболевания: выписан - с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением; переведен в другое учреждение \_\_\_\_\_  
название лечебного учреждения

Умер в приемном отделении, умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности, роженица, родильница.

23. Трудоспособность восстановлена полностью, снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с другими причинами (подчеркнуть).

24. «Дефекты догоспитального этапа» \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25. Особые отметки \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Лечащий врач

Зав. отделением

подпись

подпись

стр. 3 ф. N 003/у

Запись данных о первичном осмотре, предварительном диагнозе и назначениях производится врачом приемного отделения. ЖАЛОБЫ, АНАМНЕЗ, патология, предполагаемый диагноз, план обследования

стр. 4 ф. N 003/у

Записи лечащего врача

стр. 5 ф. N 003/у

Данные совместного осмотра заведующим отделением и лечащим врачом

стр. 6 ф. N 003/у

Все назначения врачей и их выполнение

стр. 7 ф. N 003/у

Данные о температуре, пульсе, артериальном давлении, частоте дыхания и др.

стр. 8-10 ф. N 003/у

Информация о динамическом наблюдении за состоянием пациента

стр. 11 ф. N 003/у

Этапный эпикриз, оформленный лечащим врачом (1 раз в 10 дней)

стр. 12 ф. N 003/у

Первичная (повторная) запись врача анестезиолога-реаниматолога о предоперационном осмотре пациента и заключении о возможности проведения того или иного вида анестезии

стр. 13 ф. N 003/у

Лист записи оперативного лечения

стр. 14 ф. N 003/у

Протокол течения анестезии

стр. 15 ф. N 003/у

Переливание трансфузионных сред, протокол трансфузии

стр. 16-17 ф. N 003/у

Записи о консультациях врачей-специалистов

стр. 18-20 ф. N 003/у

Данные о результатах дополнительных методов исследования (ультразвуковых, рентгенологических, функциональных, лабораторных) (протоколы исследований приобщаются к Карте)

стр. 21 ф. N 003/у

Результаты лабораторного и функционального мониторинга

стр. 22 ф. N 003/у

Посмертный эпикриз

(указать все перенесенные заболевания, травмы, операции, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный (разбитый на разделы) диагноз; патологоанатомический диагноз заполняется врачом патологоанатомом)

стр. 23 ф. N 003/у

Сведения о причинах смерти

указываются врачом патологоанатомом (если вскрытие было проведено) или лечащим врачом (если вскрытие не проводилось). При этом указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы N 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти", а также указываются все записанные в нем причины смерти.

стр. 24 ф. N 003/у

Выписной эпикриз

(информация о пребывании в медицинской организации и рекомендации врачей-специалистов)

ПОРЯДОК  
ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 003/У «МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА  
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ  
УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА»

1. Учетная форма № 003/у «Медицинская карта пациента, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее - Карта) является основным учетным медицинским документом медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

2. Карта может формироваться в форме электронного документа в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов и (или) на бумажном носителе.

3. Карта оформляется на каждого взрослого пациента, поступившего в медицинскую организацию.

4. В Карте отражается характер течения заболевания (состояния), а также все диагностические и лечебные мероприятия, записанные в их последовательности. Карта ведется путем заполнения соответствующих строк и граф.

5. Страница 5 Карты заполняется ежедневно, а в случае тяжелого состояния пациента и при нахождении в палатах реанимации и интенсивной терапии - по часам.

6. Карта заполняется без сокращений, на русском языке, допускается запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке. Все необходимые в Карте исправления осуществляются незамедлительно, подтверждаются подписью лечащего врача, отвечающего за ведение Карты, либо записываются в строку после перечеркивания подлежащих исправлению слов.

7. Пункты 1 - 4 Карты заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента. При отсутствии документа, удостоверяющего личность со слов пациента или родственников, его законного представителя, или ставится отметка «неизвестно».

8. В пункте 5 Карты указываются сведения об образовании пациента с его слов или слов родственников, его законного представителя:

в позиции "профессиональное" указывается "высшее", "среднее";

в позиции "общее" указывается "среднее", "основное", "начальное".

9. В пункте 6 Карты указываются сведения о занятости пациента с его слов или со слов родственников, его законного представителя:

в позиции "проходит военную службу или приравненную к ней службу" указывают лиц, проходящих военную службу или приравненную к ней службу;

в позиции "пенсионер" указывают неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

в позиции "студент" указываются обучающиеся в образовательных организациях;

в позиции "не работает" указываются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней;

в позиции "прочие" указываются лица, которые заняты домашним хозяйством и лица без

определенного места жительства.

10. При наличии у пациента инвалидности, в пункте 7 Карты указывают группу инвалидности и дату ее установления.

11. В пунктах 8 - 9 Карты со слов пациента или родственников, его законного представителя указываются сведения о месте его работы и должности.

12. В пунктах 10 - 11 Карты указывают серию и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), страховой номер индивидуального лицевого счета (далее - СНИЛС), наименование страховой медицинской организации.

13. В пункте 12 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг:

"1" - инвалиды войны;

"2" - участники Великой Отечественной войны;

"3" - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах" <5>;

"4" - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

"5" - лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";

"6" - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

"7" - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

"8" - инвалиды;

"9" - дети-инвалиды.

В пункте 12.1 Карты указывается документ (название, серия, номер), на основании которого определен код категории льготы.

14. В пункте 13 в качестве основного заболевания в заключительном клиническом диагнозе должна быть указана только одна нозологическая единица, выбранная в соответствие с правилами МКБ и ее код. Если основным заболеванием является травма или отравление, то должна быть записана и формулировка внешней причины и ее код.

В пункте 24 Карты указываются "Дефекты догоспитального этапа". Информация о дефектах догоспитального этапа отсылается руководителю медицинской организации, направившей пациента для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, для проведения контроля качества медицинской деятельности.

15. На странице 3 Карты запись данных о первичном осмотре, предварительном диагнозе и назначениях производится врачом приемного отделения (дежурным врачом), на странице 4 - лечащим врачом, на странице 5 отражаются данные совместного осмотра заведующим отделением и лечащим врачом.

На странице 6 Карты отмечаются все назначения врачей и их выполнение.

На странице 7 Карты отмечаются данные о температуре, пульсе, артериальном давлении, частоте дыхания и др.

На страницах 8 - 10 Карты отражается информация о динамическом наблюдении за состоянием пациента.

Страница 11 предназначена для этапного эпикриза, оформляемого лечащим врачом 1 раз в 10 дней.

На странице 12 Карты производится первичная (повторная) запись врача анестезиолога-реаниматолога о предоперационном осмотре пациента и заключении о

возможности проведения того или иного вида анестезии.

Если пациенту были проведены оперативные вмешательства, то сведения о них отражаются в листе записи оперативного лечения (страница 13 Карты).

На странице 14 Карты оформляется протокол течения анестезии,

На странице 15 Карты регистрируется переливание лекарственных препаратов из плазмы крови. Если пациенту проводилось переливание трансфузионных сред, протокол трансфузии вклеивается в Карту.

На страницах 16 - 17 Карты записи о консультациях производят врачи-специалисты.

На страницах 18 - 20 Карты отмечаются данные о результатах дополнительных методов исследования (ультразвуковых, рентгенологических, функциональных, лабораторных). Протоколы исследований с прилагаемыми к ним изображениями приобщаются к Карте.

На странице 21 Карты отражаются результаты лабораторного и функционального мониторинга.

В случае смерти пациента лечащим врачом оформляется посмертный эпикриз (страница 22 Карты), в котором отражаются все перенесенные заболевания, травмы, операции, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный (разбитый на разделы) диагноз; патологоанатомический диагноз заполняется врачом патологоанатомом.

Сведения о причинах смерти указываются врачом патологоанатомом (если вскрытие было проведено) или лечащим врачом (если вскрытие не проводилось. При этом указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы № 106/у-08 "Медицинское свидетельство о смерти", а также указываются все записанные в нем причины смерти (страница 23 Карты).

При выписке пациента из отделения медицинской организации лечащим врачом заполняется выписной эпикриз, содержащий сведения о пребывании в медицинской организации и рекомендации врачей-специалистов (страница 24 Карты).

16. Копии выписного эпикриза выдаются пациенту на руки и направляются в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по месту регистрации пациента.

17. Заполненная на бумажном носителе Карта подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и передается на хранение в архив медицинской организации после проверки специалистом службы медицинской статистики.

18. При изъятии Карты, сформированной на бумажном носителе, правоохранными органами в обязательном порядке делается копия Карты, которая хранится в архиве медицинской организации.

Приложение №5  
к приказу  
ООО Фирма «СЭМ»  
от 1.05.21 № 2

Медицинская документация  
Форма № 007/у

Утверждена  
приказом ООО Фирма «СЭМ»  
от 1.05.21 г. № 2

**ЛИСТОК**  
**ежедневного учета движения больных и коечного фонда**  
**стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара**  
**при больничном учреждении**  
(подчеркнуть)

наименование отделения, профиля коек

1	Фактически развернуто коек, включая койки, свернутые на ремонт	В том числе коек свернутых на ремонт	Движение больных за истекшие сутки									На начало текущего дня			
			состояло больных на начало истекших суток	поступило больных <*> (без переведенных внутри больницы)			число выписанных из отделения пациентов, включая выписанных в дневные стационары	умерло	состоит больных - всего	состоит матерей при больных детях	свободных мест				
				всего	в т.ч. из дневного стационара	из них (из гр. 6)					из других отделений	в другие отделения			
						сельских жителей	0 - 17 лет	60 лет и старше	мужских	женских					
2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
Всего															
в том числе по койкам															

Формат А4

Подпись медицинской сестры \_\_\_\_\_

<\*> При поступлении больного из круглосуточного стационара в дневной и наоборот считать больного как выписанного и вновь поступившего.

Фамилия, и., о. поступивших	Фамилия, и., о. поступивших из круглосуточного стационара	Фамилия, и., о. выписанных	Фамилия, и., о. переведенных		Фамилия, и., о. умерших	Фамилия, и., о. больных, находящихся во временном отпуску <u>&lt;*&gt;</u>
			в другие отделения данной больницы	в другие стационары		
1	2	3	4	5	6	7

<\*> - учитываются при подсчете койко-дней.

Для получения суммарных данных по больнице сведения из листков отделений, полученных и проверенных в кабинете статистики, вносятся в дневник учета больных и коечного фонда, ведущийся по больнице в целом. В гр. 3 листа показываются фактически развернутые в пределах сметы койки, включая и койки, временно свернутые в связи с ремонтом, карантинном и другими причинами. В это число не включаются приставные койки, развертываемые в палатах, коридорах и т.д. в связи с переполнением отделения. Из числа коек, показанных в гр. 3, выделяются в гр. 4 койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими причинами. В графах 5 - 17 даются сведения о движении больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (о числе состоявших и поступивших больных, в т.ч. из дневных стационаров, переведенных из отделения в отделение, выписанных в т.ч. в дневные стационары и умерших), в гр. 18 и 19 - о числе больных, состоящих в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число больных, показанное в гр. 18 предыдущего дня, должно быть переписано в гр. 5 текущего дня. Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы числа больных балансировались, т.е. число больных, показанное на начало текущего дня (гр.18), было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 5), поступивших (гр. 6) и переведенных (гр. 11) за минусом чисел, переведенных в другие отделения (гр. 12), выписанных (гр. 13) и умерших (гр. 17), т.е. числам в гр.  $5 + 6 + 11 - 12 - 13 - 17 =$  гр. 18.



ПОРЯДОК  
ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 007/У «ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА  
ДВИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И КОЕЧНОГО ФОНДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,  
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,  
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА»

1. Учетная форма № 007/у «Листок ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее - Листок) является унифицированным учетным документом, на основании которого средним медицинским работником каждого отделения ведется ежедневный учет движения пациентов и использования коечного фонда в отделениях медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

2. Листок может формироваться в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи старшей медицинской сестры отделения, в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов и (или) на бумажном носителе, подписываемым старшей медицинской сестрой отделения.

3. Листок отражает изменение коечного фонда и движением пациентов, а также обеспечивает возможность регулировать прием пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара. Листок заполняется в каждом отделении, развернутом в составе медицинской организации.

Сведения о движении пациентов и коечного фонда по отделениям, имеющим в своем составе койки различных профилей, показываются по каждому профилю медицинской помощи.

4. В случаях, когда было произведено временное или постоянное перепрофилирование коек, сведения о фактически развернутых койках показываются по новому профилю коек.

5. В графе 2 Листка записывается число фактически развернутых коек, включая койки, свернутые на ремонт.

6. Из числа коек, указанных в графе 2 Листка, в графу 3 выделяется число коек, свернутых на ремонт.

7. В графах 4 - 12 Листка записываются сведения о движении пациентов за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня: о числе находившихся в отделении и поступивших пациентов, в том числе из дневных стационаров; выписанных, в том числе в дневные стационары; умерших.

При заполнении сведений о движении пациентов в графе 4 Листка записывается общее число пациентов, находящихся в отделении на 9 часов утра предыдущего дня.

В графе 5 Листка указывается общее число поступивших в отделение пациентов за истекшие сутки.

Сведения в графах 6 - 9 Листка выделяются из графы 5:

в графе 6 Листка записывается число пациентов, поступивших в отделение из дневных стационаров;

в графе 7 Листка записывается число поступивших в отделение пациентов, проживающих в сельской местности;

в графе 8 Листка записывается число поступивших в отделение детей в возрасте 0 - 17 лет

включительно;

в графе 9 Листка записывается число поступивших в отделение пациентов старше трудоспособного возраста.

8. В графах 10 - 11 Листка записывается число выписанных из отделения пациентов, включая выписанных в дневные стационары.

9. В графе 12 Листка отражается число умерших пациентов.

10. В графе 13 Листка показываются сведения о числе пациентов, находившихся в отделении на 9 часов утра текущего дня (число находившихся в отделении за прошедшие сутки пациентов по состоянию на начало текущего дня, то есть на день заполнения Листка; число пациентов, показанное в графе 13 предыдущего дня, должно быть переписано в графу 4 текущего дня).

11. В графе 14 Листка показываются сведения о родителях или иных членах семьи (законных представителях), находящихся при больных детях (в общем движении пациентов сведения о родителях или иных членах семьи (законных представителях), находящихся при больных детях, не учитываются).

12. В графах 15 - 16 Листка показываются сведения о числе мужских и женских свободных мест в отделении.

13. На оборотной стороне Листка показываются фамилии, имена, отчества поступивших пациентов, в том числе из дневного стационара, выписанных, в том числе в дневной стационар\* и умерших.

-----  
\* При переводе пациента из дневного стационара в круглосуточный и наоборот, считать его как выписанного и вновь поступившего.

Сведения о движении пациентов на лицевой стороне Листка (графы 5, 6, 10, 12) должны соответствовать списку этих пациентов на оборотной стороне Листка.

14. Заполненные Листки передаются каждый день в кабинет медицинской статистики, где ежедневно составляется учетная форма № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» в целом по медицинской организации.

При подсчете числа койко-дней, для пациентов отделений медицинской организации, в которых оказывается медицинская помощь в стационарных условиях, день поступления и день выписки считается за 1 койко-день.

**ЖУРНАЛ  
ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,  
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,  
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА**

1	номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара
2	фамилия, имя, отчество пациента
3	пол пациента
4	дата рождения (число, месяц, год)
5	дата операции (число, месяц, год)
6	время начала операции
7	время окончания операции и продолжительность операции (час, минуты)
8	диагноз до операции: основной, осложнения основного, сопутствующий с кодами по МКБ.
9	наименование операции и ее код
10	Применялись: высоких медицинских технологии; аппаратура: лазерной, эндоскопической, рентгеновской; первичная, повторная или микрохирургическая операция.
11	наименование лекарственных средств, используемых при премедикации и вид обезболивания
12	описание операции и ее исход
13	в случае летального исхода указывается время (час, минуты)
14	материалы, направленные на морфологическое исследование
15	осложнения, возникшие в ходе операции
16	послеоперационный диагноз с указанием кода по МКБ, осложнения основного заболевания, конкурирующее заболевание, фоновое заболевание, сопутствующие заболевания, с указанием кода по МКБ
17	наименование отделения, в которое транспортирован пациент после операции
18	состав операционных бригады, с указанием специальности врачей, их фамилии, имена, отчества и подписи членов операционной бригады

Приложение № 7  
к приказу  
ООО Фирма «СЭМ»  
от 1.05.21 № 2

Медицинская документация  
Форма № 008/у

Утверждена  
приказом ООО Фирма «СЭМ»  
от 1.05.21 г. № 2

ПОРЯДОК  
ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 008/У «ЖУРНАЛ ЗАПИСИ ОПЕРАТИВНЫХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ  
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ  
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА»

1. В унифицированной учетной форме № 008/у «Журнал записи оперативных вмешательств в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее - Журнал) регистрируются все оперативные вмешательства (далее - операции), произведенные во всех отделениях медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Журнал хранится в операционной медицинской организации. Если в медицинской организации несколько операционных (для чистых, гнойных операций), то в каждой из них ведется отдельный Журнал.

2. Журнал может быть оформлен 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 и (или) на бумажном носителе, подписываемым врачом.

3. На каждую операцию отводится два листа, в которых подробно описывается наименование операции, ее ход, указывается вид обезболивания, отмечаются продолжительность операции, осложнения, исход операции, фамилии оперирующих специалистов.

4. Заполнение данных в Журнале производится врачом путем вписывания соответствующих сведений или подчеркиванием выбранного одного из предложенных в пункте вариантов.

5. В пункте 1 Журнала указывается номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее - Карта).

6. В пункте 2 Журнала указывается фамилия, имя, отчество пациента.

7. В пунктах 3 - 4 Журнала указывается пол пациента и дата рождения (число, месяц, год) на основании сведений, содержащихся в Карте.

8. В пунктах 5 - 7 Журнала указываются дата операции (число, месяц, год), время начала операции, время окончания операции и продолжительность операции (час, минуты).

9. В пункте 8 Журнала указывается диагноз до операции: основное заболевание с указанием кода по МКБ, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания и внешняя причина при травмах (отравлениях) с указанием кода по МКБ.

10. В пункте 9 Журнала указывается наименование операции и ее код.

11. В пункте 10 Журнала указывается с применением или использованием чего произведена операция:

с применением высоких медицинских технологий;

с использованием аппаратуры: лазерной, эндоскопической, рентгеновской;

первичная, повторная или микрохирургическая операция.

12. В пункте 11 Журнала указываются наименование лекарственных средств, используемых при премедикации и вид обезболивания.

13. В пунктах 12 - 13 Журнала указывается описание операции и ее исход, в случае летального исхода указывается время (час, минуты).

14. В пункте 14 Журнала указываются материалы, направленные на морфологическое

исследование.

15. В пункте 15 Журнала указываются осложнения, возникшие в ходе операции.

16. В пункте 16 Журнала указывается послеоперационный диагноз с указанием кода по МКБ, осложнения основного заболевания, конкурирующее заболевание, фоновое заболевание, сопутствующие заболевания, внешняя причина при травмах (отравлениях) с указанием кода по МКБ.

17. В пункте 17 Журнала указывается наименование отделения, в которое транспортирован пациент после операции.

18. В пункте 18 Журнала указывается состав операционных бригады, с указанием специальности врачей, их фамилии, имена, отчества и подписи членов операционной бригады.

19. Журнал, сформированный на бумажном носителе, должен быть пронумерован, прошнурован, подписан руководителем медицинской организации и скреплен печатью.

20. Журнал используется для составления учетных и отчетных форм федерального и отраслевого статистического наблюдения, включающих сведения о проведенных пациентам операциях в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.



полугодие																	
Июль																	
Август																	
Сентябрь																	
Октябрь																	
Ноябрь																	
Декабрь																	
За год																	

Подпись \_\_\_\_\_

**ПОРЯДОК  
ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 016/У «СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА  
ДВИЖЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И КОЕЧНОГО ФОНДА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,  
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,  
В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА»**

1. Учетная форма № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее - Сводная ведомость) составляется врачом-статистиком или медицинским статистиком (при его отсутствии) ежемесячно по каждому отделению и в целом по отделениям медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

2. Сводная ведомость может формироваться в форме электронного документа в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, и (или) на бумажном носителе, подписываемым врачом-статистиком или медицинским статистиком (при его отсутствии).

3. В конце месяца сведения по отделениям или по профилю коек, а также в целом по медицинской организации, показанные в «Листке ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (учетная форма № 007/у, суммируются и по графам 2 - 14 соответственно переносятся в Сводную ведомость.

4. В графе 2 Сводной ведомости показывается число фактически развернутых коек, включая койки, свернутые на ремонт.

5. Из числа коек, показанных в графе 2 Сводной ведомости, в графу 3 выделяется число коек, свернутых на ремонт.

6. В графах 4 - 12 Сводной ведомости показываются сведения о движении пациентов за истекшие период.

При заполнении сведений о движении пациентов в графе 4 (состояло пациентов) показывается общее число пациентов, находящихся в отделении на начало отчетного периода.

В графе 5 Сводной ведомости указывается общее число поступивших в отделение пациентов за истекший период.

Сведения в графах 6 - 9 Сводной ведомости выделяются из графы 5:

в графе 6 Сводной ведомости показывается число пациентов, поступивших из дневных стационаров;

в графе 7 Сводной ведомости показывается число поступивших пациентов, проживающих в сельской местности;

в графе 8 Сводной ведомости показывается число поступивших детей в возрасте 0 - 17 лет включительно;

в графе 9 Сводной ведомости показывается число поступивших пациентов старше трудоспособного возраста.

В графах 10 - 11 Сводной ведомости показывается число выписанных из отделения пациентов, из них переведенных в дневные стационары.

В графе 12 Сводной ведомости показывается число умерших пациентов.

7. В графе 13 Сводной ведомости показываются сведения о числе пациентов, состоящих в



отделении на начало дня после окончания отчетного периода. Число пациентов, показанное в графе 13 отчетного периода, должно быть переписано в графу 4 следующего отчетного периода.

8. В графах 14 - 15 Сводной ведомости показываются сведения о числе проведенных койко-дней по уходу и койко-дней закрытия на ремонт.

Число койко-дней по уходу (графа 14) получается путем суммирования чисел графы 14 Листка.

Число койко-дней закрытия на ремонт (графа 15 Сводной ведомости) получается путем суммирования чисел графы 3 Листка.

9. В графе 16 Сводной ведомости по месяцам показывается число среднемесячных, а за год - число среднегодовых коек.

Для определения среднемесячного числа коек подсчитываются за месяц данные графы 2 Листка и полученная сумма делится на число календарных дней месяца. Для определения числа среднегодовых коек складываются записи в графе 16 Сводной ведомости и полученная сумма делится на 12.

10. В графе 17 Сводной ведомости показывается число койко-дней, проведенных пациентами за отчетный период.

Число койко-дней, проведенных пациентами (графа 17) получается путем суммирования чисел пациентов, состоящих на 9 часов утра ежедневно за все дни месяца (графа 13 Листка).

11. Сводная ведомость отражает изменения коечного фонда и движение пациентов.

Кроме того, Сводная ведомость обеспечивает возможность регулировать использование коечного фонда, развертывание коек в отделениях и по отделениям в целом (по месяцам, кварталам, полугодиям).

12. Данные Сводной ведомости характеризуют мощность медицинской организации, ее структуру и позволяют рассчитать следующие показатели: использование коечного фонда, средняя длительность пребывания пациента в стационарных условиях, средняя занятость койки, оборот койки, летальность (как по отделениям, так и в целом по медицинской организации).

13. В графе 17 Сводной ведомости показывается общее число койко-дней, проведенных пациентами в стационаре, которое используется при расчете таких показателей, как средняя занятость койки, средняя длительность пребывания пациента на койке, оборот койки.

14. После заполнения Сводной ведомости за отчетный период (месяц, год) необходимо проверить движение пациентов по отделению и в целом по всем отделениям, в которых оказывается медицинская помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Для этого берется число состоявших пациентов на начало отчетного периода (месяца, года) - графа 4 - прибавляется число поступивших пациентов (графа 5) за минусом выписанных пациентов (графа 10), числа умерших (графа 12) то есть графы  $4 + 5 - 10 - 12 =$  графе 13.

15. Данные Сводной ведомости служат для заполнения таблицы 3100 "Коечный фонд и его использование" раздела III "Деятельность стационара" отчетной формы федерального статистического наблюдения № 30 "Сведения о медицинской организации".

Приложение № 11  
к приказу  
ООО Фирма «СЭМ»  
от 1.09.21 № 2

Медицинская документация  
Форма 066/у  
Утверждена  
приказом ООО Фирма «СЭМ»  
от 01.09.21 № 2

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА  
ВЫБЫВШЕГО ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ,  
ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ,  
В ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРАХ

№ медицинской карты \_\_\_\_\_

1. Код пациента: \_\_\_\_\_ 2. Ф.И.О: \_\_\_\_\_
3. Пол: муж. - 1; жен. - 2 4. Дата рождения \_ \_ . \_ . \_ \_ \_ \_
5. Документ, удостов. личность: название, серия, номер \_\_\_\_\_
6. Адрес: регистрация по месту жительства \_\_\_\_\_
7. Код территории проживания: \_ \_ \_ Житель: город - 1; село - 2.
8. Страховой полис (серия, номер): \_\_\_\_\_
- Выдан: кем \_\_\_\_\_ Код терр.: \_ \_ \_
9. Вид оплаты: ОМС - 1; Бюджет - 2; Платные услуги - 3; в т.ч. ДМС - 4; Другое - 5.
10. Социальный статус: дошкольник - 1; организован - 2; неорганизован - 3; учащийся - 4; работает - 5; не работает - 6; БОМЖ - 7; пенсионер - 8; военнослужащий - 9; Код \_ \_ \_; Член семьи военнослужащего - 10.
11. Категория льготности: инвалид ВОВ - 1; участник ВОВ - 2; воин-интернационалист - 3; лицо, подвергшееся радиационному облучению, - 4; в т.ч. в Чернобыле - 5; инв. I гр. - 6; инв. II гр. - 7; инв. III гр. - 8; ребенок-инвалид - 9; инвалид с детства - 10; прочие - 11.
12. Кем направлен \_\_\_\_\_ N напр. \_\_\_\_\_ Дата: \_ \_ . \_ . \_ \_ \_ \_
13. Кем доставлен \_\_\_\_\_ Код \_ \_ Номер наряда \_\_\_\_\_
14. Диагноз направившего учреждения \_\_\_\_\_
15. Диагноз приемного отделения \_\_\_\_\_
16. Доставлен в состоянии опьянения: <\*\*\*> Алкогольного - 1; Наркотического - 2.
17. Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году:  
первично - 1; повторно - 2; по экстренным показаниям - 3; в плановом порядке - 4.
18. Доставлен в стационар от начала заболевания (получения травмы):  
в первые 6 часов - 1; в теч. 7 - 24 часов - 2; позднее 24-х часов - 3.
19. Травма: - производственная: промышленная - 1; транспортная - 2, в т.ч. ДТП - 3; с/хоз - 4; прочие - 5;  
- непроизводственная: бытовая - 6; уличная - 7; транспортная - 8, в т.ч. ДТП - 9; школьная - 10; спортивная - 11; противоправная травма - 12; прочие - 13.
20. Дата поступления в приемное отделение: \_ \_ . \_ . \_ \_ \_ \_ Время \_ \_ . \_ \_

21. Название отделения \_\_\_\_\_ Дата поступления \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_.  
 Подпись врача приемного отделения \_\_\_\_\_ Код \_ \_

22. Дата выписки (смерти) (число, месяц, год, время) \_ \_ \_ \_ \_

23. Продолжительность госпитализации (число койко-дней) \_\_\_\_\_

24. Исход заболевания: выздоровление - 1; улучшение - 2; без перемен - 3; ухудшение - 4; здоров - 5; умер - 6.

25. В случае смерти указать дату, месяц, год и время \_\_\_\_\_

26. Сведения о выдаче листка нетрудоспособности \_\_\_\_\_

27. Листок нетрудоспособности: открыт \_ . \_ . \_ \_ \_ \_  
 закрыт: \_ . \_ . \_ \_ \_ \_

27.1. По уходу за больным \_\_\_\_\_ Полных лет: \_ \_ Пол: муж. 1 жен. 2  
 -----

28. Обследован: RW 1  AIDS 2  Гепатит

29. Движение пациента по отделениям:

N	Код отделения	Профиль коек	Код врача	Дата поступления	Дата выписки, перевода <3>	Код диагноза по МКБ	Код медицинского стандарта <1>	Код прерванного случая <2>	Вид оплаты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									

30. Хирургические операции (обозначить: основную операцию, использование спец. аппаратуры):

Дата, час	Код хирурга	Код отделения	Операция		Осложнение		Анестезия <*>	Использ. спец. аппаратуры			Вид оплаты
			наименование	код	наименование	код		энд.	лазер	криог.	
1	2	3	5	6	7	8	9	10	11	12	13

<\*> Анестезия: общая - 1, местная - 2.

31. Диагноз стационара (при выписке):

Клинический	Основное	Код МКБ	Осложнение	Код МКБ	Сопутствующие	Код МКБ

заключительный	заболевание				заболевания	
Патолого-анатомический						

32. Дата установления диагноза \_\_\_\_\_

33. В случае смерти указать:

дату смерти (число, месяц, год, время) \_\_\_\_\_

основная причина смерти \_\_\_\_\_

код по МКБ \_\_\_\_\_

34. Дефекты догоспитального этапа:

несвоевременность госпитализации - 1;

недостаточный объем клинико-диагностического обследования - 2;

неправильная тактика лечения - 3;

несовпадение диагноза - 4.

Подпись лечащего врача \_\_\_\_\_

Подпись заведующего отделением \_\_\_\_\_

ПОРЯДОК  
ЗАПОЛНЕНИЯ УЧЕТНОЙ ФОРМЫ № 066/У «СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА  
ВЫБЫВШЕГО ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ  
МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ  
ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА»

1. Учетная форма № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее - Карта) является статистическим унифицированным медицинским учетным документом, содержащим сведения о выбывшем пациенте, получившем медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Карта заполняется на всех пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара во время пребывания в медицинской организации.

Карта представляет собой краткую выдержку из учетной формы № 003/у «"Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» и в полной мере отражает результаты лечения пациента.

2. Карта может формироваться в форме электронного документа в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов и (или) на бумажном носителе.

3. Номер Карты должен соответствовать номеру Медицинской карты.

4. Сведения для заполнения пунктов с 1 по 21 Карты берутся из Медицинской карты и заполняются в приемном отделении медицинской организации.

5. В пунктах 22 - 30 Карты, заполняемых лечащим врачом при выписке пациента, указываются дата выписки из медицинской организации (число, месяц, год, время), продолжительность госпитализации (число койко-дней), исход заболевания, в случае смерти пациента - дата смерти (число, месяц, год, время), сведения о выдаче листка нетрудоспособности, об обследовании пациента на ВИЧ, сифилис, гепатиты В и С, о движении пациента по отделениям медицинской организации, о хирургических операциях с указанием операции и использовании специальной аппаратуры, заключительный клинический диагноз (дата установления диагноза, основное заболевание с указанием кода по МКБ <2>, осложнения основного заболевания, конкурирующее заболевание, фоновое заболевание, сопутствующие заболевания, внешняя причина при травмах (отравлениях) с указанием кода по МКБ).

6. В пункте 31 Карты, заполняемом в патологоанатомическом отделении, указывается патологоанатомический диагноз (основное заболевание с указанием кода по МКБ, осложнения основного заболевания, конкурирующее заболевание, фоновое заболевание, сопутствующие заболевания, внешняя причина при травмах (отравлениях) с указанием кода по МКБ).

7. В пункте 33 Карты, заполняемых лечащим врачом в случае смерти пациента, независимо от того, было ли произведено патологоанатомическое вскрытие или нет, указываются причины смерти с указанием промежутков времени и кодов по МКБ для медицинского свидетельства о смерти.

8. В пункте 34 Карты указываются дефекты догоспитального этапа.

9. Контроль за правильностью заполнения пунктов Карты осуществляет заведующий отделением.

10. Врач кабинета медицинской статистики (или лицо, на которое возложена функция контроля кодирования диагнозов и выбора основного состояния) проверяет правильность заполнения Карты (при необходимости исправляет коды МКБ или возвращает Карту врачу в случаях неправильного оформления).

11. Карта хранится в отделении (кабинете) медицинской статистики медицинской организации в течение одного года после окончания отчетного периода.

12. Информация, содержащаяся в Карте, должна соответствовать информации Медицинской карты.

13. На основании сведений, входящих в Карту, формируются основные отчетные формы федерального статистического наблюдения: № 30 «Сведения о медицинской организации»; № 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» и др.

Приложение № 13  
к приказу  
ООО Фирма «СЭМ»  
от 10.09.21 № 2

Медицинская  
документация форма 051/у  
Утверждена  
приказом ООО Фирма «СЭМ»  
от 01.09.21 № 2

КАРТА

больного, подвергающегося лучевой терапии

№ медицинской карты стационарного больного (клинич., поликлинич.) \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_

Адрес больного \_\_\_\_\_

Дата поступления \_\_\_\_\_ Дата начала лучевого облучения \_\_\_\_\_

Диагноз заболевания \_\_\_\_\_

Анамнез заболевания \_\_\_\_\_

Предшествующее лечение \_\_\_\_\_

Лечился ли ранее методом лучевой терапии: да, нет (подчеркнуть)

Когда \_\_\_\_\_ где \_\_\_\_\_ Метод лечения \_\_\_\_\_

Очаговые дозы \_\_\_\_\_

Местный статус: \_\_\_\_\_

Данные лабораторных исследований \_\_\_\_\_

ПЛАН ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

№ п/п	Дата	Название		Энергия излучения	Число сеансов	Очаговые дозы		Подпись врача-ради отерапевта
		метода лучевого лечения	аппарата			однократна я	суммарная	

Текущие наблюдения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Результаты лечения: \_\_\_\_\_

Результат исследования: ИГХ, ЦО, Г/А \_\_\_\_\_

Укладка: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Особые отметки: \_\_\_\_\_

дата	№ FR	Количество отличенных полей	РОД	СОД	ФИО рентген-лаборанта
...					



Лист укладки пациента (голова-шея)

Дата: \_\_\_\_\_ ID : \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_  
Фамилия Имя Отчество

Вес: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Амб. карта №: \_\_\_\_\_ История болезни №: \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Диагноз \_\_\_\_\_

Рентгенлаборант \_\_\_\_\_

Анатомическая область: Головной мозг/органы шеи/малый таз

Фиксация – Термопластичная маска

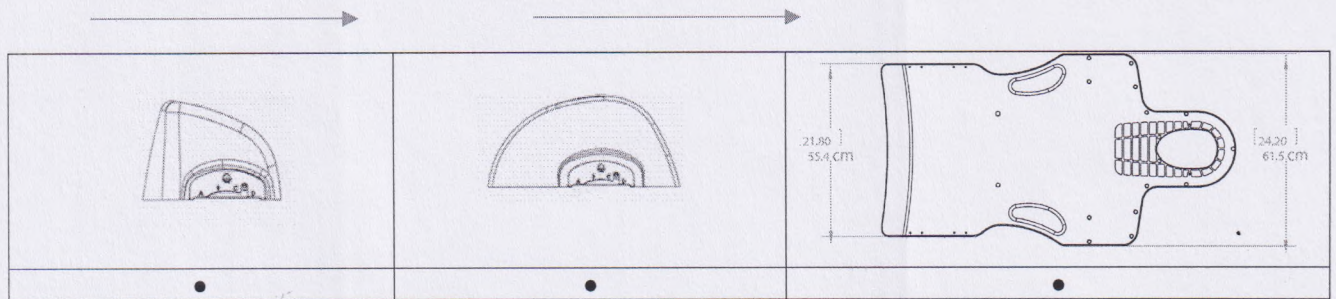
Высота стола: \_\_\_\_\_ мм

Координаты лазера: X \_\_\_\_\_ мм ; Z \_\_\_\_\_ мм

Валик: нет  есть: большой  маленький

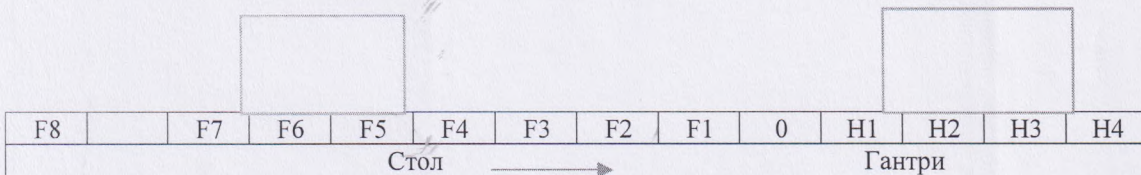
Блок для стоп			
A	B	C	D

Клин коленный			
A	B	C	D



Размер подголовника

Угол наклона подголовника



Лист укладки пациента (молочная железа)

Дата: \_\_\_\_\_ ID : \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Вес: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Амб. карта №: \_\_\_\_\_ История болезни №: \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Диагноз \_\_\_\_\_

Рентгенлаборант \_\_\_\_\_

Анатомическая область: Молочная железа

Фиксация – Breast Board

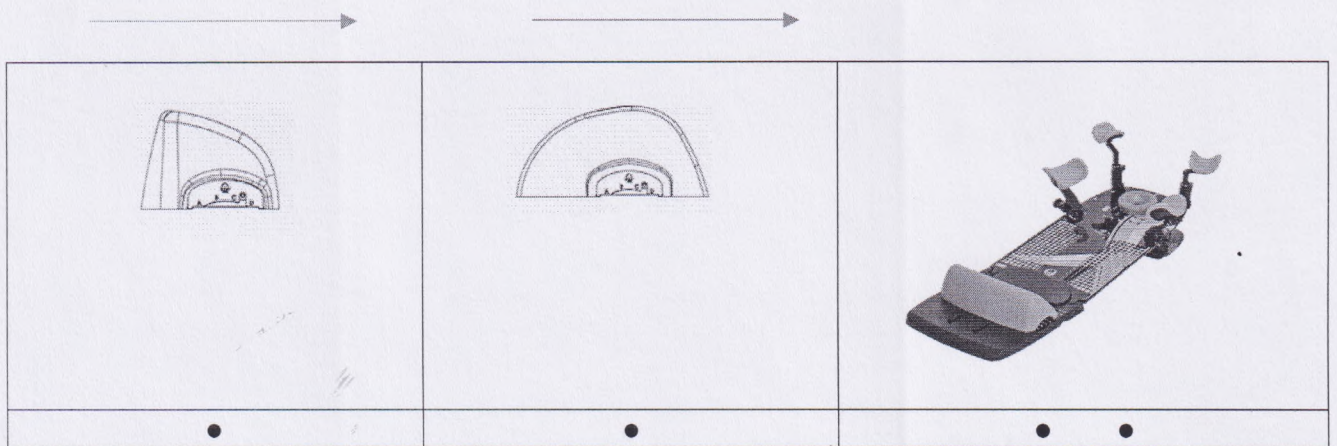
Высота стола: \_\_\_\_\_ мм

Координаты лазера: X \_\_\_\_\_ мм ; Z \_\_\_\_\_ мм

Валик: нет  есть: большой  маленький

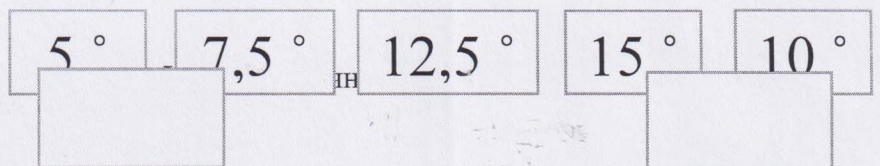
Блок для стоп			
A	B	C	D

Клин коленный			
A	B	C	D



Угол наклона деки \_\_\_\_\_

Бублик под головой \_\_\_\_\_



Положение фиксирующих планок на лечебном столе

F8		F7	F6	F5	F4	F3	F2	F1	0	H1	H2	H3	H4
Стол										Гантри			

Упоры локтевые:

Левый - X  Y

Угол -

Высота - A  B  30 15 0 -15 -30

-15 -30

Правый - X  Y

Угол -

30 15 0

Упоры запястные:

A  B  C  D  E  F

W - 0  45  90  135  180  225  270  315

Линейка под Breast Board (кресты) \_\_\_\_\_ см C

A B C

Высота -

Лист укладки (шатл матрас грудная клетка)

Дата: \_\_\_\_\_ ID : \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_

Фамилия Имя Отчество

Вес: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Амб. карта №: \_\_\_\_\_ История болезни №: \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Фиксация – arm shuttle

Рентгенлаборант \_\_\_\_\_

Диагноз \_\_\_\_\_

Анатомическая область: Грудная клетка

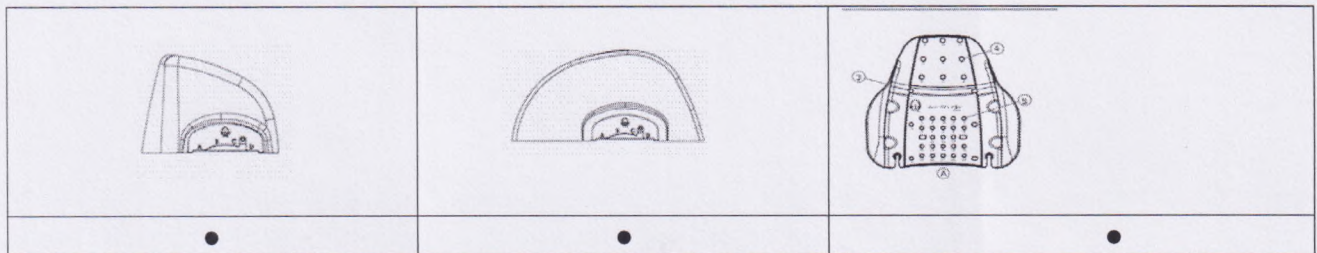
Высота стола: \_\_\_\_\_ мм

Координаты лазера: X \_\_\_\_\_ мм ; Z \_\_\_\_\_ мм

Валик: нет  есть: большой  маленький

Блок для стоп			
A	B	C	D

Клин коленный			
A	B	C	D



Бублик под головой

Упоры для рук:

Индивидуальный М \_\_\_\_\_ / нет

Положение фиксирующих планок на \_\_\_\_\_

лечебном столе

F8		F7	F6	F5	F4	F3	F2	F1	0	H1	H2	H3	H4
----	--	----	----	----	----	----	----	----	---	----	----	----	----

Стол

Гантри

Критерии оценки качества медицинской помощи в амбулаторных условиях и  
условиях дневного стационара

Ведение медицинской документации - **медицинской карты стационарного больного (далее - стационарная карта):**

заполнение всех разделов, предусмотренных стационарной картой;

а) наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, оформленного в соответствии с Правилами получения информированного согласия (отказа) на проведение инвазивных, лечебных и диагностических процедур, утвержденных приказом ООО Фирма «СЭМ» от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_;

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи в приемном отделении дневного стационара медицинской организации:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в стационарной карте;

в) установление предварительного диагноза врачом дневного стационара не позднее 2 часов с момента поступления пациента в медицинскую организацию;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента, лабораторных и инструментальных методов исследования (при наличии);

е) назначение лекарственных препаратов с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) указание в плане лечения метода (объема) хирургического вмешательства при заболевании (состоянии) и наличии медицинских показаний, требующих хирургических методов лечения и (или) диагностики;

з) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных и инструментальных методов обследования,

результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций:

установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации;

установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение;

и) внесение в стационарную карту в случае особенностей течения заболевания, требующих дополнительных сложных и длительно проводимых методов исследований, соответствующей записи, заверенной подписью заведующего профильным отделением (дневным стационаром):

принятие решения о необходимости проведения дополнительных исследований вне данной медицинской организации врачебной комиссией медицинской организации с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

принятие при затруднении установления клинического диагноза и (или) выбора метода лечения решения консилиумом врачей с оформлением протокола и внесением в стационарную карту;

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в стационарной карте, подписанного лечащим врачом и заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

к) проведение в обязательном порядке осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) в течение 48 часов (рабочие дни) с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации, далее по необходимости, но не реже 1 раза в неделю, с внесением в стационарную карту соответствующей записи, подписанной заведующим профильным отделением (дневным стационаром);

л) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения:

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) после установления клинического диагноза;

проведение коррекции плана обследования и плана лечения по результатам осмотра лечащего врача профильного отделения (дневного стационара), осмотра заведующим профильным отделением (дневным стационаром) при изменении степени тяжести состояния пациента;

м) назначение лекарственных препаратов, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского

применения и перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, врачебной комиссией медицинской организации, с оформлением решения протоколом с внесением в стационарную карту;

осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другое профильное отделение внутри медицинской организации с принятием решения о переводе заведующими соответствующими структурными подразделениями (из которого переводится пациент и в которое переводится пациент) с внесением соответствующей записи в стационарную карту;

н) осуществление при наличии медицинских показаний перевода пациента в другую медицинскую организацию, имеющую оборудование в соответствии со стандартом оснащения и кадры в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, утвержденными соответствующими порядками оказания медицинской помощи по профилям или группам заболеваний, с принятием решения о переводе врачебной комиссией медицинской организации, из которой переводится пациент (с оформлением протокола и внесением в стационарную карту), и согласованием с руководителем медицинской организации, в которую переводится пациент;

о) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;

с) оформление по результатам лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара выписки из стационарной карты с указанием клинического диагноза, данных обследования, результатов проведенного лечения и рекомендаций по дальнейшему лечению, обследованию и наблюдению, подписанной лечащим врачом, заведующим профильным отделением (дневным стационаром) и заверенной печатью медицинской организации, на которой идентифицируется полное наименование медицинской организации в соответствии с учредительными документами, выданной на руки пациенту (его законному представителю) в день выписки из медицинской организации.

**Ведение медицинской документации - медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (далее - амбулаторная карта):**

заполнение всех разделов, предусмотренных амбулаторной картой;

а) наличие информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, оформленного в соответствие с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1177н «Об утверждении порядка дачи информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство...»

б) первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи:

оформление результатов первичного осмотра, включая данные анамнеза заболевания, записью в амбулаторной карте;

в) установление предварительного диагноза лечащим врачом в ходе первичного приема пациента;

г) формирование плана обследования пациента при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза;

д) формирование плана лечения при первичном осмотре с учетом предварительного диагноза, клинических проявлений заболевания, тяжести заболевания или состояния пациента;

е) назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний;

ж) установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):

оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;

установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;

проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации;

з) внесение соответствующей записи в амбулаторную карту при наличии заболевания (состояния), требующего оказания медицинской помощи в стационарных условиях, с указанием перечня рекомендуемых лабораторных и инструментальных методов исследований, а также оформление направления с указанием клинического диагноза при необходимости оказания медицинской помощи в стационарных условиях в плановой форме;

и) проведение коррекции плана обследования и плана лечения с учетом клинического диагноза, состояния пациента, особенностей течения заболевания, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений заболевания и результатов проводимого лечения на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций;

к) назначение и выписывание лекарственных препаратов в соответствии с установленным порядком согласно приказу Минздрава России от 14.01.2019г. № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения».



оформление протокола решения врачебной комиссии медицинской организации;

внесение записи в амбулаторную карту при назначении лекарственных препаратов для медицинского применения и применении медицинских изделий по решению врачебной комиссии медицинской организации;

л) проведение экспертизы временной нетрудоспособности в установленном порядке;