ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ

**Методические рекомендации для студентов**

**6 курса лечебного факультета**

**по написанию**

**Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях**

Оренбург, 2019

Схема медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

1. Титульный лист
2. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов
3. Прививочный лист
4. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство
5. Согласие на обработку персональных данных
6. Заявление на прикрепление к медицинской организации
7. Запись хирурга об осмотре больного (первичны осмотр)
8. Информированное добровольное согласие пациента на проведение операции
9. Протокол операции
10. Направление в страховой стол на выдачу листка нетрудоспособности
11. Результаты обследования (лабораторные, инструментальные)
12. Запись хирурга об осмотре больного (продление, закрытие л/н)
13. Направление в страховой стол на законченный случай ВН
14. Талон амбулаторного пациента
15. Листок нетрудоспособности
16. Титульный лист

На титульном листе оформляются паспортные данные больного:

1. Страховая медицинская организация: *прим. «Оренбург-РОСНО-МС»*
2. Номер страхового полиса ОМС: *прим. 1234567891011121*
3. Код льготы (если имеется)
4. СНИЛС: *прим. 123-456-789-00*
5. Фамилия: *Иванов*
6. Имя: *Иван*
7. Отчество: *Иванович*
8. Пол: *М*
9. Дата рождения: *01.01.1970*
10. Адрес постоянного места жительства: *Оренбургская область, г.Оренбург, ул. Гагарина, д.47, кв56*
11. Адрес регистрации по месту пребывания: *Оренбургская область, г.Новотроицк, ул. Зеленая, д.15, кв.34.*
12. Телефон: *89058475567*
13. Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение (если имеется)
14. Инвалидность (группа, если имеется)
15. Место работы: *ОАО «Пятерочка»* должность: *грузчик*
16. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов

В листе отражаются все уточненные диагнозы. Впервые установленный диагноз записывается со знаком «плюс» (+). Заболевания, которые были обнаружены у больного в предшествующие годы вне зависимости от места обращения или в отчетном году другим поликлиническим учреждением, регистрируются со знаком «минус» (-).

Пример:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата (число, месяц, год) | Заключительные (уточненные) диагнозы | Установленные впервые или нет | Врач |
| *01.03.2018* | *Абсцедирующий фурункул правого бедра* | *(+)* | *Петров* |

1. Прививочный лист

В прививочном листе указываются все прививки, которые были сделаны пациенту, с указанием даты, дозировки и вида вакцины

Пример:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | V | V | RV | RV | RV | RV |
| Дифтерия | *АДС-М 0,5мл*  *V-2000г* | *АДС-М 0,5мл*  *V-2010г* |  |  |  |  |
| Столбняк | *АДС-М 0,5мл*  *V-2000г* | *АДС-М 0,5мл*  *V-2010г* |  |  |  |  |
| Корь |  |  |  |  |  |  |
| Краснуха |  |  |  |  |  |  |
| Гепатит В |  |  |  |  |  |  |
| Грипп |  |  |  |  |  |  |

1. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Указывается ФИО пациента, адрес его проживания, наименование медицинской организации, ФИО и должность мед.работника, ФИО и телефон человека, которому пациент доверяет свои данные, подпись гражданина, подпись мед.работника, дата оформления.

1. Согласие на обработку персональных данных

Указывается ФИО пациента, данные паспорта, дата, подпись

1. Заявление на прикрепление к медицинской организации

Оформляется паспортная часть с указанием ФИО пационта, пола, даты рождения, данные паспорта, адрес прописки и проживания, контактного телефона, номера полиса ОМС, СНИЛС, а конце дата и подпись.

1. Запись хирурга об осмотре больного
2. Дата осмотра
3. Жалобы пациента
4. Анамнез заболевания
5. Объективные данные
6. Status localis
7. Диагноз ( по клинической классификации)
8. План обследования (согласно стандарту)
9. Лечение (с отражением дозировок препаратов)
10. Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН): л/н № 123456789 открыт (даты), подпись
11. Информированное добровольное согласие пациента на проведение операции

Указывается ФИО больного, название хирургического вмешательства, подпись пациента, фамилия врача, его подпись, дата.

1. Протокол операции

Протокол операции №\_\_

Название операции

Дата;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач-хирург\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Начало\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ассистент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Конец\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О/с:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анестезиолог\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Под (*способ анестезии)* в асептических условиях произведен разрез кожи, подкожной клетчатки длиной\_\_\_\_см над (*под, рядом, выше, ниже, т.е. указать расположение разреза).*Выявлен (*обнаружено)* патологический очаг (*пораженный орган, т.е. описываем то, ради чего производим оперативное вмешательство).*Тупо (*остро, с помощью гидропрепаровки)* выделен орган. Последний удален (*взят на зажимах, прошит, перевязан у основания, отсечен, в просвет введен зонд).* Проба на гемостаз – кровотечения нет. Рана послойно ушита наглухо (*до дренажей, дополнительная контрапертура, предварительно санирована, дренирована).* Асептическая повязка. (*эластическая компрессия, иммобилизация).*

**Маеропрепарат:** удален орган (*ткань),* размерами\_\_\_см, с капсулой (*без)*, *указать характер патологических изменений органа.*

**Диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Операция прошла без осложнений, больной на каталке доставлен в палату.

Пульс\_\_\_\_\_, АД\_\_\_\_\_.

**Назначения:**

1. Холод на рану
2. При болях\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Направление в страховой стол на выдачу листка нетрудоспособности (л/н)

Указывается ФИО пациента, домашний адрес, дата открытия л/н (день обращения или медицинского освидетельствования) и дата последующей явки, диагноз, фамилия врача, дата, подпись и печать.

Пример:

ФИО: *Иванов Иван Иванович*

Дом.адрес: *Гагарина, д.47, кв56*

С *1.03.2018* по *4.03.2018*

**Диагноз: *Абсцедирующий фурункул правого бедра*

Фамилия врача: *Петров*

Дата: *1.03.2018*

1. Результаты обследования (лабораторные, инструментальные)

Отражаются результаты обследования согласно стандартам оказания медицинской помощи. Сначала лабораторные, затем инструментальные.

1. Запись хирурга об осмотре больного (продление, закрытие л/н)
2. Дата осмотра
3. Жалобы пациента
4. Объективные данные
5. Statuslocalis (отразить динамику)
6. Диагноз ( по клинической классификации) (*улучшение/выздоровление)*
7. Назначения (с отражением дозировок препаратов)
8. ЭВН: л/н № 123456789 продлен до (дата), подпись.(закрыт *число .*К труду *число*, подпись)
9. Направление в страховой стол на законченный случай временной нетрудоспособности (ВН)

ФИО: *Иванов Иван Иванович*

Дата рождения: *1.01.1970*

Дом.адрес: *Гагарина, д.47, кв56*

Заключительный диагноз: *Абсцедирующий фурункул правого бедра*

**Общее число дней ВН: *10*

Дата: *10.03.2018*

Подпись и печать врача: *Петров*

1. Талон амбулаторного пациента
2. Листок нетрудоспособности

Приложение 1.

Для правильного формирования страниц приложение целесообразно распечатать с двух сторон.

Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код организации по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Медицинская документация

Учетная форма N 025/у

Адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. N 834н

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА**

**ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

**В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ N \_\_\_\_\_**

1. Дата заполнения медицинской карты: число \_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число \_\_\_ месяц \_\_\_ год \_\_\_

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

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

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

6. Местность: городская - 1, сельская - 2.

7. Полис ОМС: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Код категории льготы \_\_\_\_ 11. Документ \_\_\_\_\_\_\_\_: серия \_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

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

**Сведения о госпитализациях**

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

**Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата проведения | Название оперативного вмешательства | Врач |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

13. Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке - 1, не состоит

в браке - 2, неизвестно - 3.

14. Образование: профессиональное: высшее - 1, среднее - 2; общее: среднее

- 3, основное - 4, начальное - 5; неизвестно - 6.

15. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней

службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие -

6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

17. Место работы, должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

18. Изменение места работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

19. Изменение места регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

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

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

**Прививочный лист**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | V | V | RV | RV | RV | RV |
| Дифтерия |  |  |  |  |  |  |
| Столбняк |  |  |  |  |  |  |
| Корь |  |  |  |  |  |  |
| Краснуха |  |  |  |  |  |  |
| Гепатит В |  |  |  |  |  |  |
| Грипп |  |  |  |  |  |  |

Приложение № 2

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 20.12.2012 № 1177н

Форма

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств,**

**включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств,**

**на которые граждане дают информированное добровольное согласие**

**при выборе врача и медицинской организации для получения**

**первичной медико-санитарной помощи**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. гражданина)

“ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ” г. рождения, зарегистрированный по адресу:

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

(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

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

(полное наименование медицинской организации)

**Согласие на обработку персональных данных**

Я, нижеподписавшийся\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ФИО)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_данные паспорта (или иного документа, удостоверяющего личность)*

в соответствии с требованиями ст. 9 ФЗ от 27.07.2006г. № 152-ФЗ "О персональных данных" подтверждаю свое согласие на обработку персональных данных в ГБУЗ "ПСБ №1" г. Оренбурга.

включая все действия (операции) с моими персональными данными, включая

сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, распространение (в том числе передачу), обезличивание, блокирование,уничтожение)

следующих моих персональных данных: Ф.И.О., дата рождения, пол, адрес проживания, паспортные данные, гражданство занимаемая должность, профессия, домашний телефон, инвалидность, номер пенсионного свидетельства, номер страхового медицинского полиса, диагноз, коды заболеваемости, цель, вид и место посещения, период нахождения на лечении, количество обращений за медицинской помощью, исход лечения, периоды выдачи листков нетрудоспособности , вид оказываемой медицинской помощи и другие сведения составляющие врачебную тайну обрабатываемые с целью установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг в том числе, с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Медицинским работником\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446). Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) .

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

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

“ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” г.

(дата оформления)

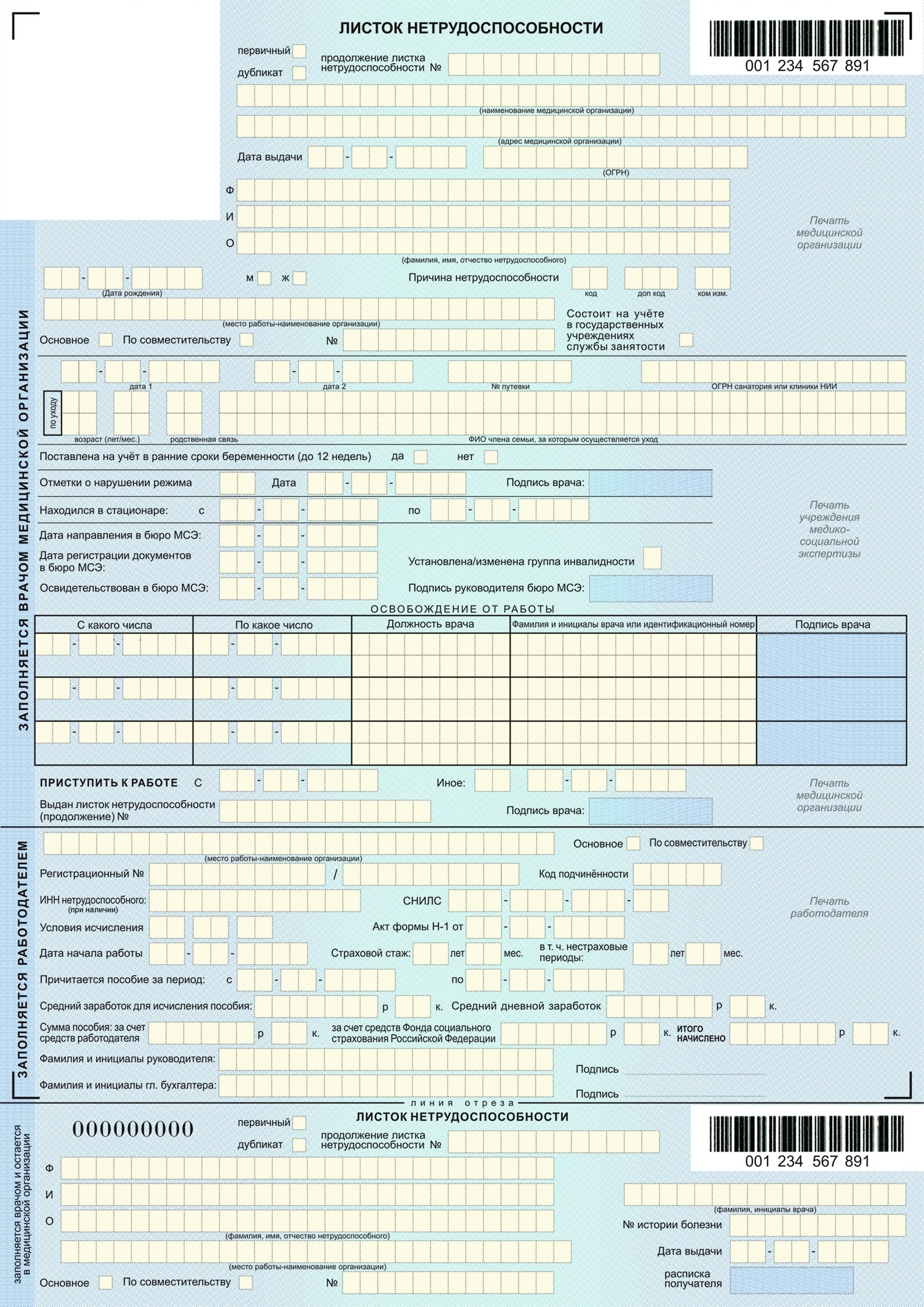
Оператор вправе во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (ДМС) на обмен (прием, передачу) моими персональными данными со СМО, ТФ ОМС, Минздравом Оренбургской области, ФСС.

в течение *ликвидация учреждения как юридического лица, либо при окончании действия нормативно-правовых актов, требующих ведения баз данных.*

Настоящее согласие может быть отозвано мной в письменной форме, путем направления письменного сообщения об указанном отзыве в произвольной форме, если иное не установлено законодательством Российской Федерации.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись) (ФИО)**





Приложение № 3   
УТВЕРЖДЕНО  
Приказом ФМБА России от 30.03.2007 № 88

**Информированное добровольное согласие на оперативное вмешательство,  
в т.ч. переливание крови и ее компонентов**

Я

(фамилия, имя, отчество – полностью)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | года рождения, проживающий(ая) по адресу: |  |

находясь на лечении (обследовании,) в отделении

(название отделения, номер палаты)

Добровольно даю свое согласие на проведение мне (представляемому) операции:

(название медицинского вмешательства)

и прошу персонал медицинского учреждения о ее проведении.

Подтверждаю, что я ознакомлен (ознакомлена) с характером предстоящей мне (представляемому) операции. Мне разъяснены, и я понимаю особенности и ход предстоящего оперативного лечения.

- Мне разъяснено, и я осознаю, что во время операции могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае я согласен (согласна) на то, что ход операции может быть изменен врачами по их усмотрению.

- Я предупрежден (предупреждена) о факторах риска и понимаю, что проведение операции сопряжено с риском потери крови, возможностью инфекционных осложнений, нарушений со стороны сердечно-сосудистой и других систем жизнедеятельности организма, непреднамеренного причинения вреда здоровью и даже неблагоприятного исхода.

- Я предупрежден (предупреждена), что в ряде случаев могут потребоваться повторные операции, в т.ч. в связи с возможными послеоперационными осложнениями или с особенностями течения заболевания, и даю свое согласие на это.

**ТАЛОН ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ**

**В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, N \_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Дата открытия талона: число \_\_\_\_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. Код категории льготы \_\_\_\_ 3. Действует до \_\_\_\_\_  4. Страховой полис ОМС: серия \_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 5. СМО \_\_\_\_\_\_\_ 6. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  7. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 8. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 9. Отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10. Пол: муж - 1, жен – 2,11. Дата рождения: число \_\_\_\_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  11.1. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  12. Место регистрации: субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_\_\_\_город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_  13. Местность: городская - 1, сельская - 2  14. Занятость: работает - 1, проходит военную службу или приравненную к ней службу - 2; пенсионер(ка) - 3, студент(ка) - 4, не работает - 5, прочие - 6  15. Место работы, должность (для детей: дошкольник: организован, неорганизован; школьник) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  16. Инвалидность: установлена впервые - 1, повторно - 2 17. Группа инвалидности: I - 1, II - 2, III - 3 18. Инвалид с детства: да - 1, нет - 2  19. Оказываемая медицинская помощь: первичная доврачебная медико-санитарная помощь - 1, первичная врачебная медико-санитарная помощь - 2, первичная специализированная медико-санитарная помощь - 3, паллиативная медицинская помощь - 4  20. Место обращения (посещения): поликлиника - 1, на дому - 2, центр здоровья - 3, иные медицинские организации - 4, мобильная медицинская бригада - 5  21. Посещения: по заболеваниям (коды A00 - T98) - 1, из них: в неотложной форме - 1.1; активное посещение - 1.2; диспансерное наблюдение - 1.3; с профилактической и иными целями (коды Z00 - Z99) - 2: медицинский осмотр - 2.1; диспансеризация - 2.2; комплексное обследование - 2.3; паллиативная медицинская помощь - 2.4; патронаж - 2.5; другие обстоятельства - 2.6  22. Обращение (цель): по заболеванию (коды A00 - T98) - 1, с профилактической целью (коды Z00 - Z99) - 2  23. Обращение (законченный случай лечения): да - 1; нет - 2 24. Обращение: первичное - 1, повторное - 2  25. Результат обращения: выздоровление - 1, без изменения - 2, улучшение - 3, ухудшение - 4, летальный исход - 5, дано направление: на госпитализацию - 6, из них: по экстренным показаниям - 7, в дневной стационар - 8, на обследование - 9, на консультацию - 10, на санаторно-курортное лечение - 11, на медицинскую реабилитацию - 12;  отказ от прохождения медицинских обследований при диспансеризации или медицинском осмотре - 13  26. Оплата за счет: ОМС - 1; бюджета - 2; личных средств - 3; ДМС - 4; иных источников, разрешенных законодательством - 5 | | | | | | | | | |
|  | 27. Даты посещений (число, месяц, год): |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | |

- Я поставил (поставила) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (сообщила) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Я согласен (согласна) на запись хода операции на информационные носители и демонстрацию лицам с медицинским образованием исключительно в медицинских, научных или обучающих целях с учетом сохранения врачебной тайны.

- Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе оперативного вмешательства, в т.ч. переливаний донорской или ауто (собственной) крови и/или ее компонентов и врач дал понятные мне исчерпывающие ответы.

- Я ознакомлен (ознакомлена) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| “ |  | ” |  | 20 |  | года. Подпись пациента/законного представителя | | | | **Х** | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | | |  | | |
| Расписался в моем присутствии: | | | | | | |  |  | | | |  | |
| Врач | |  | | | | | | | (подпись) | |  | **Х** | |
|  | | (Должность, И.О. Фамилия) | | | | | | |  | |  |  | |
|  | |  | |  |  | |

28. Диагноз предварительный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

29. Внешняя причина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

30. Врач: специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Врач: специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

31. Медицинская услуга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медицинская услуга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

32. Диагноз заключительный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

33. Внешняя причина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

34. Сопутствующие заболевания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код по МКБ-10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

35. Заболевание: острое (+) - 1; впервые в жизни установленное хроническое (+) - 2; ранее установленное хроническое (-) - 3

36. Диспансерное наблюдение: состоит - 1; взят - 2, снят - 3, из них: с выздоровлением - 4, со смертью - 5, по другим причинам - 6

37. Травма: производственная - 1; транспортная - 2, из нее: ДТП - 2.1; спортивная - 3; уличная - 4; сельскохозяйственная - 5; прочая - 6

38. Операция: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

39. Анестезия: общая - 1; местная - 2 40. Операция проведена с использованием аппаратуры: лазерной - 1; криогенной - 2; эндоскопической - 3; рентгеновской - 4 41. Врач: специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_

42. Манипуляции, исследования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кол-во \_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кол-во \_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_, в том числе лабораторные, инструментальные и лучевые: \_\_\_\_\_\_\_\_ кол-во \_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_ кол-во \_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

43. Врач: специальность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководителю медицинской организации

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

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

(Ф.И.О. полностью)

**Заявление № \_\_\_\_\_\_\_**

**о выборе медицинской организации**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол мужской/женский (нужно подчеркнуть),

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года.

Место регистрации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Место жительства (пребывания):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выдан «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактная информация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Ф.И.О

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| В страховой стол  **Выдать л/н**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дом.адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фамилия врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Печать врача. |  | В страховой стол  **На законченный случай ВН**  ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дом.адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Заключительный диагноз:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Общее числодней ВН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Фамилия врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Печать врача. |
|  |  |  |
| **ФИО**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Флюорография № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Заключение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | **ФИО:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Рост:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_см **Вес:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кг  **Окружность грудной клетки:**\_\_\_\_\_\_\_\_см  **Окружность талии:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_см  **Дата:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |