

Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 21 декабря 2010 года № 6697.

В соответствии с подпунктами 5) и 9) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения", в целях совершенствования и обеспечения сбора административных данных, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

Сноска. Преамбула в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

1. Утвердить:

1) Медицинскую учетную документацию, используемую в стационарах, согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) Медицинскую учетную документацию, используемую в стационарах и амбулаторно-поликлинических организациях, согласно приложению 2 к настоящему приказу;

3) Медицинскую учетную документацию, используемую в амбулаторно-поликлинических организациях, согласно приложению 3 к настоящему приказу;

4) Медицинскую учетную документацию других типов медицинских организаций согласно приложению 4 к настоящему приказу;

5) Медицинскую учетную документацию лабораторий в составе медицинских организаций согласно приложению 5 к настоящему приказу;

6) Медицинскую учетную документацию организации службы крови согласно приложению 6 к настоящему приказу;

7) Перечень форм первичной (учетной) медицинской документации организаций здравоохранения и сроки их хранения согласно приложению 7 к настоящему приказу;

8) Карту учета дефектов оказания медицинских услуг согласно приложению 8 к настоящему приказу.

Сноска. Пункт 1 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Руководителям управлений здравоохранения областей, городов Астана, Алматы и Шымкент (по согласованию), руководителям республиканских организаций здравоохранения ввести (по согласованию) в организациях здравоохранения формы первичной медицинской документации, утвержденные настоящим приказом.

Сноска. Пункт 2 в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2-1. Руководителям медицинских организаций (по согласованию) обеспечить ведение медицинской документации, утвержденной настоящим приказом, в электронном формате.

В случае запроса пациентом копии заполненных форм, выдача электронных форм первичной медицинской документации осуществляется на бумажном носителе

Сноска. Приказ дополнен пунктом 2-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

3. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Тулегалиева А.Г.) обеспечить в установленном законодательством порядке государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Департаменту административно-правовой работы Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Бисмильдин Ф.Б.) обеспечить официальное опубликование настоящего приказа в средствах массовой информации после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

5. Отменить некоторые приказы Министерства здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 8 к настоящему приказу.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э.А.

7. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования.

И.о. Министра

Б. Садыков

Приложение 1 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 1 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в

действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы

Формат А4

Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі М. а . 2 0 1 0 "23" қарашадағы бұйрығымен № 0 0 1 / е медициналық құжаттама	Республикасы министрінің жылғы № 907 бекітілген нысанды
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская Ф о р м а утверждена М и н и с т р а здравоохранения Казахстан от "23" 2010 года № 907	документация № 0 0 1 / у приказом и.о. Республики ноября

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Науқастарды қабылдау және емдеуге жатқызудан бас тартуларды
есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета приема больных и отказов в госпитализации

20 __ жылғы (года) " ____ " _____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

[illegible]

Сырақаттану күні Дата заболевания	Артерия қысым болған жағдайда (бұдан әрі – Артериальное давление при наличии (далее – АД)	Т ^о	Қандай ұйым жіберді немесе кім жеткізді Қақой организацией направлен или доставлен	Емдеуге жатқызу коды Код госпитализации
12	13	14	15	16

				Шығарылды, б а с қ а стационарға	

Инфекциялық ауру туралы шұғыл хабарлама берілген күні және № Дата подачи и № экстренного извещения об инфекционном заболевании	Стационарлық науқастың картасының № (босану тарихы № карты стационарного больного (истории родов)	Науқас жатқызылған бөлімше Отделение, в которое помещен больной	Жіберген ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	ауыстырылды, қайтыс болды (ауыстырылған стационардың атауы мен қай күні ауыстырылғанын тізімге енгізіңіз және көрсетіңіз) Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара куда переведен)	Қабылдаудан (бірінші рет, қайталап) бас тарту себептері, қолданылған шаралар Причины отказа в приеме (первичный, повторный), принятые меры
17	18	19	20	21	22

Медициналық сактандыру деректер Данные медицинского страхованию		жөнінде	Ескерту: (туыстарына, ұйымына, тағы басқалар хабарланғаны туралы белгі) Примечание (отметка о сообщении родственникам или организации и другие)	Дәрігердің ТАӘ ФИО врача
Сактандыру полисінің № № страхового полиса	Сактандыру ұйымының атауы, коды Наименование, код страховой организации	п о		
23	24	25	26	

Форма

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы №

Аты/Имя _____ Отчество (при наличии) _____ ЖС/ИИН _____ Код (КАТО) _____	жалпы емдеу жүйесінің - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖЕЖ) қызметкері/медицинский работник общей лечебной сети – при наличии (далее – ОЛС)
Туған күні/Дата рождения: _____ / _____ / _____ _____ к к / а а / ж ж ж ж д д / м м / г г г г Жынысы/Пол: ер/мужской; ә й е л / ж е н с к и й Нақты мекен-жайы: Белгісіз тұрғылықты орны жоқ - болған жағдайда (бұдан әрі – БТОЖ) / без определенного места жительства – при наличии (далее – БОМЖ) ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____ (Адрес фактического проживания) _____ _____ облысы/область _____ қаласы/ауданы _____ _____ елді мекені _____ (город/район) (населенный пункт) _____ көшесі/улица _____ _____ үй/дом _____ пәтер/квартира телефон _____ Науқасқа жақын адамның ТАӘ _____ (ФИО близкого лица (при наличии)) Науқасқа жақын адамның мекен-жайы _____ (Адрес близкого лица) _____ _____ Қазақстан Республикасы азаматы/гражданин Республики Казахстан шетелдік (елі) / (иностранец (страна) _____ Ұлты/Национальность _____ _____ Тұрғыны/Житель: қала/город а у ы л / с е л о 2. Анықтау _____ / _____ қаралу/обращение: қауіпті топ/группа риска;	ТҚҰ қызметкері/медработник ПТО пенитенциарлық жүйе қызметкері/персонал пенитенциарной системы мигрант (сыртқы, ішкі, еңбек/ внешний, внутренний, трудовой) басқалар/прочие 4. Қауіп-қатер факторлары Ф а к т о р ы р и с к а қатынаста болған/контактный: туберкулез - болған жағдайда (бұдан әрі – ТБ); Көп дәріге төзімділік туберкулезі - болған жағдайда (бұдан әрі – ҚДТ ТБ)/ туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью – при наличии (далее – МЛУ ТБ) Кең-ауқымды дәріге төзімді туберкулезі - болған жағдайда (бұдан әрі – КАДТ ТБ)/ туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью – при наличии (далее –ШЛУ ТБ); қант диабеті/сахарный диабет; нашақорлық/наркомания ішімдікке салыну/злоупотребление алкоголем; соңғы 2 жыл ішінде бас бостандығынан айыру орындарында болу/ нахождение в местах лишения свободы за последние 2 года; АҚТҚ/ВИЧ; белгісіз/неизвестен Басқалар/другие: босанғаннан кейін 1жылға дейінгі кезеңдегі әйелдер/ /женщины в послеродовом периоде до 1года; жүктілік/беременность

міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;	БЦЖ егілмеген / не вакцинирован БЦЖ 5. Науқасты жіктеу Тип больного
б а с қ а л а р / п р о ч и е алдын ала тексеру/профосмотр:	жаңа жағдай/новый случай
қауіпті топ/группа риска;	қайталануы/рецидив
міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;	сәтсіз ем/неудача лечения
б а с қ а л а р / п р о ч и е өлгеннен кейін/посмертное:	үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва
қауіпті топ/группа риска;	ауыстырылған/переведен Басқалар/Другие:
міндетті қаралатын контингент/ обязательный контингент;	Туберкулездің микобактериясы - болған жағдайда (бұдан әрі – ТМБ(-) қайталанған ауру/рецидив микобактерии туберкулеза – при наличии (далее – МБТ(-)
б а с қ а л а р / п р о ч и е Алғашқы белгілері пайда болған күні: _____/_____/_____ ----- Дата появления первого симптома БМСК қаралған күні/_____/_____/_____ Дата обращения в ПМСП Туберкулезге қарсы ұйымға - болған жағдайда (бұдан әрі – ТҚҰ) қаралған күні/ Дата обращения в противотуберкулезную организацию– при наличии (далее –ПТО) _____/_____/_____	ТМБ (-) үзілістен кейінгі ем/лечение после перерыва МБТ(-) ТМБ(-) сәтсіз ем/неудача лечения МБТ(-) 6. Туберкулездің шоғырлануы және ауру түрі Локализация и форма туберкулеза Өкпе ТБ соның ішінде біріккен өкпеден тыс ТБ Өкпеден тыс ТБ Легочный в том числе. сочетанный с ВЛ В н е л е г о ч н ы й Диагноз _____ _____ _____ МКБ б/ша шифрі/_____ шифр по МКБ

7. Зерттеу қорытындылары/Результаты исследования

		ем бастаған дейін 0 ай до начала лечения 0 месяца												2 2 месяца	а й 3 3 месяца	а й 4 4 месяца	а й 5 5 месяцев
Исследования/Зерттеулер		1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	3 сынама 3 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба	1 сынама 1 проба	2 сынама 2 проба			
Қақырық жағынд-ң микроскопиясы (микроскопия мазка мокроты)	Күні (дата)																
	қорытынды (результат)																
	Зерттеу № (лаб.№)																
	Әдіс (метод)	(Л-Й В Л-Й												Л-Й	Л-Й		
Қақырықтың дақылы (посев мокроты)	Күні (дата)																
	қорытынды (результатт)																
	Зерттеу № (лаб №)																
	Әдіс (метод)	(Л-Й В МГ															
Сезімталдық (ТЛЧ)	Күні (дата)																
	Зерттеу № (лаб №)																
	N																
	R																
Рентген	E																
	Z																
	S																
	Күні (дата)																
113 код	Ыдырау (распад)																
	Күні (дата)																
		қорытынды (результат)															

жок/нет Жүргізілген жағдайда, күні/ Если проведено, дата: / /

[illegible]

[illegible]

!!

"X" - препарат отдан на руки больному без контроля; "-" день, когда больной не должен принимать противотуберкулезные препараты (выходной день).

11. Жалғастыру кезеңіндегі науқасқа ТБЕ өткізу қағазы/Лист проведения НКЛ больного на поддерживающей фазе														
Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии) больного:				Туған күні/ Дата рождения кк/аа/жжжж дд/мм/гггг		Емнің бастау күні/ Дата начала лечения кк/аа/ж ж ж ж дд/мм/гггг				Басқа да қаражат көзі (грант жергілікті бюджет) Из других источников грант, местный бюджет):				
Мекен-жайы/көшесі, бөлім: Адрес/улица, населенный пункт:										Республикалық бюджет Республиканский бюджет:				
ТБЕ жауапты/Ответственный за НКЛ														
Науқастың салмағы (кг)/Вес больного (кг):														

[illegible]

" - при трехкратном приеме препаратов под контролем; "О" – пропустил прием суточной дозы препарата; "Р" – при побочной реакции, если препараты отменены врачом

"Х" - препарат отдан на руки больному без контроля; "—" день, когда больной не должен принимать противотуберкулезные препараты (выходной день)

12. Емнің аяқталған күні/Дата окончания лечения _____ / _____ / _____

13. Ем нәтижелері/Исходы лечения:

Сауықты/Вылечен

Ем аяқталды/Лечение завершено

Сәтсіз ем/Неудача лечения

Ем тәртібі бұзылды/Нарушение режима лечения

Ауыстырылды/Переведен

IV категорияға ауыстырылды/Переведен в категорию IV

Қайтыс болды/Умер: өлген күні/дата смерти ____/____/____;

Қайтыс болу себебі/Причина смерти:

Туберкулезден

өзге себептерден/другие причины

Қайтыс болған орны/Место смерти:

стационарда/в стационаре

стационардан тыс/не в стационаре

14.

Сараптамасы алынды/Диагноз снят

Ескертулер/Примечания: _____

— —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Учаскелік фтизиатр/Участковый фтизиатр: Тегі/Фамилия _____
_ _ а т ы / и м я _____
_____ әкесінің аты/отчество (при его наличии) _____

қолы/подпись _____

Ем жүргізуші дәрігер/Лечащий врач: Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____
_ _____
_____ әкесінің аты/отчество (при его наличии) _____

қолы/подпись _____

Туберкулезге шалдыққан науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
больного туберкулезом

Туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыру жолдамасы
Направление на перевод больного туберкулезом

Науқасты ауыстыратын ұйымның атауы, мекенжайы/Название, адрес переводящей организации

Науқас ауысып баратын ұйымның атауы, мекенжайы/Название, адрес организации, в которую

больной переводится

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) больного

Туған күні/Дата рождения _____ ЖСН/ИНН _____

кк.аа.жжжж/дд.мм.гггг

Жынысы/Пол: Е/М

Ә/Ж

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекен-жайы (көшкен жағдайда жаңа мекен-жайы)/Адрес (при переезде будущий адрес): _____

Науқасқа жақын адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) близкого лица _____

Науқасқа жақын адамның мекен-жайы/Адрес близкого лица _____

Диагнозы/Диагноз _____

Тіркеу нөмірі/Регистрационный номер _____ Ем бастаған күні/Дата нач. леч. _____

Ем санаты/Категория лечения:

I санат жаңа жағдайлар/Категория I новые случаи

II санат қайталанған жағдайлар/Категория II повторные случаи

IV санат КДТ ТБ/Категория IV МЛУ ТБ

Науқас қабылдайтын препараттар/Препараты, получаемые больным _____

Ескертулер (жанама әсерлер)/Примечание (побочные эффекты) _____

Науқасты ауыстыратын тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)
переводящего _____

Лауазымы/Должность _____ Қолы/Подпись _____

Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____

кк.аа.жжжж/дд.мм.гггг

Науқас ауыстырылған ұйымдар үшін

Для использования организацией, в которую больной был переведен:

(Науқас тіркеуге алынғаннан кейін нысанның бұл бөлігін ауыстырған ұйымға жіберу қажет)

(Эту часть формы отправить в организацию, направившую больного после его регистрации)

Ұйымның атауы/Название организации _____

Мекенжайы/Адрес _____

Науқастың ТАӘ(болған жағдайда)/ФИО (при наличии) больного

Науқас осы ұйымда тіркелді / Больной зарегистрирован в данной организации

Тіркеу нөмірі (жаңа)/Регистрационный номер (новый) _____

Тіркелген күні/Дата регистрации _____

Науқасты қабылдап алған тұлғаның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) принявшего

—

Лауазымы/Должность _____ Қолы/Подпись _____

Ұйымның атауы (Наименование организации) _____

Туберкулезге шалдыққан науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
больного туберкулезом

Емдеуге алынатын туберкулезге шалдыққан науқастың ақпараттық келісімі

Мен, _____

науқастың Т.А.Ә., (болған жағдайда) туылған жылы (егер бала болса, ата-анасын немесе қамқоршысынын көрсету)

Тұратын мекенжайы _____

1. Науқастың құқығы

1) Туберкулез деп сараптама қойылған күннен бастап, емдеуді толық аяқтағанға дейін кез келген уақытта тегін медициналық көмекке;

2) Туберкулездің көп дәріге төзімділігімен (КДТ ТБ) және адам инммунды тапшылық вирусымен ілеспелі туберкулез жағдайын қосқанда медициналық ем мен кеңес алу Халықаралық стандартқа сәйкес болады;

3) Туберкулез науқасымен қатынаста болған балалар мен басқада тұлғаларды туберкулезден тексеру мен алдын ала емдеуді тегін жүргізуге;

4) Емделушінің абройына, мәдени құндылықтары мен діни нанымдарына барлық медицина қызметкерлері мен денсаулық сақтау әкімшілігі жағынан орынды және әділетті қатынаста болуға;

5) Өзінің денсаулық жағдайы туралы (сараптамасын, ем әдісін, емделу уақытын, емге байланысты нәтижелері мен қауіп-қатерін) дер кезінде толық және маңызды ақпаратты алуға;

6) Туберкулезге қарсы препараттардың атауы және мөлшері туралы және олардың әсері мен жанама әсерін сонымен қатар қосымша диагностикалық және қандайда бір емнің араласуы туралы мәлімет алуға құқылы.

2. Науқастың міндеті:

1) Тағайындалған ем тәртібін сақтау. Өзінің денсаулығы мен айналасындағылардың денсаулығы үшін туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектерді қабылдауда үзіліс жасамау;

2) Медицина қызметкерлерінің тікелей бақылауымен барлық тағайындалған туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау;

3) Айналасына кері әсер етпеуі үшін "туберкулез науқасының мінез-құлқы ережесін" сақтау;

4) Емдеу әдісін дұрыс таңдау үшін, өзінің денсаулық жағдайын, алдыңғы ем тәсілдерін, ілеспелі ауруын, ота жасалғандығын, жарақат алғандығын, аллергиялық әсері мен басқада мағлұматтар туралы барлық ақпаратты медицина қызметкерлеріне ұсыну;

5) Барлық отбасы мүшелері мен басқада қатынаста болған тұлғалар туралы туберкулезге қарсы қызметтің мамандарына хабарлау;

6) Өз денсаулық жағдайының күрт өзгеруін, шағымын медицина қызметкерлеріне дер кезінде хабарлау;

7) Медицина қызметкерлері мен басқа емделушілердің құқығын құрметтеуге міндетті.

Таныстым:

- Туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау кезінде, дәрі қабылдағанда үзіліс болған жағдайда және есірткі мен алкоголь сияқты заттарды тұтыну нәтижесінде " емнің сәтсіз болуы, кейде дәрінің жанама әсері болуы мүмкін;

- Үнемі емдеу тәртібін бұзған кезде, ауру асқынып кетуі мүмкін, (туберкулездің көп дәріге тұрақтылық түрі қалыптасады) соның салдарынан қажетті дәрі-дәрмек шетелде сонымен қатар Қазақстанда жоқ болғандықтан өлім қаупін тудыруы мүмкін.

- Емдеу тәртібін бұзған немесе емді үзген және емнен ауытқыған жағдайда Қазақстан Республикасының халықтың денсаулығы және денсаулық сақтау кодексі бойынша мәжбүрлеп оқшаулау шараларын қолдануға тағайындалуы мүмкін.

Осы келісімнің барлық тарауларымен келісемін және оны орындауға борыштымын.

Емделушінің қолы _____ күні _____

—

Медицина мекемесі қызметкерінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

Қолы _____ күні _____

Учаскелік дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

Қолы _____ күні _____

Информированное согласие больного туберкулезом на лечение

Я, _____

Ф.И.О., (при наличии) год рождения больного (если ребенок, указать родственника или опекуна)

проживающий (ая) по адресу: _____

Информирован(а) о правах и обязанностях больного, при лечении туберкулеза

1. Больной имеет право:

1) На бесплатную и общедоступную медицинскую помощь в любое время с момента постановки диагноза туберкулеза до завершения полного курса лечения.

2) На медицинскую консультацию и лечение в соответствии с Международными стандартами, включая случаи заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) и туберкулезом с сопутствующей инфекцией вируса иммунодефицита человека.

3) На бесплатное обследование и профилактическое лечение туберкулеза детей и других лиц, находившихся с ним в контакте.

4) На уважительное и беспристрастное отношение со стороны всех медицинских работников и администраторов здравоохранения, без ущемления достоинства пациента, с учетом его религиозных верований и культурных ценностей.

5) На своевременное получение полной и ясной информации о состоянии своего здоровья (диагнозе, методах и длительности лечения, возможном исходе и рисках, связанных с лечением).

6) На получение сведений о названиях и дозах противотуберкулезных препаратов, об их действии, возможных побочных реакциях, а также о дополнительных диагностических и лечебных вмешательствах.

2. Больной обязан:

1) Соблюдать назначенный режим лечения. Не допускать перерывов приема лекарств, что будет способствовать защите собственного здоровья и здоровья окружающих.

2) Принимать все противотуберкулезные препараты под непосредственным контролем медицинского персонала.

3) Соблюдать "Правила поведения больного туберкулезом", чтобы не заражать окружающих.

4) Представлять медицинским работникам всю информацию о состоянии своего здоровья, предыдущих эпизодах лечения, сопутствующих заболеваниях, перенесенных операциях, травмах, аллергических реакциях и других сведениях, необходимых для выбора правильной тактики лечения.

5) Информировать работников противотуберкулезной службы обо всех членах семьи и других лицах, которые могли быть инфицированными в результате контакта.

6) Своевременно сообщать медицинским работникам об ухудшении своего состояния, появлении новых жалоб.

7) Уважать права других пациентов и медицинских работников

Ознакомлен с тем, что:

- при приеме противотуберкулезных препаратов могут иногда возникнуть побочные реакции, и возможен "неблагоприятный исход лечения", который чаще возникает в результате перерывов приема лекарства и других нарушений режима лечения, употребления алкоголя и наркотических средств;

- при постоянных нарушениях режима лечения заболевание становится неизлечимым (формируется лекарственно устойчивая форма туберкулеза) и порой смертельным, от которого лекарств в мире, в том числе и в Казахстане нет;

- в случае уклонения и/или отрывов (нарушение режима) от лечения ко мне возможно применение мер принудительной изоляции согласно Кодексу Республики Казахстан № 193-IV от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения".

Согласен со всеми пунктами данного соглашения и обязуюсь выполнять его.

Подпись пациента _____ дата _____

Ф.И.О. (при наличии) должностного лица медицинской организации _____

Подпись _____ дата _____

Ф.И.О. (при наличии) участкового лечащего врача _____

Подпись _____ дата _____

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К У Ж Ж коды _____ Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м
Қазақстан Денсаулық сақтау Министерство Республики Казахстан	Республикасы министрлігі здравоохранения	Денсаулық сақтау м . а . " 2 3 " бұйрығымен IV санатты ТБ 01/е медициналық құжаттама	Республикасы министрінің ж ы л ғ ы № 907 бекітілген - нысанды	
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская Форма ТБ 01/у-категория IV утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	документация	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҚҚАН IV КАТЕГОРИЯЛЫҚ НАУҚАСТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАТЕГОРИИ IV

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по

истечения десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Т М Н / Р М Н

IV категория б/ша тіркеу № (Регистрационный № по категории IV)

Тіркелген күні/ / КК/АА/ЖЖЖЖ

Дата регистрации ДД/ММ/ГГГГ

Наукастың тіркеу №/Регистрационный № больного

Тіркелген күні / / КК/АА/ЖЖЖЖ

Дата регистрации ДД/ММ/ГГГГ

Жеке куәлігінің,туу туралы куәлігі номері/

Номер удостоверения личности, св-во о рождении

1. Наұқас туралы ақпарат/Информация о больном

Тегі/Фамилия

Аты/Имя Әкесінің аты/Отчество

Туған күні/Дата рождения: / / КК/АА/ЖЖЖЖ

ДД / М М / Г Г Г Г

Жынысы/Пол: ер/мужской; әйел/женский

Нақты мекен - жайы /: БТОЖ/БОМЖ

Адрес фактического проживания облысы/область

қаласы/ауданы елді мекені

г о р о д / р а й о н н а с . п у н к т

көшесі/улица үй/дом

пәтер/кв телефоны Ұлты/Национальность

Тұрғыны/Житель: қала/город ауыл/село

IV категорияға ауыстырылу себебі: КДТ ТБ расталған/Подтвержден

М Л У Т Б

Причина перевода в категорию IV КДТ ТБ күдік/Подозрение на

М Л У Т Б

КАДТ ТБ расталған/Подтвержден

Ш Л У Т Б

КАДТ ТБ деген күдігі

бар / П о д о з р е н и е н а Ш Л У Т Б

2. Алдағы өткен ем жағдайлары/Эпизоды предыдущего лечения

Бұрын бірінші қатар дәрілерін қабылдады/Ранее принимал ППР: ия/да

ж о қ / н е т

Бұрын екінші қатар дәрілерін қабылдады/Ранее принимал ПВР: ия/да

ж о қ / н е т

Бұрын үшінші қатар дәрілерін қабылдады/Ранее принимал ПТР: ия/да

ж о қ / н е т

№	Ем басталған күні Дата нач. лечения	Кат.	Ем үлгісі Схема лечения	Нәтиже Исход	Ем аяқталған күні Дата окон.леч.

формы ТБ		Е Қ П / ПВР	Е Қ П / ПВР
К Д Т Т Б / М Л У Т Б			
		Ү Қ П / ПТР	Ү Қ П / ПТР
КАДТ Т Б / Ш Л У Т Б			

КДТ ТБ бойынша шешім/Заключение по МЛУ ТБ:
1 – ЕҚП ем бастау/назначено лечение ПВР; 2 - ЕҚП ем бастамау/не назначено лечение ПВР ;
ЕҚП емді бастамау себебі/Причины не назначения лечения ПВР:
1 – ЕҚП жетіспеуі/недостаток ПВР; 2 – емнен бас тарту/отказ от лечения; 3 – қайтыс болды / у м е р ;
КАДТ ТБ бойынша шешім/Заключение по ШЛУ:
1 – Ем бастау/Начать лечение ПТР; 2 - Емін күтуде/Ожидают лечение; 3 – ҮҚП ем тағайындалмасын/не назначено лечение ПТР.
Ем тағайындалмау және күтудегі себептері/Причины для не назначения и ожидания л е ч е н и я :
1 – препараттардың жеткіліксіздігі/недостаток препаратов; 2 – емнен бас тарту/отказ от лечения; 3 – қайтыс болды/умер; 4 –тәртібін бұзушы/нарушитель режима; 5 – ауыр түрдегі ілеспелі ауру/тяжелые сопутствующие заболевания; 6 – ТҚП төзімсіздігі/непереносимость ПТП; 7 – ТБ және/немесе АҚТҚ/ТБ соңғы кезеңі/терминальная стадия ТБ и/или ТБ/ВИЧ
Қысқартулар/Сокращение: ЕҚП – екінші қатардағы препараттар/ПВР – препараты второго ряда;
ҮҚП – үшінші қатардағы препаратта/ПТР – препараты третьего ряда;

8 . Е м т у р а л ы а қ п а р а т				
Информация о лечении				
	Қарқынды кезеңдегі медұйым бастаған	Е м аяқтаған	Е м .	Е м *
	Медорганизация в интенсивной к ү н	к ү н	к ү н	Лечение*
	фаза	Дата начала	Дата окончания	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Жалғастыру медұйым Медорганизация поддерживающей фазе	кезеңіндегі Е м бастаған в к ү н Д а т а начала	Е м . аяқтаған к ү н Д а т а окончания	Е м * Лечение*
1			
2			
3			
4			
5			
6			

* 1 – стационарлық/стационарное 2 – амбулаторлық/амбулаторное 3 –
ш и п а ж а й л ы қ / с а н а т о р н о е

Туберкулез процессінің асқынуы/: ия/да жок/нет

Осложнения туберкулезного процесса

Хирургиялық емі/Хирургическое лечение: ия/да жок/нет

Басталған күні/Дата начала / / Аяқталған күні/Дата окончания / /

9. Зертхана зерттемесінің қорытындылары/Результаты лабораторных исследований

		Әдіс метод	0 ай (месяцев)	1 ай (месяц)	2 ай (месяца)	3 ай (месяца)	4 ай (месяца)	5 ай (месяцев)	6 ай (месяцев)
Қақырық жағындысының микроскопиясы (микр-ия мазка мокроты *)	Күні/дата								
	қорытынды (результат)								
	Зерттеу № (лаб №)								
Қақырықтың дақылы* (посев мокроты*)	Күні/дата								
	Қорытынды (результат)	Л-Й							
		В							
		МГ							
	Зерттеу № (лаб№)								
Рентгено-графия	Күні/дата								
	Ыдырау/распад								

[illegible]

2 7 (месяцев)	а й	3 0 (месяцев)	а й	3 3 (месяца)	а й	3 6 (месяцев)	а й

Ескерту/Примечание: В-ВАСТЕС по назначению клинициста

Молекулярлы-генетикалық/Молекулярно-генетический (МГ): Хайн-тест, G-Xpert

	сезімталдығы**/чувствительность **							
Әдіс метод	H		R		E		Z	
	Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)
Л-Й								
В								
Молек- ы й Молек- лы								
Л-Й								
В								

Л-Й								
В								
Л-Й								
В								
113код	Күні/дата							
	қорытынды (результат)							

S		Km		Am		Cm	
Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)

Lfx		Ofx		Pto/Eto		PAS	
Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)

Cs		Mfx	
Күні/дата	қорытынды (результат)	Күні/дата	қорытынды (результат)

Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары/Аббревиатура лекарств: Н – Изониазид;

R – Рифампицин; E – Этамбутол; S – Стрептомицин; Z – Пиразинамид; Am – Амикацин;

Km – Канамицин; Cm – Капреомицин; Cfx – Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин;

Lfx – Левофлоксацин; Mfx – Моксифлоксацин; Gfx – Гатифлоксацин; Pto – Протионамид;

Eto – Этионамид; Cs – Циклосерин; PAS – Парааминосалицилді

қышыл/Парааминосалициловая кислота;

***ең көп оң дәрежелі нәтижесі бар сынаманың қорытындысы мен күні көрсетіледі/указать**

дату и результат того образца, в котором наибольшие положительные результаты

**** әріптерді көрсету қажет: С - сезімтал; Т – төзімді; Ө - өскін (указать буквы:**

Ч - чувствительный; Уст - устойчивый; П – пророст)

Қысқартулар /Сокращение: Л-Й– Левенштейн-Йенсен; В- ВАСТЕС; Молекулярные методы

(Х- Хайн; G-Хpert).

10. IV категория тәртібі, ем басталған күні, мөлшері (мг), мөлшерді өзгерту

және дәріні қабылдауды тоқтату

Режим категории IV, дата начала лечения, доза (мг), изменение дозы и отмена

приема лекарств

Күні / Дата	Н 300 мг	Р 150 мг	З 500 мг	Е 400 мг	К m 1000 мг	А m 500 мг	С m 1000 мг	Ofx 200 мг 400 мг	Lfx 250 мг 500 мг	Pto 250 мг	Eto 250 мг	C s 250 мг	Р А S 4000 мг 3%400 мг 4000 мг 4000 мг банка (ложка)	Mfx 450 мг 400 мг 250 мг

А m x - C l v 500мг/125 500мг/250 мг	С l r 500 500 мл	Түсініктеме-мөлшерді төмендету, алып тастау, түрін Комментарии-снижение дозы,	уақытша дәрінің өзгерту/ временная

		отмена, изменение лекарственных формы

Ескертулер: тиісті тор сызықтарында препараттың тәуліктік мөлшері мен оны еңгізу

тәсілі көрсетіледі. Мысалы: *St 1000мг; Cs 750мг; PAS 8000мг*

Примечание: в соответствующих клетках указывается суточная доза препарата в мг.

Например: *St 1000мг; Cs 750мг; PAS 8000мг*

ТБ 01 IV - категория қосымшасы/Приложение к ТБ 01-категория IV

11. IV санаттағы науқасқа ТБЕ өткізу қағазы/лист проведения НКЛ больного IV категории

1-36 беттер/страницы 1-36

Науқастың АЖТ/ФИО больного: Мекен-жайы/көшесі, б ө л і м : Адрес/улица, населенный пункт:	Туған күні/Емнің бастау күні/ Дата рожденияДата начала лечения кк/аа/жжжж дд/мм/гггг	Жаһандық қор жобасы/: Проект глобального фонда: — — — — Республикалық бюджет / Республиканский

[illegible][illegible][illegible]

"vvv" - при трехкратном приеме препаратов под контролем; "О" – пропустил прием суточной

дозы препарата; "Р" – при побочной реакции, если препараты отменены врачом

"Х" - препарат отдан на руки больному без контроля; "-" день, когда больной не должен

принимать ПТП (выходной день)

12. Емнің аяқталған күні/Дата окончания лечения ____/____/____

Ем нәтижелері/Исходы лечения: Сауықты/Вылечен Ем аяқталды/Лечение завершено

Сәтсіз ем/Неудача лечения

Ем тәртібі бұзылды/Нарушение режима лечения

Ауыстырылды/Переведен IV категорияға ауыстырылды/Переведен в категорию IV

Қайтыс болды/Умер: өлген күні/дата смерти ____/____/____;

Қайтыс болу себебі/Причина смерти: ТБ-ден өзге себептерден/другие причины

Қайтыс болған орны/Место смерти: стационарда/в стационаре стационардан тыс/не

в

стационаре

Ескертулер/Примечания_____

Учаскелік фтизиатр/Участковый фтизиатр: Тегі/фам. _____ аты/имя _____

әкесінің аты/отчество _____

Қолы/ Подпись _____

Ем жүргізуші дәрігер/Лечащий врач: Тегі/фам. _____ аты/имя _____

әкесінің аты/отчество _____

Қолы/Подпись _____

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж коды _____ Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м
Қазақстан Денсаулық сақтау Министерство Республики Казахстан	Республикасы министрлігі здравоохранения	Қазақстан Денсаулық сақтау м . а . " 2 3 " бұйрығымен Т Б медициналық құжаттама	2 0 1 0 ж ы л ғ ы қ а р а ш а д а ғ ы 0 3 / е	Республикасы министрінің ж ы л ғ ы № 9 0 7 б е к і т і л г е н н ы с а н д ы
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская Ф о р м а утверждена Министра Республики от "23" ноября 2010 года № 907	Т Б приказом здравоохранения	документация 0 3 / у и . о . Казахстан

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ШАЛДЫҚҚАН
НАУҚАСТАРДЫ ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ (ОБЛЫС, ҚАЛА, АУДАН)
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
(ОБЛАСТЬ, ГОРОД, РАЙОН)**

сол жағы/левая часть

_____ облысы _____ ауданындағы туберкулезге шалдыққан область
науқастарды тіркеу журналы

районный журнал регистрации больных

туберкулезом

Тіркелген күні Дата регистрации	Тіркеу № Регистрационный №	ТАӨ / ФИО	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Ұйым Организация қарқынды кезең / в интенсивной ф а з е жалғастыру кезеңі в поддерживающей фазе	Е м басталған күні/Дата начала лечения Е м категориясы / Категория лечения	Аурудың шоғырлануы / Локализация заболевания (Ө/ӨТ-Л/ВЛ)
						_____	_____	
						_____	_____	
						_____	_____	
						_____	_____	
						_____	_____	
						_____	_____	

Науқас түрлері/Типы больных					
Жаңа жағдай Новый случай	Қайт. ауру Рецидив	Сәтсіз Неуд. лечение	ем Үзіліс. кей. ем Леч. пос. пер	Ауыст-лды Переведен	Басқалар Другие
Ж Ж НС	Қ А Р	С Е НЛ	Ү К Е ЛПП	А П	Б Д

[illegible]

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж коды ----- Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м
Қазақстан Денсаулық сақтау Министерство Республики Казахстан	Республикасы министрлігі здравоохранения	Қазақстан Денсаулық сақтау м . а . " 23 " бұйрығымен бұйрығымен Т Б медициналық құжаттама	Республикасы министрінің ж ы л ғ ы № 907 бекітілген бекітілген 09 / е - н ы с а н д ы	
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская Ф о р м а утверждена Министра Республики от "23" ноября 2010 года № 907	Т Б приказом здравоохранения Казахстан	документация 09 / у и.о.

Сноска. Форма 09/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж коды ----- Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м
Қазақстан Денсаулық сақтау Министерство Республики Казахстан	Республикасы министрлігі здравоохранения	Қазақстан Денсаулық сақтау м . а . " 23 " бұйрығымен Т Б медициналық құжаттама	Республикасы министрінің ж ы л ғ ы № 907 бекітілген н ы с а н д ы	
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская Ф о р м а утверждена Министра Республики от "23" ноября 2010 года № 907	Т Б приказом здравоохранения Казахстан	документация 11 / у и.о.

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН ІV САНАТТАҒЫ
НАУҚАСТАРДЫ ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ КАТЕГОРИИ ІV

СОЛ жағы/левая часть

_____ облысы/область _____ ауданы/район

Тіркеу № Рег.№	Тіркелген к ү н і Д а т а регистрации	ТАӘ ФИО	Жынысы Пол	Туған к ү н і Дата рождения	Нақты тұратын мекен-жайы Адрес фактического проживания	Қарқынды кезеңдегі медұйым Медорганизация в интенсивной фазе	ТБ 03 б-ша тіркеу № (тір. күні) Рег.№ в ТБ 03 (дата рег-ии)	Т Б шоғырлануы (Ө/ӨТ) Локализация (Л/ВЛ)	Түрі * Тип	Екінші катар ТҚП алған Получал ПВР

КДТ ТБ расталған Подтвержден МЛУ ТБ	КДТ ТБ күдігі Подозрение на МЛУ ТБ	КАДТ ТБ расталған Подтвержден ШЛУ ТБ	КАДТ ТБ күдікті Подозраение на ШЛУ ТБ	Ем тәртібі *
				Схема лечения Ем баст.күні Дата начала лечения

1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П	Ж/М	Д/П
Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №		Зерт.№ Лаб №	

**1- Жаңа жағдай/Новый; 2- Қайталанған ауру/Рецидив; 3- Ем тәртібі бұзылды/Нарушение*

режима; 4- I кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ после I кат; 5- II кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ

после II кат; 6- III кат кейінгі сәтсіз ем/НЛ после III кат; 7- Ауыстырылды/Переведен;

8- Басқалар/Другие: 8.1 – қайталанған ем ТМБ (-)/рецидив МБТ(-); 8.2 - үзілістен

кейінгі ем ТМБ (-)/лечение после перерыва МБТ(-); 8.3 – сәтсіз ем ТМБ (-)/неудача

лечения МБТ(-); 8.4 – симптоматикалық ем/симптоматическое лечение.

Молекулярлы/Молекулярный: Хайн-тест, G-Xper

20_ жыл (год) ортаңғы жағы/средняя часть

[illegible]

Оң жағы/правая часть

Ем нәтижелері (күні)/Исходы лечения (дата)								АҚТҚ ЖҚТБ			Ескертулер * Примечание
Сауықты Вылечен	Е м аяқталды Лечение завершено	Сәтсіз е м Неудача лечения	Е м тәртібі бұзылды Нарушение режима лечения	Ауысты - рылды Переве- ден	Қайтыс болды Умер		Мероприятия по В И Ч С П И Д (результат/дата)	Тестілеу Тест	РҚТ АРТ	КАТ ПТК	
					ТБ-ден От ТБ						Басқа себептерден От других причин
					Стацио - нарда В стацио - наре	Стационар - д а н т ы с Не в стационаре					
								_____	____	____	
								_____	____	____	
								_____	____	____	

								_____	_____	_____	
								_____	_____	_____	
								_____	_____	_____	

Дәрі-дәрмектердің қысқартылған атаулары (аббревиатура лекарств): Бірінші қатар ТҚП/ПТП

первого ряда: Н – Изониазид R - Рифампицин Е – Этамбутол S-Стрептомицин

Z-Пиразинамид

Екінші қатардағы ТҚП/ПТП второго ряда: Am – Амикацин; Km – Канамицин Cm –

Капреомицин; Cfx-Ципрофлоксацин; Ofx – Офлоксацин; Lfx-Левифлоксацин;

Mfx-Моксифлоксацин; Gfx-Гатифлоксацин; Pto-Протионамид; Eto – Этионамид;

Cs – Циклосерин; PAS –П-аминосалицилдік қышқылы/П-аминосалициловая кислота;

РҚТ-ретровирусқа қарсы терапия /АРТ – антиретровирусная терапия, КАТ – котримоксазолмен

алдын-алу терапия/ПТК – профилактическая терапия котримоксазол

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық	

сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № туберкулезбен ауыратын науқас 12/е нысанды медициналық құжаттама
Республики Казахстан	
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я Форма № туберкулезного больного 12/у документация утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма 12/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы (дәріханалық қоймалармен туберкулезге қарсы ұйымдарының бөлімшелеріне) Журнал учета противотуберкулезных препаратов (для аптечных складов и отделений противотуберкулезных организаций) за 20__ жыл (год)_____ күні

ДДҰ ұсынған препараттың халықаралық патенттелмеген атауы, мөлшері _____
_____ Саудалық атауы /торговое название _____

Международное непатентованное наименование препарата, рекомендованное Всемирной организацией здравоохранения, дозировка

Өндіруші /Производитель _____ Өндіруші ел /
Страна-производитель _____

Жеткізіп берушінің қосымша құжаты /Накладная поставщика: №_____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Өнім түрі /Форма выпуска _____ Өлшем
бірлігі: таблетка, қаптама, ампула, флакон, қалташа, (керекті астын сызу)

Единица измерения: таблетка, капсула, ампула, флакон, пакетик, контейнер (нужное подчеркнуть)

Сериясы және жарамдылық мерзімі /Серия и срок годности _____

[illegible]

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ Код	бойынша организации	ұйым по	коды ОКПО
Қазақстан Денсаулық сақтау Министерство Республики Казахстан	Республикасы министрлігі здравоохранения	Қазақстан Денсаулық сақтау м . а . " 23 " бұйрығымен Т Б медициналық құжаттама	2010 карашадағы 14 / е	Республикасы министрінің жылғы № 907 бекітілген нысанды	
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская Ф о р м а утверждена и . о . М и н и с т р а здравоохранения Республики от "23" ноября 2010 года № 907	Т Б	документация 14 / у приказом Казахстан	

Сноска. Форма 14/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ПРЕПАРАТТАРДЫҢ ҚОЗҒАЛЫСЫ ТУРАЛЫ СТЕЛЛАЖДЫ КАРТА СТЕЛЛАЖНАЯ КАРТА ДВИЖЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ Код организации по ОКПО	бойынша	ұйым	коды

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № ТБ 20/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № ТБ 20/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ЖӨНЕЛТПЕ ҚҰЖАТ НАКЛАДНАЯ

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № ТБ 002/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № ТБ 002/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 002/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық	

министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я Форма № 003/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 д о к у м е н т а ц и я

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма 003/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Стационарлық науқастың медициналық картасы
№ _ _ _ _ _

Медицинская карта стационарного больного

Түскен күні мен уақыты (Дата и время поступления) _____ / _____ / _____
_ : _____

Шыққан күні мен уақыты (Дата и время выписки) _____ / _____ / _____ :

Бөлімше (Отделение) _____ палата № _____

Бөлімшеге ауыстырылды (Переведен(а) в отделение) _____

Төсек-күндер өткізілді (Проведено койко-дней) _____

Тасымалдау түрлері (Виды транспортировки): арбамен (на каталке), орындықта (на к р е с л е) ,
өздігінен жүре алады (может идти) керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть).
А И Т В - ғ а т е к с е р у
(Исследование на ВИЧ) _____

Қан тобы (Группа крови) _____ Резус- тиістілігі (Резус-принадлежность) _____

Дәрілердің жағымсыз әсерлері (жақпауы) (Побочное действие лекарств (непереносимость) _____

дәрінің аты, жағымсыз әсерінің сипаты (название препарата, характер побочного действия)

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество
больного (при его

наличии) _____

2. Жынысы (Пол) _____

3. Жасы (Возраст) _____ толық жасы, 1 жасқа дейінгі балалар үшін-айы, 1
а й ғ а д е й і н г і б а л а л а р
үшін-күні (полных лет, для детей: до 1 года-месяцев, до 1 месяца-дней)

4. Ұлты (Национальность) _____

5. ЖСН (ИИН) _____

6. Медициналық тіркеу нөмірі _____

(Регистрационный медицинский номер)

7. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

8. Тұрғылықты мекенжайы (Постоянное место жительства): қала (город), ауыл (село)
) керекті астын

сызыңыз (нужное подчеркнуть) _____

мекенжайы жазыңыз, сырттан келгендер үшін- облысын, ауданын, елді мекенін,
туыстарының мекенжайы мен телефон № көрсетіңіз

(вписать адрес, указав для приезжих – область, район, нас. пункт, адрес
родственников и № телефона)

9. Жұмыс орны, кәсібі немесе лауазымы (Место работы, профессия или должность)

10. Оқудағылар үшін- оқу орны, балалар үшін-балалар ұйымының, мектептің аты, мүгедектер үшін- түрі мен тобы

(для учащихся - место учебы, для детей - название детского учреждения, школы, для инвалидов - род и группа)

11. ОСМ, ОСҚ, интернационалшыл-жауынгер (ИОВ, УОВ, воин – интернационалист) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

12. Медициналық сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании):

сақтандыру полисінің № (страхового полиса) _____

13. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1- қызметкер (служащий), 2- ж ұ м ы с к е р (р а б о ч и й) , 3- ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (п е н с и о н е р) , 5 - оқушы (учащийся), 6- үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен а й н а л ы с а т ы н т ұ л ғ а (лицо, занятое индивид. трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10- басқалар (прочее).

14. Жеңілдік санаты (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1; ҰОСҚ (УВОВ) – 2 ; интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3; бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4; ауруы б о й ы н ш а м ү г е д е к (инвалид по заболеванию) – 5; сәуле, серін алған адамдар (лица, подвергшиеся р а д и а ц и и) – 6 ; Ұ О С Қ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7; әскерге шақырылушы (

п р и з ы в н и к) — 8 ; е н б е к
мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочие)
) – 11.

15. Науқасты кім жіберді (Кем направлен больной) _____

медициналық ұйымының аты
(название медицинской организации)

16. Стационарға шұғыл айғақтары бойынша жеткізілді (Доставлен в стационар по
экстренным показаниям) :
иә (да), жоқ (нет), ауруы басталған соң, зақым алған соң (через) _____ сағаттан кейін (ч а с о в _____ п о с л е _____ н а ч а л а
заболевания, получения травмы), жоспарлы тәртіппен жатқызылды (госпитализирован
в _____ п л а н о в о м _____ п о р я д к е)
керекті астын сызыңыз (нужное подчеркнуть), өз бетімен бару (самообращение) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

17. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

18. Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) _____

19. Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический)

Қойылған күні (Дата установления) _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии) и подпись
врача) _____

20. Қорытынды клиникалық диагнозы (Диагноз заключительный клинический):

1) негізгі (основной)

2) негізгі ауруының асқынуы (осложнение основного):

3) қосалқы (сопутствующий)

Дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при его наличии) и подпись
врача)

21.Осы ауруы салдарынан осы жылда жатқызылуы (Госпитализирован в данном
г о д у п о п о в о д у
данного заболевания): бірінші рет (впервые), қайталап (повторно) (керекті астын
с ы з ы ң ы з) (н у ж н о е
подчеркнуть), барлығы (всего) ____ рет (раз).

22. Хирургиялық операциялар, ауырсынуды басу әдістері және операциядан кейінгі
асқынулар

(Хирургические операции, методы обезболивания и послеоперационные
осложнения):

№	Операцияның аты Название операции	Күні, сағаты Дата, час	Ауырсынуды басу ә д і с і Метод обезболивания	Асқынулар Осложнения	Операция жасаған (Оперировал)

23. Емдеудің басқа түрлері (Другие виды лечения) _____

көрсетіңіз (указать)

24. Еңбекке жарамсыздық парағын беру туралы белгі (Отметка о выдаче листка
нетрудоспособности)

№ _____ (с) _____ бастап (по) _____ дейін № _____ (с) _____
_бастап (по) _____ дейін

№ _____ (с) _____ бастап (по) _____ дейін № _____ (с) _____
_бастап (по) _____ дейін

25. Ауру немен аяқталды (Исход заболевания): шығарылды (выписан) – жазылуымен (с выздоровлением), жақсаруымен (с улучшением), өзгеріссіз (без перемен), нашарлаумен (с ухудшением), қайтыс болу (смерть), басқа ұйымға ауыстырылды (переведен в другую организацию)

емдеу ұйымының аты (название медицинской организации)

Қабылдау бөлімшесінде қайтыс болды, жүктілігі 28 аптаға дейінгі жүкті әйел
қ а й т ы с б о л д ы , ж ү к т і л і г і
28 аптадан асқан соң, босанатын, жаңа босанған әйел қайтыс болды. (Умер в приемном
о т д е л е н и и ,
умерла беременная до 28 недель беременности, умерла после 28 недель беременности,
роженица, родильница).

26. Еңбекке қабілеттілігі толық орнына келді, төмендеді, уақытша жоғалтты, осы
а у р у ы н а , б а с қ а с е б е п т е р г е
байланысты біржолата жоғалтты (керекті астын сызыңыз) (Трудоспособность
в о с с т а н о в л е н а п о л н о с т ь ю ,
снижена, временно утрачена, стойко утрачена в связи с данным заболеванием, с
другими причинами (нужное подчеркнуть)).

[illegible]

Емдеуші дәрігердің алғашқы тексеріп-қарауы
Первичный осмотр лечащего врача

Түсті/Поступил(а): 201__ жыл __ / __ / __ / __ / 201__ года

Осы тексеріп/қараудың уақыты/Время настоящего осмотра: _____

Шағымы/Жалобы:

[illegible]

Ауру анамнезі:

Анамнез болезни:

Өмір анамнезі:

Анамнез жизни:

Аллергиялық сыртартпа/Аллергоанамнез

орын алмайды/ не отягощен

орын алады/отягощен:

Тектілік/Наследственность:

орын алмайды/не отягощена;

орын алады/отягощена:

Дәрі-дәрмектерді қабылдауы/Прием медикаментов:

қабылдамайды/не принимает

қабылдайды/принимает (атауы/наименование, қашан және қабылдау себебі/когда и причины приема)

Жұқпалы аурулармен ауыруы/Перенесенные инфекции:

жоқ /отрицает;

иә/да (қандай ауру
және қашан ауырды): _____

Туберкулез/Туберкулез;

Тері-қан/Кож-Вен.: _____

Гепатит/Гепатит ____;

басқа/др.

Диспансерлік есепке алынған/Состоит на диспансерном учете:

жоқ/нет

иә/да:

Емдеуге жатқызу/Операциялар/Госпитализации/операции:

жоқ/не было

иә/да (соңғыларын

көрсетіңіз: жылы, себебі/указать последние: год, причина): _____

—

Гемотрансфузия жасалған ба?/Проводилась ли гемотрансфузия?

иә/да

жоқ/нет; жасалған

болса, трансфузиялық реакция болды ма?/если да, была ли трансфузионная реакция:

ЖОК/НЕТ;

иэ/да

Об'єктивтік статусы

Түскен кезіндегі зертханалық-аспаптық зерттеулердің деректері/Данные лабораторно-инструментальных исследований при поступлении

Алдын ала қойылған диагноз/Предварительный диагноз

Тексеріп-қарау және емдеу жоспары/ План обследования и лечения

Емдеуші дәрігер / Лечащий врач:Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О. (при его

наличии) _____

Қолы / подпись _____

Карта № _____

Науқастың Т.А.Ә. .(болған жағдайда), палата № (Ф.И.О. (при наличии) больного, № палаты)

К ү н д е р і Даты	К ү н д е л і к Дневник

Клиникалық диагноздың негіздемесі/Обоснование клинического диагноза

Клиникалық диагноз мыналар негізінде қойылған/Клинический диагноз выставлен на основании:

пациенттің шағымдары /жалоб пациента на _____

Ауру сырқатнамасы/анамнеза заболевания: _____

Объективтік мәртебе/объективного статуса: _____

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Зертханалық-аспаптық зерттеу деректері/данных лабораторно-инструментальных исследований:

(атау қажет/перечислить) _____

— — — — —

— — — — —

Клиникалық диагноз/Клинический диагноз:

Негізгі ауру/Основное заболевание: _____

Негізгі аурудың асқынуы/Осложнение основного

заболевания: _____

Ілеспе ауру/Сопутствующее заболевание: _____

_____...

Ілеспе аурудың асқынуы/Осложнение сопутствующего заболевания:

_____...

Емдеуші дәрігер/ Лечащий врач:

Т.А.Ә. .(болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

Қолы / подпись _____

Эпикриз

Негізгі ауруының асқынуы (осложнения основного) _____

Қосалқы (сопутствующий) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Т е м п е р а т у р а п а р а ғ ы

Температурный лист

Карта _____ Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия
, имя, отчество (при его наличии)

больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ палата № _____

[illegible]

Тәуліктік несеп көлемі Суточное количество мочи																				
Н ә ж і с Стул																				
Ванна																				
Талдау түрі (зерттеу түрі) Вид анализа (вид обследования)																				
Талдау (зерттеу) а л ғ а н к ү н і Дата забора а н а л и з а (исследования)																				

Қосымша парақтың артқы беті айдың 16-31 күндері (Оборот вкладного листа с 16 по 31 число месяца)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Дәрігерлік тағайындаулар парағы
(бюджеттік қаражат есебінен)
Лист врачебных назначений
(за счет бюджетных средств)

Карта _____ Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)

больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ палата № _____

Тағайындаулар Назначения	Орындаушылар Исполнители	Тағайындаулар мен олардың орындалуы туралы белгілер/Отметка о назначении и выполнении															
		Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата
Режім	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
Е м д ә м Диета	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
Қолдары Подписи	Дәрігер/Врач																
	Мейіргер / Медсестра																

Қосымша парақтың артқы беті айдың 31 күндері (Оборот вкладного листа по 31 число месяца)

Емделушінің немесе оның мүддесін білдіретін уәкілетті тұлғаның қолы _____

(Подпись пациента или уполномоченного лица, представляющего интересы пациента)

Дәрігерлік тағайындаулар парағы
((бюджеттен тыс қаражат есебінен)
Лист врачебных назначений
(за счет внебюджетных средств)

Карта _____ Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ палата № _____

Тағайындаулар Назначения	Орындаушылар Исполнители	Тағайындаулар мен олардың орындалуы туралы белгілер (Отметка о назначении и выполнении)															
		Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата	Күні Дата
Режім	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
Ем дәм Диета	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																
Қолдары Подписи	Дәрігер Врач																
	Мейіргер Медсестра																

Қосымша парақтың артқы беті айдың 31 күндері (Оборот вкладного листа по 31 число месяца)

Емделушінің немесе оның мүддесін білдіретін уәкілетті тұлғаның қолы _____

(Подпись пациента или уполномоченного лица, представляющего интересы пациента)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

"Предтрансфузиондық эпикриз" медициналық картасы
Медицинская карта "Предтрансфузионный эпикриз"

Пациент _____

медициналық картаның № /№ Медицинской карты _____, бөлімшесі /
отделение _____

Салмағы/Вес _____ кг

Қанның компоненттерін және препараттарын құюға келісім алынған/Согласие на
переливание компонентов и препаратов крови получено

Науқастану тарихындағы трансфузиондық анамнез/Трансфузионный анамнез в
истории болезни:

трансфузия бұрын өткізілмеген/трансфузий ранее не проводилось

ерекшеліктері жоқ трансфузиондық анамнез /трансфузионный анамнез без особенностей

посттрансфузиондық асқынулар болды, қандай екенін көрсету қажет/имели место посттрансфузионные осложнения, указать какие _____

Әйелдер үшін акушерлік анамнез /Акушерский анамнез для женщин:

ерекшеліктері жоқ/без особенностей

көп реттік (5 және одан артық) жүктілікте, өлі туу, түсік және іш тастау жағдайларын қоса/многократные (5 раз и более) беременности, включая случаи мертворождения, абортів и выкидышей в ранних сроках

Иммуногематологиялық ерекшеліктер/Иммуногематологические особенности:

болған жоқ /не выявлены

антигендердің немесе экстраагглютининдердің нұсқалы түрлері табылған/выявлены
вариантные формы антигенов или экстраагглютинины

иммундық антиэритроцитарлық қарсы денелер табылған (белгілі болса, ерекшеліктерін
көрсету қажет)/выявлены иммунные антиэритроцитарные антитела (указать
специфичность, если известно) _____

антиэритроцитарлық қарсы денелер зерттелген жоқ/антиэритроцитарные антитела не
исследовались

Қанның эритроцитті компоненттері (ҚЭК) үшін Көрсеткіштер/Показания для
эритроцитсодержащих компонентов крови (ЭКК)

ОАК, КЩС от " _____ " _____ 20 ____ ж/ г. уақыты/ время _____

Ересектердің қойылтылған эритроциттердің бір мөлшері гемоглобинді шамамен 10г
/л өсіру /Одна доза консервированных эритроцитов у взрослых увеличит гемоглобин
примерно на 10 г/л

өткірқаназдық, гемоглобин /острая анемия, гемоглобин _____ г/л

созылмалы теңгерілмеген қаназдық/хроническая некомпенсированная анемия, гемоглобин _____ г/л, емханалық деректер: шамадан тыс әлсіздікке шағым/клинические данные: жалобы на выраженную слабость, ЧД _____, Рс _____, АД _____

0 қаназдық кезінде O_2 жеткізудің төмендеуі/снижение доставки O_2 при анемии, Hb _____ г/л, PaO_2 _____ мм сын.бағ /мм рт. ст., PvO_2 _____ мм сын.бағ /мм рт. ст.

Есептелген мөлшері /Расчетная доза _____

СЗП/криопреципитатүшін Көрсеткіштер: Соңғы коагулограмманың деректері/
ПОКАЗАНИЯ для СЗП/криопреципитата: Данные последней коагулограммы:

(коагулограмманың өзгерген бір көрсеткіші немесе 30 минуттан артық ВСК жеткілікті/достаточно одного измененного показателя коагулограммы или ВСК более 30 минут)

ПТИ _____%, МНО _____, АЧТВ _____, Фибриноген _____ г/л, АТШ _____

Плазманың гепаринге төзімділігі/Толерантность плазмы к гепарину _____, ВСК _____ мин, _____

Талдау/Анализ от " _____ " _____ 20 ____ г., время _____

коагуляциялық гемостаза факторларының тапшылығы /дефицит факторов
коагуляционного гемостаза

плазмалық антикоагулянттардың тапшылығы/дефицит плазменных антикоагулянтов

плазмаалмасу/ плазмообмен

Есептелген мөлшері /Расчетная доза (12-20 мл/кг) _____

КТ үшін Көрсеткіштер: тромбоциттердің соңғы саны

Показания для КТ: последнее количество тромбоцитов _____ $\cdot 10^9/\text{л}$

Талдау /Анализ от " _____ " _____ 20__ г., время _____

Тромбоцитопения төмен/менее $20 \cdot 10^9/\text{л}$, геморрагиялық тромбоцитопениялық синдром/
геморрагический тромбоцитопенический синдром

Тромбоцитопения менее $10 \cdot 10^9/\text{л}$ төмен геморрагиялық синдромсыз/ без
геморрагического синдрома.

Тромбоцитопения төмен/ менее $50 \cdot 10^9/\text{л}$, хирургиялық операция/хирургическая операция.

Тромбоцитопения төмен /менее $100 \cdot 10^9/\text{л}$, нейрохирургиялық операция/нейрохирургическая операция.

Тромбоцитопатия, геморрагиялық синдром/геморрагический синдром.

Есептелген мөлшері /Расчетная доза _____

Альбумин үшін Көрсеткіштер/ Показания для альбумина:

Гипопротеинемия/гипоальбуминемия _____ г/л,

талдау /анализ от " _____ " _____ 20__ жыл/года. уақыты /время _____

Дәрігердің Тегі, Аты, Әкесінің аты (болған жағдайда), трансфузияға негізделген көрсеткіштер/Фамилия, Имя, Отчество (при его наличии) врача, обосновавшего показания к трансфузии

Дәрігердің қолы /Подпись врача _____ Уақыты /Время _____
күні /дата _____

Трансфузияның көрсеткіштері тексерілгенін растаймын/Показания к трансфузии
проверены, подтверждаю

Бөлімше меңгерушісі/Заведующий отделением _____ Қолы/ Подпись _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Жеке іріктелген қан нәтижесі Результат индивидуального подбора к р о в и Жеке іріктеу № Индивидуальный подбор №	Жеке іріктелген қан нәтижесі Результат индивидуального подбора к р о в и Жеке іріктеу № Индивидуальный подбор №
Қанды жеке және арнайы іріктеуге жолдама Направление на индивидуальный и специальный подбор крови № 20 жылғы (год) " " жолданған күні (дата направления) Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии))	№ 20 жылғы (год) " " жолданған күні (дата направления) Т.А.Ә.(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии))
ЖСН (ИИН) Туған күні (Дата рождения) жынысы (пол) ӘАОЖ коды (Код КАТО): Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)	ЖСН (ИИН) Туған күні (Дата рождения) жынысы (пол) ӘАОЖ коды (Код КАТО): Үйінің мекенжайы (Домашний адрес)
Байланыс ақпараты / Контактная информация	ция
Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә.(болған жағдайда)/ (Ф.И.О. (при наличии)) врача, направившего на исследование)	Талдауға жіберген дәрігердің Т.А.Ә.(болған жағдайда)/ (Ф.И.О. (при наличии)) врача, направившего на исследование)
Зерттеуге жіберу МҰ (МО направившая на исследование)	Зерттеуге жіберу МО (МО
Төлеу санаты (Категория по оплате): 1 – қолма қол есеп айырысу (наличный расчет), 2 – тегін медициналық көмектің кепілдендірілген	

Толтырылған күні және уақыты (Дата и время заполнения)

(Пробы на индивидуальную
совместимость обязательны)

Донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға
ақпараттандырылған ерікті келісім (бас тарту) Осы донорлық қанның компоненттерін

және (немесе) препараттарын құюға ақпараттандырылған ерікті келісім/бас тарту "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 91-бабының 3, 4-тармақтарына сәйкес құрастырылған.

1. Маған, _____

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болған жағдайда) пациент өз қолымен жазады)

денсаулығымның жағдайы және донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға көрсеткіштердің бар болуы түсіндірілді.

1.2. Осымен, мен қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісім беремін/ бас тартамын*.

1. 3. Осы келісім/бас тарту (керекті астын сызу қажет) келесілерге таратылады (таңдау қажет):

1) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың барлық жағдайлары ауруханада жату кезеңінде;

2) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю бір күн ішінде _____
_____ (пациенттің өз қолымен жазылады, жоспарланған құю күні көрсетіледі)

1.4. Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың мүмкін асқынулары (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

1.5. Менде сұрақ қоюға мүмкіндік болды және барлық сұрақтарға анық түрде түбегейлі жауаптар алдым.

1.6. Мен өз қолыммен жоғарыда айтылғандарды оқығанымды және түсінгенімді растаймын.

(пациенттің өз қолымен жазылады)

1.7. Құюдан бас тартқан жағдайда _____
_____ (пациенттің өз қолымен жазылады, қанның компоненті және (немесе) препараты көрсетіледі)

құюдан бас тартқандықтан өміріме қауіп туған жағдайларда, менің бас тарту туралы шешімім (керекті астын сызу қажет):

- өзгереді,

- өзгермейді*.

1.8. Егер менің шешім қабылдауға жағдайым болмаса (есім болмаса), құю туралы шешімді дәрігерлердің комиссиясы немесе менің заңды өкіл(-дер)ім қабылдайды** _____

(пациенттің өз қолымен жазылады, шешімді кім қабылдады –дәрігерлердің комиссиясы немесе тегін және байланыс телефондарын көрсете отырып заңды өкілі (дері))

Пациенттің қолы: _____

Пациентті ақпараттандырған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

2. Егер пациент кәмелетке толмаған жаста болса немесе қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісу/бас тарту туралы өз еркімен шешім қабылдай алмаса оның заңды өкілі қол қояды.

2.1. Маған, _____

(тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) заңды өкілдің өз қолымен жазылады)

менің баламның/қамқорлығымдағы адамның денсаулығының жағдайы _____

(баланың/қамқорлығындағы адамның тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) және туған күні көрсетіледі)

Және донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға көрсеткіштердің бар болуы түсіндірілді.

2.2. Осымен, мен қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісім беремін (бас тартамын) (керекті астын сызу қажет)*.

2.3. Осы келісім (бас тарту) (керекті астын сызу қажет) келесілерге таратылады (таңдау қажет):

1) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың барлық жағдайлары ауруханада жату кезеңінде;

2) қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю бір күн ішінде _____
_____ (заңды өкілдің өз қолымен жазылады, жоспарланған құю күні көрсетіледі)

2.4. Маған қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдың мүмкін асқынулары (реакциялар, асқынулар, оның ішінде өмірге қауіпті, вирустық және бактериалдық инфекцияларды жұқтыру), сондай-ақ құюдан бас тарту түсіндірілді.

2.5. Менде сұрақ қоюға мүмкіндік болды және барлық сұрақтарға анық түрде түбегейлі жауаптар алдым.

2.6. Мен өз қолыммен жоғарыда айтылғандарды оқығанымды және түсінгенімді растаймын.

(заңды өкілдің өз қолымен жазылады)

2.7. Құюдан бас тартқан жағдайда _____
_____ (заңды өкілдің өз қолымен жазылады, қанның компоненті және (немесе) препараты көрсетіледі)

құюдан бас тартқандықтан менің баламның/қамқорлығымдағы адамның өміріне қауіп туған жағдайларда, менің бас тарту туралы шешімім (керекті астын сызу қажет):

Өзгереді,

Өзгермейді*.

Заңды өкілдің қолы және тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

Заңды өкілді ақпараттандырған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)

3. Егер пациент кәмелетке толмаған жаста болса немесе қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға келісу/бас тарту туралы өз еркімен шешім қабылдай алмаса, ал оның заңды өкіл(-дер)і белгілі болмаса немесе қол жетімді болмаса, қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю туралы шешімді құрамында кем дегенде 3 адамнан тұратын дәрігерлердің комиссиясы қабылдайды.

Комиссиялық шешімнің жарамдылық мерзімі 1 тәуліктен артық емес немесе пациенттің заңды өкілі пайда болғанша немесе пациенттің қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құю туралы өз бетінше шешім қабылдай алғанша.

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

Комиссия дәрігерінің

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), қолы _____

*Ескерту: пациент (немесе оның заңды өкілі) донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюдан бас тартқан жағдайда, қанның компоненттерін құюдан ақпараттандырылған ерікті бас тартуға бөлімшені меңгерушісі қол қояды.

** Ескерту: 1.8-тармақ 1.7-тармаққа оңтайлы жауап болған кезде толтырылады.

Донорлық қанның компоненттерін және (немесе) препараттарын құюға ақпараттандырылған ерікті келісім (бас тарту) бланкісі толтырылған күні және уақыты

(пациентті немесе заңды өкілді ақпараттандырған дәрігермен толтырылады)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Информированное добровольное согласие (отказ) на переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови

Настоящее информированное добровольное согласие/отказ на переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови составлено в соответствии с пунктами 3, 4 статьи 91 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения"

1. Мне, _____

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) вписывается собственноручно пациентом)

разъяснены состояние моего здоровья и наличие показаний для переливания
компонентов _____ и _____ (или) _____ препаратов
донорской крови.

1.2. Настоящим, я даю согласие/отказываюсь (нужное подчеркнуть) на переливание
компонентов и (или) препаратов крови*.

1. 3. Данное согласие/отказ (нужное подчеркнуть) распространяется на (выбрать):

1) все случаи переливания компонентов и (или) препаратов крови в течение периода
госпитализации;

2) переливание компонентов и (или) препаратов крови в течение дня

_____ (_____
в п и с ы в а е т с я _____ с о б с т в е н н о р у ч н о
пациентом, указывается дата планируемого переливания)

1.4. Мне разъяснены возможные последствия переливания компонентов и (или)
п р е п а р а т о в _____ к р о в и _____ (р е а к ц и и ,
осложнения, в том числе опасные для жизни, заражение вирусными и бактериальными
инфекциями), а также отказа от переливания.

1.5. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а)
исчерпывающие ответы в доступной форме.

1.6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) и понял (а) все
вышеизложенное

(вписывается собственноручно пациентом)

1.7. При отказе от переливания _____

(вписывается собственноручно пациентом, указывается компонент и (или) препарат крови)

в случаях, когда из-за отказа от переливания возникнет непосредственная угроза
м о е й ж и з н и , м о е р е ш е н и е о б
отказе (нужное подчеркнуть):

- изменяется,

- не изменяется*.

1.8. Если я буду не в состоянии принимать решения (при нарушении сознания),
решение о п р о в е д е н и и п е р е л и в а н и я
принимается комиссией врачей или моим(и) законным(и) представителем(лями) **

(вписывается собственноручно пациентом, кем принято решение – врачебной
к о м и с с и е й и л и з а к о н н ы м (и)
представителем(лями) с указанием его(их) фамилии(й) и контактных телефонов)

Подпись пациента: _____

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача, проинформировавшего
пациента _____

2. В случае, если пациент несовершеннолетний или находится в состоянии, не позволяющем ему самостоятельно принимать решения о согласии/отказе на переливание компонентов и (или) препаратов крови, согласие/отказ подписывается его законным представителем.

2.1. Мне, _____

—

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии) вписывается собственноручно законным представителем)

разъяснены состояние здоровья моего ребенка/ подопечного _____

(указывается Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и дата рождения ребенка/ подопечного)

и наличие показаний для переливания компонентов и (или) препаратов донорской крови.

2.2. Настоящим, я даю согласие (отказываюсь) (нужное подчеркнуть) на переливание компонентов и (или) препаратов крови*.

2.3. Данное согласие (отказ) (нужное подчеркнуть) распространяется на (выбрать):

1) все случаи переливания компонентов и (или) препаратов крови в течение периода госпитализации;

2) переливание компонентов и (или) препаратов крови в течение дня _____

_____ (вписывается собственноручно законным представителем, указывается дата планируемого переливания)

2.4. Мне разъяснены возможные последствия переливания компонентов и (или) препаратов крови (реакции, осложнения, в том числе опасные для жизни, заражение вирусными и бактериальными инфекциями), а также отказа от переливания.

2.5. Я имел (а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил (а) исчерпывающие ответы в доступной форме.

2.6. Я подтверждаю своей подписью, что прочитал (а) и понял (а) все вышеизложенное _____

(вписывается собственноручно законным представителем)

2.7. При отказе от переливания

(вписывается собственноручно законным представителем, указывается компонент и (или) препарат крови)

в случаях, когда из-за отказа от переливания возникнет непосредственная угроза жизни моего ребенка/ подопечного, мое решение об отказе (нужное подчеркнуть):

Изменяется,

Не изменяется*.

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) законного представителя_____

—

Подпись и Фамилия, имя, отчество (при его наличии) врача, проинформировавшего законного представителя

—

3. В случае, если пациент несовершеннолетний или находится в состоянии, не позволяющем ему самостоятельно принимать решения о согласии (отказе) на переливание компонентов и (или) препаратов крови, а его законный(е) представитель(и) неизвестны или недоступны, решение о переливании компонентов крови и (или) препаратов принимается комиссией врачей в составе не менее 3 человек.

Комиссионное решение имеет срок действия не более 1 суток или до появления законного представителя пациента или возможности пациента самостоятельно принимать решение о согласии на переливание компонентов и (или) препаратов крови.

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии_____

—

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии _____

—

Фамилия, имя, отчество (при его наличии),

подпись врача комиссии _____

—

*Примечание: В случае отказа пациента (или его законного представителя) от переливания компонентов и (или) препаратов донорской крови, информированный добровольный отказ от переливания компонентов крови визируется подписью заведующим отделением.

** Примечание: Пункт 1.8 заполняется только при положительном ответе пункта 1.7.

Дата и время заполнения бланка информированного добровольного согласия (отказа) на переливание компонентов и (или) препаратов донорской крови

—

(заполняется врачом проинформировавшим пациента или законного представителя)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Эритроцитқұрамды заттар трансфузиясының хаттамасы/
Протокол трансфузии эритроцитосодержащих средств

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)

больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Трансфузияны өткізген күні (Дата проведения трансфузии) _____

(күні, айы, жылы) (число, месяц, год)

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии): басталды (начата)
с а ғ а т (ч а с) _ _ _
минут (минута)_____, аяқталды (окончена) сағат (час)____ минут (минута)_____.

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность
больного)

Трансфузия өткізілетін аурухана бөлімшесі (Отделение больницы, где проводится
трансфузия)

Сырқатнама № (№ истории болезни) _____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД) _____, Ps _____, t⁰ _____

Трансфузиялық сыртартпа (Трансфузионный анамнез) _____

Трансфузия көрсетілімдері (Показания к трансфузии) _____

Трансфузиялық заттың атауы (Наименование трансфузионной среды) _____

Донордың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность донора) _____

Трансфузиялық зат этикеткасының нөмірі (Номер этикетки трансфузионной среды) _____

Трансфузиялық затты дайындаушы ұйымның атауы (Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды)

Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды) _____

Үйлесу сыналасын өткізу (Проведение проб на совместимость):

Қан тобы арқылы (по группе крови) _____

Резус-тиістілігі арқылы (по резус-фактору) _____

Сынап көруді өткізген дәрігердің Т.А.Ә (болған жағдайда), қолы (қан тобы және резус) _____

(Ф.И.О. (при наличии), подпись врача, проводившего пробы (группа крови и резус)

- биологиялық сыналасы арқылы (биологическая проба) _____

Құйылған (Перелито) _____ миллилитр (мл) (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып –

сорғалатып – керекті астын сызу; внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно – нужное подчеркнуть)

Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқыну (Реакции и/или осложнения после трансфузии)

Қабылданған шаралар (Предпринятые меры) _____

Трансфузияны өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) врача, проводившего трансфузию)

(қолы) (подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии): Ps _____, АҚ (АД) _____, t^0 _____
_ (1 сағаттан кейін (через 1 час));

Ps _____, АҚ (АД) _____, t^0 _____ (2 сағаттан кейін (через 2 часа));

Ps _____, АҚ (АД) _____, t^0 _____ (3 сағаттан кейін (через 3 часа)).

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) _____

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) _____

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

медсестры) _____

Қолы; (подпись) _____

Күні, уақыты (дата, время) _____

—

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Қан компоненттері, препараттары трансфузиясының
х а т т а м а с ы /
П р о т о к о л

трансфузии компонентов, препаратов крови

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)

больного) _____

Туған күні (Дата рождения)_____

Трансфузия өткізу күні (Дата проведения трансфузии)_____

(күні, айы, жылы; число, месяц, год)

Трансфузияны өткізген уақыты (Время проведения трансфузии):

басталды (начата) сағат (час)____ минут (минута)____,

аяқталды (окончена) сағат (час)____ минут (минута)_____.

Науқастың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность
больного)

Трансфузияны өткізген ауырухана бөлімшесі (Отделение больницы, где проводится
трансфузия)

Сықатнаманың № (№ истории болезни) _____

Трансфузияға дейін (До трансфузии): АҚ (АД) _____, Ps _____, t^0 _____

Трансфузиондық сықатнама (Трансфузионный анамнез) _____

Трансфузияға көрсетілімдер (Показания к трансфузии) _____

Трансфузиялық заттың атауы (Наименование трансфузионной среды) _____

Донордың қан тобы мен резус-тиістілігі (Группа крови и резус-принадлежность донора)

Трансфузиялық заттың этикеткасының нөмірі/сақтау мерзімі (Номер этикетки трансфузионной среды /срок годности)

Трансфузиялық затты дайындаушы ұйымның атауы (Наименование организации-заготовителя трансфузионной среды)

Трансфузиялық затты дайындау күні (Дата заготовки трансфузионной среды)_____

Үйлесу сыналасын өткізу (Проведение проб на совместимость):

Биологиялық сыналасы арқылы (биологическая проба)_____

Құйылған (Перелито)_____мл (тамыр арқылы, тамшылатып, сорғалатып, тамшылатып -сорғалатып – керекті астын сызу; внутривенно, капельно, струйно, капельно-струйно – нужное подчеркнуть)

Трансфузиядан кейінгі серпіліс және/немесе асқыну (Реакции и/или осложнения после трансфузии)

Қабылданған шаралар (Предпринятые меры) _____

Трансфузияны өткізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии) врача, проводившего трансфузию)

(қолы, подпись)

Трансфузиядан кейін (После трансфузии): Ps _____, АҚҚ (АД) _____, t^0 1 сағаттан кейін (через 1 час);

Ps _____, АҚҚ (АД) _____, t^0 _____ 2 сағаттан кейін (через 2 часа);

Ps _____, АҚҚ (АД) _____, t^0 _____ 3 сағаттан кейін (через 3 часа)

Несептің бірінші бөлігінің түсі (Цвет первой порции мочи) _____

Тәуліктік диурез (Суточный диурез) _____

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при наличии)

медсестры) _____

(күні, уақыты; дата, время)

(қолы; подпись)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Науқастың трансфузиялық парағы /трансфузионный лист больного _____

№ _____

№	Күні Дата	Трансфузиялық заттың атауы Наименование трансфузионной среды	Мөлшері, мл Количество , мл	Донордың қан тобы, R h Группа крови, Rh донора	Көрсетілімдер Показания	Заттаңба №, өндіруші № этикетки, производитель	Асқынулар Осложнения	Дәрігердің Т.А.Ә. Ф.И.О. врача
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Реанимация және жіті терапия бөлімшесіндегі (палатасындағы) тағайындаулар мен
науқас жағдайының негізгі көрсеткіштерінің картасы

Наукас (больной) _____ Күні (дата) _____

Жасы (возраст): _____ Жынысы (пол): _____ ЖСН/ИИН _____

Қанның тобы (Группа крови) _____ Қанның резус-факторы (резус-фактор) _____

[illegible]

Операциялық әрекет (Оперативное вмешательство):

Препаратты көтере алмауы (Непереносимость препаратов)

Жағдайы (Состояние):

Катетер енгізу (Катетеризация):

АИТВ-ға тестілеу нәтижесі (Результат анализа на Вирус иммунодефицита человека): _____

Гепатит үшін сынақ нәтижесі (Результат анализа на гепатит): _____

Уақыты Время		9	10	11	12	13
t C						
ДАЖ(ЧДД) / ӨЖВ (ИВЛ)						
SpO2 / FiO2						
ОВҚ (ЦВД)						
ЖСЖ (ЧСС) / ҚҚ (АД)	220					
	210					
	200					
	190					
	180					
	170					
	160					
	150					
	140					
	130					
	120					
	110					
	100					
	90					
	80					
	70					
	60					
	50					
	40					
	0					
В А Ш	б о й ы н ш а	қ а қ с а у	б а ғ а л а у /			
Оценки боли по ВАШ						
R A S S	д е л и р и я	б а ғ а л а у /				
Оценка делирия RASS. (Ричмондская шкала оценки ажитации и седатации)						

АРИТБ-нде елесті ауруларды тексеру

Диагностика делирия в ОАРИТ

RASS: Ричмондтық тағатсыздануды және седацияны бағалау межесіздігі

Ричмондская шкала оценки ажитации и седатации.

1 Кесте

Таблица 1.

+ 4	Басқыншыл Агрессивен	Науқас басқыншыл, кездейсоқ көрінген психомоторлық қозулар, медицина кықметкердеріне зақым келтіруі мүмкін Пациент агрессивен, возникают эпизоды выраженного психомоторного возбуждения, возможно нанесение физического ущерба медицинскому персоналу
+ 3	Тағатсыздануды білдіру Выражения ажитация	Науқас басқыншыл, катетерлерді, шолғыны, дренажды, түтікті алып тастайды. Пациент агрессивен, удаляет катетеры, зонды, дренажи, трубки
+ 2	Тағатсыздану Ажитация	Мақсатқа сай келмейтін жиі қозғалыс белсенділігі, ӨЖЖ кезінде респиратормен "к ү р е с " Частая нецеленаправленная двигательная активность, "борьба" с респиратором при проведении ИВЛ
+ 1	Мазасыздық Беспокойство	Науқас мазасыз, кейде қорқыныш сезімінде, бірақ басқыншыл, ал қозғалыс белсенділігінде бүлдіргіш бағыт жок Пациент беспокоен, иногда испуган, но неагрессивен, а двигательная активность не имеет деструктивной направленности
0	Байсалдылық ж ә н е	

У а қ ы т ы Время	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8
Дефибриляция																								
ЭИТ																								
ЭКС																								
Т.е.массаж Непрямой массаж																								
ОЖЖ (ИВЛ)																								
Медикаментозная поддержка Дәрілерді қолдану																								

Күндізгі медбике (мед. аға) Дневная медсестра (мед. брат): _____

Түнгі медбике (мед. аға) Ночная медсестра (мед. брат): _____

Кезекші дәрігер (Дежурный врач): _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Анестезиологтың консультациясы

Консультация анестезиолога

Тексерілген күні (Дата осмотра) 20 жылғы (года) " ", уақыты (время)

Анестезиолог дәрігер _____,

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____, аурудың тарихы № ____
— — — — —
жынысы _____, жасы _____ ЖСН/ИИН

Ф.И.О. (при его наличии) больного № истории болезни _____ пол возраст

Шағымы (Жалобы) _____

Анамнездер: а) бастан өткерген аурулары (ия/жоқ) _____

перенесенные заболевания (да/нет)

Бастан өткерген операциялары (ия/жоқ) _____

перенесенные операции, (да/нет)

Бұрынғы анестезиялары (ия/жоқ) _____

предыдущие анестезии (да/нет)

Қосалқы аурулары (ия/жоқ) _____

сопутствующая патология (да/нет)

Аллергиясы (ия/жоқ) _____

аллергия (да/нет)

Қан құю (ия/жоқ), асқынулары (ия/жоқ) _____

переливание крови (да/нет), осложнения(да/нет)

Үнемі дәрі қолдануы (ия/жоқ) _____

постоянный прием лекарств (да/нет)

Зиянды әдеттер: темекі шегу (ия/жоқ), ішімдікті, есірткіні шектен тыс тұтыну (ия/жоқ) _____

вредные привычки: курение (да/нет), алкоголь, наркотики (да/нет)

Объективті статусы: а) дене салмағы _____ кг, бойы _____ см.

Объективный статус: вес рост

Денесі дұрыс қалыптасқан (ия/жоқ) _____

телосложение правильное (да/нет)

Аяқ көктамырының патологиясы (ия/жоқ) _____

патология вен нижних конечностей (да/нет)

Мойны қысқа (ия/жоқ) шея короткая (да/нет)

Ауыз қуысы (ерекшеліктері: ия/жоқ) полость рта (особенности: да/нет) _____

Тері жабындысы _____

кожные покровы

Демалу жүйесі: _____

система дыхания: -бос (ия/жоқ) _____ свободное (да/нет)

Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ 1 минутте, везикулярлы (ия/
ж о қ) _ _ _ _ _
қорылы хрипы (ия/жоқ) (да/нет) _____

Қанайналымы жүйесі: (Системы кровообращения) тамыр соғуы (пульс в мин) _____
_ _ _ _ _ 1 _____ м и н .
екпіні, ырғақтығы (ритмичный) (ия/жоқ) (да, нет) _____

АҚҚ (АД) _____ мм рт.ст., жүрек дыбысы (таза: ия/жоқ) _____

ЦВД _____ мм вод. ст. _____ тоны сердца (чистые: да/нет)

ж) ішперде қуысыорганы: іші (жұмсақ: ия/жоқ; кебуі: ия/жоқ) _____

органы брюшной полости: живот (мягкий: да/нет, вздут: да/нет)

з) нервтік-психикалық статусы (ерекшеліктері: ия/жоқ) _____

нервно-психический статус (особенности: да/нет)

Зертханалық мәліметері: Қан тобы (группа крови) _____, қанның
резус-факторы _____ (резус-фактор)

Лабораторные данные: RW (диагностика сифилиса в латентной форме) _____
_____; Hb _____ (гемоглобин)
_____; RBC (эритроциты) _____; Ht (гематокрит) _____; PLT (тромбоциты) _____
_____; қант _____ (глюкоза)
_____; жалпы ақуыз (общий белок) _____; зәрі (мочевина) _____;
креатинин _____ (креатинин)
_____; K _____; Na _____; жалпы билирубин (общий билирубин) _____
_____; ПТИ _____,
фибриноген _____ г/л.

ЭКГ _____

Кеуденің рентгенографиясы (Рентгенография грудной клетки) _____

Қорытынды (Заключение):1) Анестезиялық килігудің түрін болжамдау (предполагаемый вид анестезии)

2) Тұлғалық статусы ASA (физический статус по ASA) – (ASAI, ASAII, ASAIII, ASAIV, ASAV)

3) Рябов бойынша жансыздандыру қаупі (анестезиологический риск по Рябову): I, IIА, IIБ, IIIА, IIIБ, IV

Тағайындаулар

(Назначения): _____

Анестезиолог дәрігердің қолы _____

Подпись анестезиолога

Науқастың анестезияға келісім беру: Анестезиялық көмекке пациенттің ерікті ақпараттандырылған алған емделушінің келісімі ("Азаматтардың денсаулығын қорғау туралы" ҚР заңының 11-20 бабы). Маған берілген мағлұматтың нақтылығын растаймын және анестезия көмегімен жасалатын операцияға өз еркімен беріп, осы құжатқа қолымды қоямын. Анестезияда мүмкін болатын нұсқалар маған түсіндірілді. Анестезия әдісін тандауды анестезиолог дәрігермен бірге жасадым. Асқынудың мүмкіндігі туралы мағлұмат алдым және операцияны анестезиямен қматамасыз етуін жасауына қажет инвазивті манипуляцияға келісімді беремін, сондай-ақ операцияда және анестезияда, негізгі аурудың асқынуларын емдегенде туындайтын қажет манипуляцияға келісімді беремін.

Согласие пациента на анестезию: Добровольное информированное согласие пациента на анестезиологическое пособие (Ст.11-20 Закона от 7 июля 2006 года "Об охране здоровья граждан"). Подписывая данный документ, я подтверждаю достоверность представленной мной информации и даю добровольное согласие на

проведение анестезиологического обеспечения операции. Мне разъяснены возможные варианты анестезии. Выбор метода анестезии осуществлен мною совместно с анестезиологом. Я информирован(а) о возможности осложнений и даю согласие на проведение инвазивных манипуляций, необходимых для проведения анестезиологического обеспечения операции, а также манипуляций, необходимость в которых могут возникнуть при лечении осложнений основного заболевания.

Науқастың қолы (қамқоршы) _____ Анестезиолог дәрігердің қолы _____

Подпись больного (опекуна) _____ Подпись анестезиолога _____

Ұсыныстар (рекомендации):

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Науқасты операциядан кейін бақылау картасы
Карта послеоперационного наблюдения пациента

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Стационарлық науқастың медициналық картасының № _____ Жынысы (Пол) _____

(Номер карты стационарного больного)

Түскен күні (Дата поступления) _____

Түскен уақыты (Время поступления) _____ Профилі (Профиль) _____

Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____

Ауыстырылған уақыты (Время перевода) _____

Диагнозы (Диагноз) _____

Операциясы (Операция) _____

Анестезияның түрі (Вид анестезии) _____

Респираторлық жәрдем көрсету (Проведение респираторной поддержки)

Респиратор:

МТК (МОД), л/мин _____ ТК (ДО), мл _____
ПДКВ _____

Түтікті алып тастау (Экстубация) _____

Наукастың жағдайы тұрақталды, профильді бөлімшеге емделу үшін ауыстырылады

(Состояние пациента стабилизировалось, для дальнейшего лечения пациент переводится в профильное отделение)

Ауыстыру кезіндегі наукастың жағдайы (Состояние пациента на момент перевода):

Ауыстыру кезіндегі көрсеткіштері (Показатели на момент перевода):

ҚА (АД), мм рт. ст. _____ ЖЖЖ, екпіні/мин. (ЧСС, ударов/мин) _____

—

Т., град. С _____ ТАЖ (ЧДД), мин⁻¹. _____

Қосымша енгізілді (Дополнительно вводилось):

Бақылау уақытында (За время наблюдения):

Инфузия, мл _____

Диурез, мл: _____

Дәрігер (Врач): _____

(қолы; подпись)

(күні, уақыты; дата, время)

Мейіргердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. . (при его наличии))

медсестры) _____

(күні, уақыты; дата, время)

(қолы; подпись)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Анестезия картасы Карта анестезии

		30 0	0 30 0	0 30 0	0 30 0 № страницы

Премедикация 1) Науқастың сәйкестендіру (Идентификация пациента) 2) Гемотрансфузиялық дайын (Гемотрансфузионная готовность) 3) Операция 4) Мониторинг 5) Анестезия аппараты (Наркозный аппарат) 6) Науқастың келісімі (Согласие пациента) 7) Тыныс алу жолдары (Дыхательные пути): Ларингоскопия (Ларингоскопия) - Оңалту (Санация) Жалпы анестезия (Общая анестезия) Индукция Маска к/т (в/в) б/е (в/м) Жылдам индукциясы (Быстрая индукция) 1) Аймақтық анестезиядан көшу (Переход с региональной анестезии) 2) Тек маска (только маска) 3) Ларингеальдық маска (ларингеальная маска) 4) Интубациялық түтікпен (интубированный) 5) Трахеостомия	Дәрі - Газдар (Газы дәрмектер (Венаға (Медикаменты Внутривенно)))	O2/ / N2O / AIR Изофлюран Севофлюран Пропофол Брюзепам / Реланиум Листенон/ Ардуан / Рокуроний Фентанил Атропин Димедрол Кетамин Тиопен Лидокаин Адреналин Дофамин Антибиотики Бупикаин/ Ропивакаин Гепарин Этамзилат Преднизолон Ондансетрон	

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. . (при его наличии))): _____
Туған күні (Дата рождения) "____" _____г.
ЖСН/ИИН _____

Стационарлық
наукастың
медициналық
картасының
қосымша
парағы
Вкладной
лист к
медицинской
карте
стационарного
больного

№	о п е р а ц и я н ы ң	х а т т а м а с ы
(Протокол операции №)		
Негізгі, қосымша (керегін сызыңыз) (Основная, дополнительная (нужное отметить))		
Бөлімше (Отделение)		

Стационарлық	науқас	картасының	№
(Карта стационарного больного №)			
Операция	басталды	(күн,	уақыт):
(Дата и время начала операции)		"____" ____ .20 ____ ж. (г.) ____:____	

Операция аяқталды (күн, уақыт): (Дата и время окончания операции)	" ____ " ____ .20 ____ ж. (г.) ____ : ____
Хирург:	
Ассистент:	
Ассистент:	
Анестезиолог:	
Операциялық мейіргер (операционная сестра):	
Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда): (Фамилия, имя, отчество больного (при наличии))	
Туған күні, айы, жылы, жасы: (Дата рождения, возраст)	
Операцияға дейінгі диагноз: (Диагноз до операции)	
Операциядан кейінгі диагноз: (Диагноз после операции)	
Ауырсынуды басу: (Обезболивание)	

Операцияның атауы (Название операции):	

Операцияны сипаттау (Описание операции)

Қан жоғалту (Кровопотеря):	
Асқынулар (Осложнения):	
Препаратты сипаттау (аластанған ағза, ағза бөлігі) (Описание препарата (удаленного органа, части органа))	Үлгілер зерттеуге жіберілді иә/жоқ (керекті астын сызыңыз) Образцы отправлены на исследование да/ нет (нужное подчеркнуть)
Операцияның аяқталуы (Исход операции):	
20 жылғы (г.) " ____ " ____ ____ . _____ :	
Хаттаманы жазу күні, уақыты (Дата, время написания протокола)	Операция жасаған хирургтің қолы (подпись оперировавшего хирурга)

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Инвазивтік емшара хаттамасы

Протокол инвазивной процедуры

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О.(при его наличии))	
ЖСН/ИИН _____	
Науқастың туған күні (Дата рождения больного)	
Медициналық картасының № (№ мед. карты):	
Емшара жасау күні мен уақыты (Дата и время проведения процедуры):	
Емшараға дейінгі д/з (Д/з до процедуры):	
Емшарадан кейінгі д/з (Д/з после процедуры):	
Емшараның атауы (Название процедуры):	
Емшараның хаттамасы (Протокол процедуры): Анестезия түрі, операцияның ағыны, олжа, пайдаланылған материал, операция кезіндегі асқынулар (егер болмаса, "операция кезінде асқынулар болған жоқ" деп көрсету қажет), консультанттардың операцияға қатысуы және басқа . Вид анестезии, течение операции, находки, использованный материал, осложнения во время операции (если не было, необходимо указать "осложнений во время операции не было"), участие консультантов во время операции и др.	
Қан жоғалту көлемі (Объем кровопотери): _____ (егер болмаса, көрсету қажет)(если не было, необходимо указать)	
Хирург (операция жасайтын) (оперирующий): Тегі, аты-жөні (болған жағдайда) (Фамилия, (при его наличии) инициалы)	
Ассистент: Тегі, аты-жөні (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	
Анестезиолог: Тегі, аты-жөні (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	
Опер. сестра: Тегі, аты-жөні(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при его наличии)	
Емшарадан кейінгі бақылау және емделу жоспары (План наблюдения и лечения после процедуры): одан әрі дәрігердің, мейіргердің және басқалардың әрекетін көрсетіңіз (указать дальнейшие врачебные, сестринские и др. действия)	
Хаттаманы жазу күні, уақыты, қолтаңба (Дата, время написания протокола, подпись)	

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Жүрек-қан тамырларына операция жасаудағы
операция кезеңінің картасы
Карта операционного периода
при проведении сердечно-сосудистых операций

Қан тобы (Группа крови) _____

20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Ұюы (Свертываемость) _____

Қан ағу ұзақтығы (Длительность кровотечения) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) _____

Сықатнаманың № (История болезни №) _____ Шұғыл (экстренный) ия, жоқ (да
, нет) _____

Протротромб индексі (Индекс протротромбиновый) _____

Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Салмағы (Вес) _____

Бойы (Рост) _____ Тістері (Зубы) _____

Тромбоциттер (Тромбоциты) _____

Операцияға дейінгі (Диагноз до операции)	диагнозы Болжанған (Предполагаемая операция)	операция
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Науқастың операция алдындағы жағдайы
Состояние больного перед операцией

Артериялық қысымы (Артериальное давление) _____ Веналық қысымы (Венозное давление) _____

Тамыр соғуы (Пульс) _____

Жүрек (Сердце) _____

ЭКГ _____

Рентген _____

Қан (Кровь): Гемоглобин _____ Эритроциттер (Эритроциты) _____

Лейкоциттер (Лейкоциты) _____ ЭШЖ (СОЭ) _____

Өкпе (Легкие) _____ O₂ тұтыну (Потребление O₂) _____

Оң жақ өкпе қап (Плевра справа) _____ сол жақ (слева) _____

Еңтігудің пайда болуы (Одышка возникает при) _____

Негізгі заталмасу (Основной обмен) _____ Қандағы билирубин (Билирубин
крови) _____

Қандағы қант (Сахар крови) _____

Бауыр (Печень) _____ Несеп (Мочевина) _____

Қалдық азот (Остаточный азот) _____ Белок _____

Бүйректер (Почки) _____ Несеп талдауы (Анализ мочи) _____

Диурез _____ Гормондық терапия (Гормональная терапия) _____

Аллергия _____ Бұрынғы наркоздар (Предыдущие наркозы) _____

Толықтыру (Дополнение) _____

Бітелуге, ЖҚ-на төзу мүмкіндігі (Возможная переносимость окклюзии, ИК) _____

Операция мен анестезия қаупі (Риск операции и анестезии) _____

— — — — — — — —

Ауырсынуды басу түрлеріне айғақтармен қарсы айғақтар
Показания и противопоказания к виду обезболивания

Н а р к о з ғ а д а я р л а у

Подготовка к наркозу

Операция қарсаңындағы кеште

Операция күні таңертең

Накануне вечером

Утром в день операции

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

(5 мин. уақыттан соң) АҚК мен тамыр соғуы

(Время через 5 мин.) (АД и пульс)

[illegible]

Тыныс алуды басқару (Управление дыханием) _____

Бұлшық ет релаксанттарының шығыны (Расход мышечных релаксантов) _____

Жасанды қанайналым (Искусственное кровообращение) _____

Басқарулы гипотония: әдісі (Управляемая гипотония: метод) _____

Гипотермия _____

Наркоз бен операция кезіндегі асқынулар – емдеу іс-шаралары
Осложнения по ходу наркоза и операции – лечебные мероприятия

Интубацияға әрекеттену саны (Число попыток интубации) _____

Венесекция, катетерлеу (Венесекция, катетеризация) _____

Бұлшық ет жыпылықтауы (Фибрилляции до) _____

___ дейін

Тоқтауы (Остановка) _____

АҚ төмендеуі (Снижение АД до) _____ дейін, на _____ мин.

Шок _____

Қан шығыны (Кровопотеря) _____ Қан құю (Переливание крови) _____

Басқа сұйықтар бітелуге дейін, ЖҚ (др. жидкостей до окклюзии, ИК) _____

кейін (после) _____ Қайталу (Возврат) _____ Жеңілдету (Разгрузка) _____
Диурез _____

Операция кезінде арнайы әдістер көмегімен бақылау
Наблюдение с помощью специальных методов по ходу операции

ЭКГ _____

гемодинамика _____

Электрэнцефалограмма _____

Белсенді салқындату қарқыны (Темп охлаждения активного) _____

селқос (пассивного) _____

ЖҚ, бітелудің ұзақтығы (Длительность окклюзии, ИК) _____

Қатар ЖҚ (Параллельного ИК) _____

Қалпына келу кезеңі (Восстановительный период) _____

Белсенді жылыту тәсілі мен қарқыны (Темп и способ активного согревания) _____

А н е с т е з и о л о г т ы ң е с к е р т у і

Замечания анестезиолога

Анестезиологтың қолы (Подпись анестезиолога) _____

Анестезист мейіргер (Медсестра анестезистка) _____

Наркотиктер (Наркотики): _____

Кардиоплегия: құрамы (Кардиоплегия: состав) _____

Тәсілі (Способ) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Патологоанатомиялық зерттеу
хаттамасы (картасы)

№ _____

Протокол (карта)

патологоанатомического исследования

20__ жылғы (года) " __ " _____ күні

Хаттаманы толтырған ұйымның мекенжайы (Адрес организации, составившего протокол):

Республика (облыс, өлке) (Республика (область, край)) _____

Аудан (қала) (Район (город)) _____

Аурухана (больница) _____ Бөлімше (отделение) _____

Науқас картасының (Карта больного) № _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество) (при его
н а л и ч и и) : _ _ _ _ _

2. Жынысы Е. Ә. (Пол М. Ж.) _____ 3. Туған күні (Дата рождения): _____

4. ӘАОЖ коды (Код КАТО)

5. Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства): _____

6. Кәсібі (зейнетке дейін) (Профессия (до пенсии)):

7. Ауруханаға әкелінді (Доставлен в больницу): _____ сағаттан
(к ү н н е н)

кейін сырқаты басталғаннан соң (часов (дней) после начала заболевания)

8. Өткізілген (Проведено) _____ төсек-күн (койко - дней)

9. Қайтыс болған күні (Дата смерти): _____

жылы, айы, күні, сағаты (год, мес, число, час)

10. Мәйітті ашу күні мен уақыты (Дата и время вскрытия): _____

жылы, күні, айы (год, мес., число, час)

11. Емдеуші дәрігер (Лечащий врач): _____

12. Мәйітті ашуға қатысқандар (Присутствовали на вскрытии): _____

Кодтар (Коды):

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации): _____

14. Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): _____

15. Стационардағы клиникалық диагноздары және олардың қойылған күні (К л и н и ч е с к и е диагнозы в стационаре и даты их установления): _____

16. Қорытынды клиникалық диагноз және оны қойған күні (Заключительный к л и н и ч е с к и й диагноз и дата его установления)

Негізгі ауру (Основное заболевание): _____

Негізгі аурудың асқынуы (Осложнение основного заболевания) _____

Қосалқы аурулары (Сопутствующие заболевания): _____

Қайтыс болу себебі (Причина смерти): _____

17. Клиникалық –зертханалық зерттеулер нәтижелері (Результаты клинико-лабораторных

исследований): _____

18. Патологоанатомиялық диагноз (негізгі ауруы, асқынуы, қосалқы аурулары)
(Патологоанатомический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие
з а б о л е в а н и я)) :

19. Клиникалық диагностикалау қателері (керекті астын сызыңыз, жазыңыз) (
О ш и б к и
клинической диагностики (нужное подчеркнуть, вписать))

Негізгі ауруы бойынша диагноздың айырмашылықтары (Расхождение диагнозов по
о с н о в н о м у
заболеванию)

Кеш диагностикалау (Запоздалая диагностика)

негізгі ауруының (основного заболевания) _____

асқынулары бойынша (по осложнениям) _____

қайтыс болуға әкелген асқынуының (смертельного осложнения) _____

қосалқы аурулары бойынша (по сопутствующим заболеваниям) _____

Диагноз айырмашылықтарының себептері
Причины расхождения диагнозов

Диагностикадағы объективті қиындықтар Объективная трудность диагностики	Аз уақыт болуы Кратковременное пребывания	Науқастың толық қаралмауы Недообследование больного	Қарау деректерін асыра бағалау Переоценка данных обследования	Аурудың сиректігі Редкость заболевания	Диагнозының дұрыс ресімделмеуі Неправильное оформление диагноза

20. Қайтыс болу себептері (Причина смерти) № _____ қайтыс болғаны туралы дәрігерлік куәлікте мынадай жазбалар жасалған (во врачебном свидетельстве о смерти № _____ сделана следующая запись)

Кодтар (Коды) _____

1.

1) _____

2) _____

_____ беттегі хаттама бөлімі қоса берілген

(Протокольная часть на ____ страницах прилагается)

Патологоанатомның тегі:

ҚОЛЫ (ПОДПИСЬ)

Бөлім меңгерушісі:

ҚОЛЫ (ПОДПИСЬ)

(Результаты патологоанатомического исследования)

		Дене мүшелері салмағы						
		Вес органов						
							Сол бүйрек	
							Оң бүйрек	
Бойы Рост	Дене салмағы Вес тела							

		М и Головной мозг	Жүрек Сердце	Өкпе Легкие	Бауыр Печень	Көк бауыр Селезенка	П о ч к и левая - правая	Айырбез Тимус

Қысқаша

клиникалық

деректер:

Краткие клинические данные:

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Патологиялық зерттеуге тілімдер алынды (Взято кусочков для патологического исследования) :

Блоктар дайындалды (Изготовлено блоков):

Басқа зерттеу әдістеріне материал алынды (Взят материал для других методов исследования) :

Бір данада толтырылады. Сызбалар мен фотосуреттер қоса беріледі (Заполняется в одном

экземпляре. Схемы и фотоснимки прилагаются) _____

Гистологиялық зерттеу нәтижелері (Результаты гистологического исследования):

Қосымша _____ парақ

(Приложение на ____ листах)

Сызбалар, кестелер, фотосуреттер (қанша) (Схемы, таблицы, фото, рис. (сколько)) _____

Конференцияда талқылану күні (Дата обсуждения на конференции) _____

Патологоанатомның тегі _____

(Ф.И.О. (при наличии) патологоанатома) қолы (подпись)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Бүйрек трансплантаты бар науқастың картасы
Карта больного с почечным трансплантатом

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

большого) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____

Диагноз _____

Диализдер саны (Количество диализов) _____

Операция күні (Дата операции) _____

Жылы ишемия кезеңі (Период тепловой ишемии) _____

Консервация түрі (Вид консервации) _____

Қол ишемия кезеңі (Период ручной ишемии) _____

Алдыңғы антиденелер % (% предшествующих антител) _____

Қан тобы (Группа крови) реципиенттің (реципиента) _____

донордың (донора) _____

НІА реципиенттің (реципиента) _____

донордың (донора) _____

Иммуносупрессия түрі (Вид иммуносупрессии) _____

О/к диализ (саны) (П/о диализ (число)) _____

О/к асқынулар, олардың түрі (послеоперационные осложнения, их вид) _____

Трасплантаттың алыну себебі (Причина удаления трансплантата) _____

Трансплантат қойылған адамның қайтыс болу себебі (Причина смерти больного

Странсплантатом) _____

- - - - -

- - - - -

Шығарылған күні (Дата выписки) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Мейіргерлік күту ауруханасының стационарлық науқасының
медициналық картасы
Медицинская карта
стационарного больного больницы сестринского ухода

№ _____

Түскен күні (Дата поступления) " " _____ 20 ____ жылғы (года)

Түскен уақыты (Время поступления) _____ сағат (часов) _____ минут

Шыққан күні (Дата выписки) " " _____ 20 ____ жылғы (года)

Шыққан уақыты (Время выписки) _____ сағат (часов) _____ минут

Өткізген төсек-күндері (Проведено койко дней): _____

Тасымалдау түрі: зембілмен, қол арбамен, өз аяғымен (керекті астын сызыңыз) (
В и д ы
транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (нужное подчеркнуть))

АИТВ-ға зерттеу (Исследование на ВИЧ) _____

Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность)

Бөлімше (Отделение) _____ палата № _____

Науқас (Больной) _____

тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть)

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Адрес): облыс (область) _____ аудан (район) _____

елді мекен (населенный пункт) _____

көшесі (улица) _____ үй (дом) _____ корпус _____

пәтер (квартира) _____ телефон _____

Жұмыс орны, кәсібі, лауазымы (Место работы, профессия, должность) _____

Қамсыздандыру полисінің (страхового полиса) № _____

Қамсыздандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании) _____

Мекенжайы бойынша медициналық ұйым (Медицинская организация по месту жительства)

Науқасты кім жолдады (Кем направлен больной) _____

Негізгі сырқаты (Основное заболевание) _____

Бәсекелес сырқаты (Конкурирующее заболевание) _____

Негізгі сырқатының асқынуы (Осложнения основного заболевания) _____

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____

- - - - -

Аллергиялық серпілістері (Аллергические реакции на):

дәрілерге (лекарства) _____

тамақөнімдеріне (пищевые продукты) _____

басқа (другое) _____

Ерекше белгілер (Особые отметки) _____

Медбикенің қолы (Подпись медсестры) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ (Ф.И.О.) (при наличии)

Общее состояние 1 . Ж а л п ы ж а ғ д а й ы

Дене құрылыс типі: астениялық, гиперстениялық, нормастениялық (Тип телосложения:

астенический, гиперстенический, нормостенический) _____

Бойы (Рост) _____ см.

Дене салмағы: қалыпты, артық, төмендеген (Масса тела (вес): нормальная, и з б ы т о ч н а я , п о н и ж е н н а я) _____ кг.

Дене температурасы (Температура тела) _____

Жалпы күйі: белсенді, селқос, мәжбүр (Общее положение: активное, пассивное, в ы н у ж д е н н о е) _____

Төсектегі күйі: белсенді, селқос, мәжбүр (Положение в постели: активное, п а с с и в н о е , в ы н у ж д е н н о е)

Мәжбүрлік қалыпқа келуі: отырғанда, жатқанда, бір жамбастап жатқанда және тағы б а с қ а
(Принятие вынужденного положения: сидя, лежа, на боку и так далее) _____

Тері қабаты мен көрнекі жылбысқы қабықтары: түсі, созылғыштығы, ылғалдылығы, б ө р т п е л е р ,
тыртықтар (Кожные покровы и видимые слизистые: окраска, эластичность, влажность, в ы с ы п а н и я , р у б ц ы)

Әлеуметтік статусы: (Социальный статус) _____

Баспана - тұрмыс шарттары (Жилищно-бытовые условия) _____

Отбасы жағдайы (Семейное положение) _____

Араласу ортасы (Круг общения) _____

Материалдық қамтылуы (Материальная обеспеченность) _____

Еңбекпен қамтылуы (Трудообеспеченность) _____

Демалуы, демалысы, мүдделері (Досуг, отдых, интересы) _____

Әлеуметтік демеу (Социальная поддержка) _____

Зерделік сұраныстары (Интеллектуальные запросы) _____

Психоэмоциялық статусы (Психоэмоциональный статус): _____

Санасының күйі (Состояние сознания) _____

Сыртқы түрі, мінез - құлық нормалары, өзін-өзі бағалауы, байланысқа түсуі,
қ о р ш а ғ а н о р т а н ы
қабылдауының адекваттығы, зердесі (Внешний вид, нравственные нормы поведения,

самооценка, контактность, адекватность восприятия окружающего, память) _____

— — — — —

ауруханада болуына реакциясы (реакция на пребывание в больнице) _____

Өз өмірін қамтамасыз етуді бақылауы: жеке қауіпсіздігін бақылауы, қысылтаяң жағдайлардан бой тартуы немесе оларды шешуі, дене жылуын сақтауы, кеңістік пен уақытта бағдар ұстауы (Самоконтроль жизнеобеспечения: контроль личной безопасности, избегание и разрешение критических ситуаций, поддержание температуры тела, ориентация в пространстве и времени)

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Еңбекке қабілеттілігі: осы сырқатқа байланысты сақталған, төмендеген, уақытша
ж о ғ а л т қ а н ,
мүлде жоғалтқан, басқа себептер (Трудоспособность: сохранена, снижена, временно
у т р а ч е н а ,
стойко утрачена в связи с данным заболеванием, другие причины) _____

Орындайтын жұмысы: мүдделілігі, өнімділігі, қарқыны (Выполняемая работа:
интерес,

продуктивность, темп) _____

Ұйқысы мен демалуы: жеткілікті, жеткіліксіз, ұйықтататын заттарды қабылдауы (
С о н _____ и _____ о т д ы х :
достаточно, недостаточно, прием снотворных средств) _____

Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания) _____

Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) _____

Зиянды әдеттері (Вредные привычки) _____

Ішімдіктер пайдалануы (Употребление алкоголя) _____

Өндірістік зияндылықтар (Производственные вредности) _____

Босанулар, жүктіліктер, аборттар, асқынулар саны (Число родов, беременностей, абортов,

осложнений) _____

Секстік қанағаттануы (Сексуальная удовлетворенность) _____

Сөйлеуінің бұзылуы (Расстройства разговорной речи) _____

Естуінің бұзылуы (Расстройства слуха) _____

Көруінің бұзылуы (Расстройства зрения) _____

Тыныс алуы: мұрын арқылы, ауыз арқылы, трахеостома арқылы, еркін, ауырлаған (
Д ы х а н и е :
через нос, через рот, через трахеостому, свободное, затрудненное) _____

Тыныс алу жиілігі, тереңдігі, ырғағы; тыныс алу типі: кеудемен, ішімен, аралас (
Ч а с т о т а ,
глубина, ритм дыхания, тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный) _____

Тыныс алуының бұзылулары: еңтігу, жөтел, қан түкіру, кеуде клеткасындағы
а у ы р с ы н у л а р
(Нарушение дыхания: одышка, кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке) _____

Жөтел: құрғақ, ылғалды, қақырықпен, қан аралас (Кашель: сухой, влажный, с
м о к р о т о й , с п р и м е с ь ю к р о в и)

Оттегіне мұқтаждығы: орталықтандыралған, оттегі жастығымен (Потребность в
к и с л о р о д е :
централизованная, в кислородной подушке) _____

Қан айналу жүйесі: еңтігу, булығы, жүрек қағуы, жүрек маңының ауырсынуы (С
и с т е м а
кровообращения: одышка, удушье, сердцебиение, боль в области сердца) _____

Артериялық қан қысымы: жұмыстық, жоғарылаған, төмендеген (Артериальное
давление :
рабочее, повышенное, пониженное) _____

— — — — — _____ мм с.б. (мм
рт.ст.)

Тамыр соғуы: ырғағы, жиілігі, кернеуі, толуы (Пульс: ритм, частота, напряжение,
наполнение)

— — — — — _____

Тәбеті: мөлшерлі, жоғарылаған, төмендеген (Аппетит: умеренный, повышенный, пониженный)

Тілі: құрғақ, ылғалды, жағындымен - ақ, сары (Язык: сухой, влажный, с налетом – белым, желтым)

Тіс протездерінің болуы (Наличие зубных протезов) _____

Күнделікті рационы мен тамақтану режимі: диета шектеулі, кеңейтілген (Повседневный рацион и режим питания: ограничения, расширение диеты) _____

Тамақтану кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при приеме пищи: полная, частичная, нет) _____

Тамақтануының бұзылу себептері: дәм сезбеуі, аузынан шірік иісі шығуы, кекіру, өңеш қыжылдауы, құсуы, жүрек айнуы, ауырсынуы, басқалар (Причины расстройства приема пищи: потеря вкуса, гнилостный запах изо рта, отрыжка, изжога, срыгивание, тошнота, рвота, боли, другое)

— — — — —

— — — — —

Бауыр мен өт шығару жолдары (Печень и желчевыводящие пути) _____

— — — — —

Диабет қосарлануы: қантты, қантсыз, жоқ (Сопутствует ли диабет: сахарный, несахарный, нет)

—

Ішек: жел толуы, іш қатуы, іш өтуі (Кишечник: метеоризм, запоры, поносы) _____

Диета сақтау туралы кеңес (Совет по поводу соблюдения диеты) _____

Несеп шығару жүйесінің жағдайы (Состояние мочевыделительной системы) _____

Сұйықтықтар тұтыну мөлшері: шектеулі, шектеусіз, жеткілікті, жеткіліксіз (
К о л и ч е с т в о
потребления жидкости: ограничено, не ограничено, достаточно, недостаточно) _____

_____мл.

Су балансы: тұтынған көлем/шыққан көлем (Водный баланс: потребленное
количество/выделенное количество) __мл.

Ісінулер болуы (Наличие отеков) _____

2. Физиологиялық жеңілденулері

Физиологические отправления

Физиологиялық жеңілденулерінің барысында: дискомфорт, ауырсынуы, басқалар
(Физиологические отправления сопровождаются: дискомфортом, болями, другое) _____

- - - - -

Қуықтың өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі (Суточная регулярность
с а м о с т о я т е л ь н о г о
опорожнения мочевого пузыря) _____

- - - - -

Несеп сипаты: қанықтығы, түсі, иісі, қан, ылайлық болуы (Характер мочи:
к о н ц е н т р а ц и я , ц в е т ,
запах, наличие мути, кровь) _____

- - - - -

Дизуриялық бұзылулар: ишурия, поллакиурия, странгурия (Дизурические расстройства: ишурия, поллакиурия, странгурия) _____

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Кіші дәреті: өздігінен, еркінен тыс, қуықты катетерлеу көмегімен (Мочеиспускание: самостоятельное, непроизвольное, при помощи катетеризации мочевого пузыря) _____

— — — — —

Зәр айдатқы заттарды қабылдауы (Применение мочегонных средств) _____

Цистостома болуы (Наличие цистостомы) _____

Кіші дәрет алуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, ж о қ
(Зависимость от посторонней помощи при мочеиспускании: полная, частичная, нет)

Ішектің өздігінен босауының тәуліктік жүйелілігі (Суточная регулярность
самостоятельного опорожнения кишечника)

Нәжіс сипаты: консистенциясы, түсі, қан, жылбысқы болуы (Характер кала:
консистенция, цвет, наличие слизи, крови)

Іш қатуы, өтуі (Запоры, поносы) _____

Іш босатуы: өздігінен, еркінен тыс, тазалау клизмасы көмегімен (Дефекация:
с а м о с т о я т е л ь н а я ,
непроизвольная, при помощи очистительной клизмы) _____

- - - - -

Ішті жүргізетін заттарды қабылдауы (Применение слабительных средств) _____

Колостома болуы (Наличие колостомы) _____

Іш босатуы кезінде басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ
(З а в и с и м о с т ь
от посторонней помощи при дефекации: полная, частичная, нет) _____

Басқа бұзылулар (Другие расстройства) _____

- - - - -

3. Қозғалу белсенділігі

Двигательная активность

Тірек-қозғалыс аппаратының жағдайы (Состояние опорно-двигательного аппарата)_

— — — — —

— — — — —

Қозғалу белсенділігі: физкультура және спортпен айналасуы, таза ауада болуы,
т ұ р м ы с т а ғ ы
қозғалыстары (Двигательная активность: занятия физкультурой и спортом, пребывание
н а
свежем воздухе, движения в быту) _____

Бұлшық ет тонусы: қанағаттанарлық, жоғарылаған, төмендеген (Мышечный тонус:
удовлетворительный, повышенный, пониженный) _____

Буындар жағдайы: конфигурациясы, деформация, ісінушілік, қызаруы, ауырсынуы (
С о с т о я н и е
суставов: конфигурация, деформация, припухлость, покраснение, болезненность) _____

— — — — —

— — — — —

Буындар қозғалғыштығының дәрежесі: толық, шектелген, қозғалыс болмауы (анкилоз) (Степень подвижности суставов: полная, ограниченная, отсутствие подвижности (анкилоз))

— — — — —

— — — — —

Тұрмыста, қозғалғанда басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық, жарым-жартылай, жоқ (Зависимость от посторонней помощи при движении, в быту: полная, частичная, нет)

— — — —

— — — — —

— — — —

— — — —

Жеке бас гигиенасы ережелерін сақтауда басқалардың көмегіне тәуелділігі: толық,
ж а р ы м - ж а р т ы л а й ,
жоқ (Зависимость от посторонней помощи при соблюдении правил личной гигиены:
п о л н а я ,
частичная, нет) _____

- - - - -

Ауыз қуысын күтуі (Уход за полостью рта) _____

Көзін, құлағын күтуі (Уход за глазами, ушами) _____

Тері қабатын, шаштарын күтуі (Уход за кожей, волосами) _____

Тұрмыста, қозғалу кезінде көмекші құралдарды пайдалануы: арба, балдақ, таяқ,
о р т о п е д и я л ы қ
аяқ киім және т.б. (Использование вспомогательных приспособлений при движении, в
б ы т у :
коляска, костыли, трость, ортопедическая обувь и т.д.) _____

Ойық жаралар пайда болу қаупі (Norton шкаласы бойынша) (Риск образования
пролежней (по шкале Norton)

Ойық жаралар пайда болу себептері: қозғалысы шектелуі, қозғалысы жоқтығы (Пр и ч и н ы образования пролежней: ограничение подвижности, отсутствие подвижности) _____

— — — — —

— — — — —

Қозғалу белсенділігі төмендеу, болмау кездерінде пайда болуы мүмкін асқынулар: о й ы қ ж а р а л а р , педикулез, тоқырау пневмониясы және тағы басқа. (Возможные осложнения при с н и ж е н и и , отсутствии двигательной активности: пролежни, педикулез, застойная пневмония и так д а л е е)

Мейіргер ұйғарымы

Сестринское заключение

1. _____

— — — — —

— — — — —

— — — — —

2. _____

— — — — —

— — — — —

Ж Ұ М Ы С ж о с п а р ы

План работы

Дәрігер тағайындалымдарының орындалуы (Выполнение врачебных назначений) ____

Дәрі тарату және оны қабылдауын бақылау (Раздача лекарств и контроль их приема)
) _____

Инъекциялар мен вена арқылы құйылымдардың орындалуы (Выполнение инъекций
, в н у т р и в е н н ы х в л и в а н и й)

Дене температурасын өлшеу (Измерение температуры тела) _____

Манипуляциялар мен процедуралар: қышалар, банкілер, қыздырғыштар, клизмалар және т. б.

(Манипуляции и процедуры: горчичники, банки, грелки, компрессы, клизмы и т.д.)

Клиникалық талдауларды жинау (Сбор клинических анализов) _____

Тамақтану, физиологиялық жеңілденулер, жуыну кездерінде ауыр науқастарға көмек көрсету

(Оказание помощи тяжелобольным при приеме пищи, физиологических отправлениях, во время туалета)

— — — — —

— — — — —

Емдік тамақтану ережелерін сақтау (Соблюдение лечебного питания) _____

Палаталарда санитарлық-гигиеналық режимдерді ұстау (Поддержание санитарно-гигиенического режима в палатах) _____

Іш киімдер мен төсек-орындарды ауыстыру (Смена нательного и постельного белья) _____

Ойық жаралардың алдын алу (Профилактика пролежней) _____

Медициналық құжаттарды жүргізу (Ведение медицинской документации) _____

Санитарлық-ағарту жұмысы (Санитарно-просветительская работа) _____

Басқа манипуляциялар мен процедуралар (Другие манипуляции и процедуры) _____

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Мейіргерлік күтім жоспары

План сестринского ухода

Күні Дата	Мейіргерлік күтім сипаты Характер сестринского ухода	Мейіргерлік күтім мақсаты Цель сестринского ухода	Орындалу әдісі Способ исполнения	Орындалуы Исполнение	Орындалу нәтижесінің бағасы Оценка результата исполнения
1	2	3	4	5	6

Мейіргердің қолы (Подпись медсестры) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного форма

Пациенттің _____ Т. А. Ә (болған жағдайда)
/Ф.И.О.(при его наличии) пациента: _____

Туған күні 20 ж. " ____ " ____ /
Дата рождения " ____ " ____ 20 ____ года

Рет бағалау парағы/PET оценочный лист

Өткізу күні/Дата проведения: 20 ж. " ____ " ____ / " ____ " ____ 20 ____ г.

СНМК № /№ МКСБ _____

Салмағы/Вес: _____ Бойы/ Рост: _____ Жасы/Возраст: _____
BSA (m²): _____ BW(L): _____

Түнгі құю/Ночной залив: ерітінді/ р-р _____ Бөгеліс уақыты/Время задержки: _____

Құю көлемі/ Объем залива: _____ Құйылыс көлемі/Объем слива: _____

РЕТ кұю: ерітінді/ р-р _____ Кұюды бастау/Начало залива: _____
 _____ кұюды аяқтау/окончание залива: _____

Кұю көлемі/Объем залива: _____ Кұйылыс көлемі/ Объем слива: _____

_____ Ультрасүзгілеу/Ультрафильтрация: _____

Кұйылыс ұзақтығы/Длительность слива: _____

Қан/ Кровь	Креатинин/Креатинин (мкмоль/л)	Несепнәр/Мочевина (ммоль/л)	Глюкоза/Глюкоза (ммоль/л)	Фосфор/Фосфор (ммоль/л)
0 минут				
1 2 0 минут				
2 4 0 минут				

Диализат	Креатинин/Креатинин (мкмоль/л)	Несепнәр/Мочевина (ммоль/л)	Глюкоза/Глюкоза (ммоль/л)	Фосфор/Фосфор (ммоль/л)
түнгі/ ночной				
жаңа/ свежий				
0 минут				
30 минут				
60 минут				
1 2 0 минут				
1 8 0 минут				
2 4 0 минут				

Қан/Кровь	Креатинин	Глюкоза	Коррегирленген креатинин (Скоррегированный креатинин)		

2 сағаттық қан/Кровь 2хчасовая					
Диализат	Креатинин /	Глюкоза	Коррегирленген креатинин (D/ P	D/D	0
0 сағаттық диализат/Диализат 0 часовой			Скоррегированный креатинин)		
2 сағаттық диализат/Диализат двухчасовой			0 сағаттық/0 часовой		
4 сағаттық диализат/Диализат четырехчасовой			2 сағаттық/двухчасовой		
			4 сағаттық/четыречасовой		

Түзету факторы (ТФ)	D/P	Dialysate/Plasma	Ratios
ТФ/ФК=креатининнің жаңа ерітіндісі/креатинин	0	сағаттық D/P/	D/P на 0
свеж р-р÷глюкозаның жаңа ерітіндісі/глюкоза	Диализаттың	коррегирленген креатинині	/
с в е ж	Скоррегированный креатинин	диализата, 0 сағаттық/0	часов
Т Ф / Ф К =	Қанның	коррегирленген креатинині/	
Коррегирленген креатинин	Скоррегированный креатинин	крови	
(Скоррегированный креатинин)	2 сағаттық D/P/D/P	на 2 часа	
2 сағаттық қан/ кровь 2х часовая	Диализаттың	коррегирленген креатинині	/
Креатинин/Креатинин* (-)	Скоррегированный креатинин	диализата, 2 сағаттық/2	часов
Глюкоза/Глюкоза=() x ТФ/ФК =	Қанның	коррегирленген креатинині/	
	Скоррегированный креатинин	крови	
Коррегирленген креатинин/Скоррегированный креатинин=	4 сағаттық D/P/D/P	на 4 часа	
Диализат	Диализаттың	коррегирленген креатинині	/
0 сағаттық креатинин/0 часовой Креатинин* (-)	Скоррегированный креатинин	диализата, 4 сағаттық/4	часов
Глюкоза/Глюкоза=() x ТФ/ФК =	Қанның	коррегирленген креатинині/	
	Скоррегированный креатинин	крови	
Коррегирленген креатинин/Скоррегированный креатинин=	D / D		
2 сағаттық креатинин/2хчасовой Креатинин* (-)	Глюкоза 2 сағаттық/Глюкоза 2хчасов =		
Глюкоза/Глюкоза=() x ТФ/ФК =	Глюкоза 0 сағаттық/Глюкоза 0 часов		
	Глюкоза 4 сағаттық/Глюкоза 4хчасов =		
Коррегирленген креатинин/Скоррегированный креатинин=	Глюкоза 0 сағаттық/Глюкоза 0 часов		
4 сағаттық креатинин/4хчасовой Креатинин* (-)			
Глюкоза/Глюкоза=() x ТФ/ФК =			

Креатинин/Креатинин* - өлшенген креатинин/измеренный креатинин

Конверциялау факторы/Фактор конвертации: Глюкоза/Глюкоза: мг/дл=ммоль/л x 18
, Креатинин/Креатинин: мг/дл=мкмоль/л ÷ 88

Несепнәр/Мочевина: мг/дл=ммоль/л x 2,82

Глюкозаның D/D₀/

D/D₀ Глюкоза

D/P коррегирленген креатинин/D/P скоррегированный креатинин

Көліктік санат/Транспортная категория	4 сағаттық креатининнің D/P/четырехчасовой D/P креатинина	Глюкозаның 4 сағаттық D/D ₀ /четырехчасовой D/D ₀ глюкозы
Жылдам/Быстрый	0,81 – 1,03	0,12 – 0,25
Жылдамдығы орташа/Среднебыстрый	0,65 – 0,80	0,26 – 0,37
Жылдамдығы орташа баяу/Среднемедленный	0,50 – 0,64	0,37 – 0,48
Баяу/медленный	0,34 – 0,49	0,49 – 0,61

Қорытынды/Заключение: _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) врача: _____
 _____ Қолы/Подпись: _____ Күні/Дата: 20__ ж. "____" _____ /"____"
 _____ "____" 20__ ж.

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте стационарного больного

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии) пациента: _____

modality	CCl Total Norm L/week/ 1.73m ²	Total KT/ V	Fluid removal L	eGFR ml/ min	Albumin g/dl	nPCR g/kg/ day	BSA m ²	eTBW L	Transport type	4-hr CRT D/P	Age

Urea Clearance _____ L/week Cr Clearance _____ L/week

Residual Urea Clearance _____ L/week Residual CrCl _____ L/week

Dialysate Urea Clearance _____ L/week Dialysate CrCl _____ L/week

Urea Generation Rate _____ mg/min Cr Generation Rate _____ mg/min

Normalized CrCl _____ L/week/1.73m²

Өткізу күні/Датапроведения: 20 ____ ж. " ____ " ____ / " ____ " ____ 20 ____ г.

Қорытынды/Заключение: _____

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. врача (при наличии): _____

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің*
Қ о с ы м ш а п а р а ғ ы
В к л а д н о й л и с т
учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях*

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)

(Фамилия, имя, отчество (при его наличии)) _____

Р / с № п/п	№ Күні Дата	Зерттеу Вид исследования	түрі	Бір зерттеу үшін тиімді эквивалентті д о з а (м З в) Эффективно эквивалентная за одно исследование (м З в)

Рентгенолог-дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) врача-рентгенолога) _____

қолы (подпись)

*Парақ стационарлық (амбулаториялық) науқастың медициналық картасына немесе баланың даму тарихына жапсырылады (Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного (амбулаторного) больного или историю развития ребенка)

З о н а л ь д ы қ р е о г р а ф и я

Зональная реография

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Сырқатнама (амбулаториялық картасы) № ____ (№ истории болезни (амбулаторной карты)

_____ бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Диагнозы _____

Ж е л д е т у :

Вентиляция:

ОҢ ӨКПЕ (ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

СОЛ ӨКПЕ (ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

Қ а н ж ү р у і :

Кровоток:

ОҢ ӨКПЕ (ПРАВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

СОЛ ӨКПЕ (ЛЕВОЕ ЛЕГКОЕ) - %

Қ о р ы т ы н д ы :

Заключение:

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач)_____

Т . А . Ә . (б о л ғ а н ж а ғ д а й д а)
(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись)_____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Пациенттің тексеріліп-қаралуға, амбулаториялық емдеуге, стационарлық емдеуге (
к е р е к т і

астын сызыңыз) Ақпараттық келісімі
Информированное согласие пациента
на обследование, амбулаторное лечение, стационарное лечение (нужное подчеркнуть)

Пациент: _____,

(пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) – толық жазу)/Ф.И.О. (при наличии) пациента
– полностью)

Туған күні (Дата рождения): ____/____/____ (туған күні, айы, жылы) (число,
месяц, год рождения)

Келісім беремін (Даю свое согласие на проведение): өзіме/ балама/ туысыма/
қ а м қ о р ы м а (к е р е к т і а с т ы н
сызыңыз) (себе/ребенку/родственнику/попечному (нужное подчеркнуть):

тексеріліп-қарауға (обследования в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

амбулаториялық емдеуге (амбулаторного лечения в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

1. Мен өзімнің жағдайым (баланың, туыстың, қамқордың жағдайы) туралы, тексеріліп-қаралу, емдеу, емдеуге жатқызу қажеттілігі (керекті астын сызыңыз) туралы хабардармын. (Я информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника, подопечного), о необходимости обследования, лечения, госпитализации (нужное подчеркнуть)).

2. Мен мемлекеттің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен тыс қосымша қызметтерді, дәрілік заттарды және медициналық мақсаттығы бұйымдарды жеке қаражат, ерікті сақтандыру немесе басқа рұқсат берілген көздердің есебінен ұсынылатындығы туралы ескертілдім. (Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения сверх гарантированного объема медицинской помощи государством, предоставляются за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных источников).

3. Маған түсінікті түрде тексеріліп-қаралудың және емдеудің мақсаты мен балама әдістері, сондай-ақ менің тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту себептерімнен мүмкін болатын салдар түсіндірілді. (Мне в доступной форме разъяснена цель и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения).

4. Мен диагноз және емдеу туралы балама пікір алу үшін басқа дәрігерге/ басқа ұйымға жүгіну құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении).

5. Маған денсаулыққа тәуекел келтіретін жағдайлар туралы хабарлағанда және ұсынылған әрекеттерден жазбаша бас тартуға қол қойып, тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве отказаться от обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств).

Мен (Я) _____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

(келесі медициналық араласуларды жүргізуге ерікті түрде келісім беремін (оперативті емдеу, қан және оның компоненттерін құю, медициналық араласуларға анестезиологиялық қамтамасыз ету және басқа да емшаралар мен манипуляциялар))(даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства (переливание крови и ее компонентов, оперативное лечение, анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и других процедур и манипуляций)):

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

6. Менің емімді менің емдеу дәрігерім үйлестіретінін білемін (Я знаю о том, что мое лечение координируется моим лечащим врачом).

7. Мендегі (баладағы, туыстағы, қамқордағы) бар және маған белгілі денсаулық проблемалары, аллергиялар, жақпайтын дәрі-дәрмектер, өткен немесе осы уақыттағы инфекциялық гепатиттің, туберкулездің, венерологиялық аурулардың (оның ішінде мерез және АИТВ-инфекциясы), сондай-ақ алкогольді асыра пайдалану және/ немесе есірткі препараттарына құмартушылық туралы дәрігерге хабарлау менің мүддемде екенін білемін. (Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам).

8. Менде (балада, туыста, қамқоршыда) (Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника, подопечного):

Аллергия жоқ (Нет аллергии)

(Есть аллергия на): _____ аллергия бар.

(қандай дәрі-дәрмекке, тағамға аллергия барын көрсету) (указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)

9. Дәрігердің ұсыныстарын бұзу, режимді сақтамау (Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима),

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

сондай-ақ денсаулықтың жағдайы туралы ақпаратты жасыру жергілікті, жалпы асқынуларға және қолайсыз жағдайларға әкелуі мүмкін екенін түсінемін (а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям).

10. Денсаулығымға қауіп келтіретін күтпеген асқынулар мен жағдайлар пайда болғанда, ол туралы маған хабарлаумен тексеріп-қарау, емдеу жоспарының тәсілін өзгертуге, сондай-ақ оны орындаудан бас тартуға келісім беремін (В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана обследования, лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом).

11. Денсаулық сақтаудың электрондық ақпараттық ресурстарын қалыптастыру мен пайдалану мақсатында пациент туралы кейіптенген мәліметтерді ұсынуға ерікті келісім беремін (Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения).

12. Менің (баланың, туыстың) денсаулық жағдайы, өткізілетін тексеріп-қарау мен емдеу, олардың нәтижелері туралы кез келген ақпаратты мына адамдарға хабарлауға рұқсат беремін (Любую информацию о состоянии моего (ребенка, родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, их результатах я разрешаю сообщать следующим лицам):

Хабарлауға рұқсат берген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Пациентке туыстық/ қарым-қатынас жақындығы (Ф.И.О.(при наличии) лица, Родство/отношение которому вы разрешаете к пациенту) Телефон		

13. Егер пациенттің жасы 18-ден төмен болса, жоғарыда аталған телефондар бойынша жоғарыда аталған адамдардан мен болмаған жағдайда жоғары қауіпті емдеу және диагностикалық манипуляциялар жасауға қосымша келісім алуға рұқсат беремін (Если пациент младше 18 лет, даю разрешение получать дополнительные согласия на проведение лечебных и диагностических манипуляций высокого риска при моем отсутствии у вышеуказанных лиц по вышеуказанным телефонам): ИӘ (ДА) /ЖОҚ (НЕТ).

Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін (Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними).

Қолы (Подпись): _____ Мерзімі (Дата): ____/____/201 ж. (г.) Уақыты (Время): ____с.(час) ____мин.

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса (Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента):

Т.А.Ә. (Ф.И.О.): _____ Туыстық жақындығы (Степень родства):

Дәрігер (Врач): _____/____/201 ж. (г.) ____с. (час)____мин.

Тегі (фамилия) қолы (подпись) мерзімі (дата) уақыты (время)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Пациенттің Т.А.Ә./Ф.И.О. пациента: _____ -----

АПД картасы/Карта АПД		Туған күні/Дата рождения 20 ____ ж/ " ____ " ____ / " ____ " ____ г															
СНМК № /№ МКСБ		Диагноз/Диагноз:															
Айы/Месяц: ____ 20 ____ жыл/20 ____ год		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16															
Дианил_ тәуліктегі қапшықтар саны/ количество мешков за сутки	1,36%	5,0 л															
	2,27%	5,0 л															
	3,86%	5,0 л															
Физионил_ тәуліктегі қапшықтар саны/ количество мешков за сутки	1,36%	2,0 л															
	2,27%	2,0 л															
Экстранил		2,0 л															
Нутринил		2,0 л															
АПД циклдарының саны/Количество циклов АПД																	
АПД жалпы уақыты/Общее время АПД																	
Жалпы қию көлемі/Общий объем залива																	
АПД-ны экспозициялау уақыты/Время экспозиции АПД (1 цикл/1 цикл)																	
АПД-дағы бір жолғы құйылыс көлемі/Объем разового залива на АПД																	
Бір жолғы күндізгі құйылым көлемі/Объем разового дневного залива																	
Бастапқы дренаждау көлемі/Объем начального дренирования																	
АПД-дағы УК/УФ на АПД																	
Жалпы УК/ (АПД+күндізгі құйылым)/Общая УФ (АПД+дневной залив)																	
АПД-дан кейінгі таңғы "Таза" салмақ/"Сухой" вес утром после АПД (құйылған диализатсыз/без залитого диализата)																	
АД/АД	қосар алдында/перед подключением (кеш/вечер)																
	сөндірілгеннен кейін /после отключения (таң/утро)																
Таңғы несептің жалпы көлемі/Общий объем мочи на утро (өткен тәулік үшін/за предыдущие сутки)																	
	Қолы/Подпись м/с																

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы

Физиотерапия бөлімшесінде (Бөлмесінде) емделуші науқастың картасы
Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (Кабинете)

Стационарлық (амбул.) науқастың картасының (Карта стационарного (амбулаторного) больного) №

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/ Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы: ер, әйел (Пол: мужской, женский) (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)

Науқас қай бөлімшеден (бөлмеден) жіберілді (Из какого отделения (кабинета) направлен больной)

Диагнозы

наукаc физиотерапияға қандай ауруының салдарынан жіберілді, керекті астын сызыңыз.

(нужное подчеркнуть заболевание, по поводу которого больной направлен на физиотерапию)

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

- - - - -

Ауру анамнезі (Анамнез заболевания) _____

- - - - -

Өмір анамнезі (Анамнез жизни) _____

Емшараны тағайындаған емдеуші дәрігер немесе физиотерапевт дәрігер (керекті астын сызыңыз) Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (нужное подчеркнуть)	Күні	Емшараның атауы	Саны	Ұзақтығы	Мөлшері
	Дата	Наименование процедуры	Количество	Продолжительность	Дозировка

Емшараның жүргізілу орны: бөлме, таңу бөлмесі, үйінде (керегін астын сызыңыз) (Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (нужное подчеркнуть))

Физиотерапиядан басқа тағайындалған емдеу түрлері (оның ішінде дәрі-дәрмекпен) (Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные))

Эпикриз: _____

Физиотерапевт – дәрігер (Врач-физиотерапевт) _____

Р/с № п/п	Күні Дата	Емшараның атауы Наименование процедуры	Мөлшері Дозировка	Емшараның ұзақтығы Продолжительность процедуры	Мейіргердің қолы Подпись медсестры	Басқа белгілер Прочие отметки
1	2	3	4	5	6	7

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы
Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

1. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) _

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: мужской, женский, (нужное подчеркнуть)

4. Науқасты жіберген бөлімше (Отделение, направившее больного) _____

5. Негізгі клиникалық диагнозы (Основной клинический диагноз) _____

6.Науқас қандай ауру салдарынан ЕДШБ-не жіберілді (Заболевание, по поводу, которого больной направлен на ЛФК)

7.Науқастың шағымы (Жалобы больного)

8.Функциялық сынамалар: (Функциональные пробы):

Күні Дата	Жүктегенге дейін До нагрузки				Жүктегеннен кейін После нагрузки			
	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание		Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание	
1	2	3	4		5	6	7	

9.Антропометриялық деректері* (Антропометрические данные*)

Күні Дата	Б о й ы Рост		Салмағы Вес	К е у д е Окружность грудной клетки				Спирометрия	Динамометрия	
	Тұрғанда Стоя	Отыр ғанда Сидя		дем ал ғанда вдох	д е м шығарғанда выдох	аралықта пауза	экскурсия		қол мен ручная	
									о ң правая	сол левая
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Ескертпе: кеудені өлшеу, спирометрия өкпе сырқаттары болғанда жүргізіледі. Динамометрия, буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу артриттер болғанда жүргізіледі.

Примечание: измерение грудной клетки, спирометрия проводится при заболеваниях легких. Динамометрия, измерение объема движений по суставам проводится при артритах.

10. Буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу (Измерение объема движения по суставам)

К у н і Дата	Б у ы н Сустав	Қ о з ғ а л ы с Объем движений	к ө л е м і
1	2	3	

11.Емдік дене шынықтыру дәрігерінің тағайындалымдары (Назначения врача
Лечебная физическая культура) _____

— — — — — — — —

— — — — —

12. Емдік дене шынықтыру нұсқаушысының белгілері (Отметки инструктора
Лечебная физическая культура)

— — — — — — — —

Емдік дене шынықтыру емшараларының нәтижелерін есепке алу (Учет результатов процедур Лечебная физическая культура)

Тамыр соғуы Пульс		Тамыр соғуы Пульс	

Күні Дата	шұғылданғанға д е й і н до занятий	шұғылданғаннан к е й і н после занятий	Субъективті деректер Субъективные данные	Күні Дата	шұғылданғанға д е й і н до занятий	шұғылданғаннанкейін после занятий	Субъективті деректер Субъективные данные
1	2	3	4	5	6	7	8

Дәрігердің қорытындысы (Заключение врача)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Дәрігер – ЕДШБ (Врач –ЛФК) _____

Е Д Ш

Лист ЛФК

Қозғалу саласы (Двигательная сфера) _____

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

Гониометр деректері (Данные гониометра) _____

— — — — —

— — — — —

Тағайындалымдар (Назначения): _____

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач): _____

Емдеу нәтижесі (Результаты лечения): _____

— — — — —

—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—
—	—	—	—	—

Гониометр деректері (Данные гониометра): _____

—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—

№ _____ нысанға жапсырма парақ (Вкладной лист к форме № _____)

Тірек-қозғалыс аппараты бұзылған науқастың картасы

(Карта больного с нарушением опорно-двигательного аппарата)

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының қосымша
 парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 стационарного больного

ТАПД картасы/Карта ПАПД								Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. пациента (при наличии): _____
								Туған күні/Дата рождения 20 ____ ж/ " ____ " ____ / " ____ " ____ г

СНМК № /№ МКСБ

Айы/Месяц:	20	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

жыл/20	год	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

Телефоны _____ Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы _____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен плазмаферез курсына
к ө р с е т і м б а р (с
целью иммунокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс плазмафереза)

Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента (ки) на
проведение операции получено)

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия ((Инфузионно-трансфузионная терапия) _____

- - - - -

Гепариндеу (Гепаринизация) _____
- - - - -

О п е р а ц и я н ы ң х а т т а м а с ы
Протокол операции

№	

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
плазманы сүзгілеу
картасы
К а р т а
плазмофльтрации

Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

№ _____

Гемосорбция (Гемосорбции)

Күні (Дата) 20__жылғы (года) " ____ " _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии) больного: _____

Туған күні (Дата рождения) _____, Жынысы (пол) _____, Салмағы (вес) _____

ЖСН/ИИН _____

Диагнозы: _____

Гемосорбентті өңдеу (Обработка гемосорбента) _____

Плазманы сүзгілеу _____

Операцияның басталуы (Начало операции) _____

Операцияның аяқталуы (Конец операции) _____

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Премедикация _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия (Инфузионно-трансфузионная терапия): _____

Гепариндеу (Гепаринизация): _____

Масса айырбастағыш құрылғы (Массообменное устройство) _____

көлем (объем) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____мл., АҚ көлемі (объем ЦК) _____мл

есептік (расчетный)

Операция кезінде науқасқа енгізілді (Во время операции больному введено): _____

Операция кезіндегі науқастың жағдайы (Во время операции состояние больного):

— — — — — — — —

— — — — — — — —

ОВҚ (ЦВД) _____; АҚҚ (АД) _____; ЖЖС(ЧСС) _____

Асқынулары (Осложнения) _____

Не істелді (Что сделано) _____

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____

Операциялық мейіргер (Операционная медсестра) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
(қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі)
к а р т а с ы
к а р т а
(ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)
Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жылға (года) "_____" _____ күні (дата)

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) больного _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны _____ Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы _____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен ҚУКСС (ҚЛС) (ЛОК (УФО)) курсына көрсетім бар (С целью иммуннокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс УФОК (ЛОК)) қан нөмірі (крови номер) _____. Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента (ки) на проведение операции получено)

Қанды фотомодификациялау уақыты (Время фотомодификации крови) _____
_____ минуты (секунды)

Қанды лазермен сәулелеу (Лазерное облучение крови):

Қуаты (Мощность) _____Вт (кВт), толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды ультракүлгін сәулемен сәулелеу (Ультрафиолетовое облучение крови):
қуаты (мощность) 8 Вт, толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды фотомодификациялау операциясының хаттамасы:
Протокол операции фотомодификации крови:

Күні (Дата), №					
Г е п а р и н д е у Гепаринизация					
О п е р а ц и я н ы ң Начало операции	б а с т а л у ы				
О п е р а ц и я н ы ң Конец операции	а я қ т а л у ы				
Т а м ы р ғ а Сосудистый доступ	ж е т у				
Аппарат					
Н а у қ а с т ы ң Состояние больного	ж а ғ д а й ы				
АКҚ (АД)					
Тамыр соғысы (Пульс)					
Асқынулары (Осложнения)					

Операция кезінде вена арқылы немесе экстракорпоралды қосымша енгізілді (Во
время операции дополнительно введено внутривенно или экстракорпорально):

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын есептеу

к а р т а с ы

К а р т а

учета процедур больного, лечащегося в кабинете иглорефлексотерапии

Тегі, аты, әкесінің аты ((болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Сыркатнама № (№ истории болезни) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

Емдеу мерзімі (срок лечения с) _____ бастап (по) _____ 20
_ жылға (года) дейін

ДИАГНОЗЫ: негізгі ауруы (ДИАГНОЗ: основного заболевания) _____

қосалқы ауруы (сопутствующего заболевания) _____

Асқыну (Осложнение) _____

Шағымы: қысқаша анамнез, объективті зерттеулер деректері, бұрын қабылдаған емі
ж ә н е о н ы ң
тиімділігі (Жалобы: краткий анамнез, данные объективного исследования, принятое
ранее лечение и его эффективность)

- - - - -

- - - - -

- - - - -

- - - - -

- - - - -

- - - - -

- - - - -

Дәрігер (Врач) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы/карта учета процедур гемодиализа

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым/Медицинская организация,
наблюдающая больного _____

01. ЖСН/ИНН _____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

02. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

03. Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____
әкесінің аты/отчество _____

04. Туған күні/Дата рождения: _____/_____/_____ (кк/аа/жжжж)/(дд/мм/гггг)
05. Жынысы/Пол:

ер/мужской;

әйел/женский

06. Ұлты/Национальность _____

07. Әлеуметтік мәртебесі/Социальный статус:

қызметші/служащий;

жұмысшы/рабочий;

ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

зейнеткер/пенсионер;

оқушы/учащийся;

үй шаруасындағы әйел/домохозяйка;

жеке еңбекпен айналысатын тұлға/лицо, занятое индивидуальным трудом;

дін қызметкері/служитель культа;

жұмыссыз/безработный;

өзге/иное.

08. Тұрақты мекенжайы/Адрес постоянного места жительства: пошталық индекс/
почтовый индекс _____, обл. _____, аудан/р-он ____
_____, елді мекен/населенный пункт _____, көше/улица ____

_____, үй/дом № _____, пәтер/кв. № _____, тел. _____

09. Тұрғын/Житель:

қалалық/города;

ауылдық/села

10. Жеңілдік алушылар санаты/Категория льготности:

ҰОСҚ/УВОВ;

ҰОСМ/ИВОВ;

интернационалист жауынгер/воин-интернационалист;

өзге/иное

11. Мүгедектік тобы/Группа инвалидности:

жоқ/нет;

I топ/гр.;

II топ/гр.;

III топ/гр.

12. Науқасты жолдаған ұйымның атауы/Название организации, направившей больного

— — — — —

13. Негізгі диагноз/Основной диагноз

_____ 10-АХЖ шифры/
шифр МКБ-10

14. Фондық аурулар/Фоновые заболевания: _____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ
шифры/шифр МКБ-10

шифры/шифр МКБ-10

15. Гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом: күні/число ____
____ айы/месяц ____ жылы/год ____

16. Аталған мекемеде гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом в данном учреждении:

күні/число ____ айы/месяц ____ жылы/год ____

17. Аталған мекемеде гемодиализ емін тоқтату күні/ Дата прекращения лечения гемодиализом в данном учреждении: күні/число ____ айы/месяц ____ жылы/год ____

18. Гемодиализ емін тоқтату себебі/Причина прекращения лечения гемодиализом:

трансплантация жасауға ауыстыру/перевод на трансплантацию;

басқа гемодиализ бөлімшесіне ауыстыру/перевод в другое отделение гемодиализа;

көшу/выезд;

қайтыс болу/смерть

өзге/прочее

01.

Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____

Әкесінің аты/отчество(болған жағдайда/при наличии) _____

02. Өткізу мерзімі/Дата проведения: ____/____/____ кк/ аа/ жжжж (дд / мм / гггг)

03. Басталуы (уақыты)/Начало (время) ____:____

04. Аяқталуы (уақыты)/Окончание (время) ____:____

05. Гемодиализ № _____ Аппарат № _____

06. Диализатор үлгісі: ағыны төмен, ағыны жоғары/Тип диализатора: низкопоточный, высокопоточный

Көлемі/размер _____ м², өндіруші/производитель _____,

07. Гемодиализ: бикарбонатты/бикарбонатный

08. Ультрасүзгілеу бейіні/Профиль ультрафильтрации:

ОУФ (ИУФ);

УФ

Na

09. Тамыр арқылы жету әдісі/Сосудистый доступ):

A-V фистула;

протез;

катетер (уақытша, тұрақты) (временный, постоянный)

10. Антикоагулянт:

гепарин;

клексан;

фраксипарин

10.1 мөлшер/доза _____ БІРЛІК/ЕД

10.2 тәсілі/способ

жалпы (общая);

мөлшерлі (дозированная);

өңірлік (региональная)

11. Қанағым жылдамдығы/Скорость кровотока _____мл/мин. Диализат ағынының жылдамдығы/Скорость потока диализата _____мл/мин

12. ГД белгіленген уақыты/Назначенное время ГД _____ сағат (ч.) ГД тиімді уақыты/Эффективное время ГД _____сағат (ч.)

13. Құрғақ салмағы/Сухой вес _____,

12.1 ГД дейінгі салмақ/вес до ГД _____,

12.2 ГД кейінгі салмақ/вес после ГД _____,

12.3 ультрасүзгілеу/ультрафильтрация _____

14. Артериялық қысым/Артериальное давление:

	Г Д дейін (До ГД)	1 сағат (час)	2 сағат (час)	3 сағат (час)	4 сағат (час)	ГД кейін/после ГД
АД						

15. Дәрілік препараттар/Лекарственные препараты

Препараттың атауы (Наименование препарата)	Өлшем бірлігі (Ед. из.)	Саны (Количество)

16. Техникалық асқынулар/Технические осложнения

— — — — —

17. Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) лечащего врача
:

18. ГД мейіргерінің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) медсестры ГД:

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

ГБО сеанстарын есепке алу картасы
карта учета сеансов ГБО

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____

Қосалқы диагнозы (Диагноз сопутствующий) _____

—

ГБО-ға көрсеткіштер (Показания к ГБО) _____

Емдеу басталған күн (Дата начала лечения) _____

Емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения) _____

ГБО сеанстарының саны (Количество сеансов ГБО) _____

ГБО курстарының саны (Количество курсов ГБО) _____

Эпикриз (тиімділігі, аяқталуы, ГБО ерешелектері) (Эпикриз (эффективность, исход, особенности ГБО))

[illegible]

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Экстракорпоралдық гемокоррекцияның
к а р т а с ы
К а р т а

экстракорпоральной гемокоррекции

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) "___" _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда)/ Ф.И.О. (при наличии) больного: _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____

Диагнозы: _____
—

Өңделетін плазманың көлемі (Объем обрабатываемой плазмы) _____
мл

Гепариндеу (Гепаринизация) _____; НЭХО (NaClO) _____

_____ температурада криопреципитаттау (криопреципитация при температуре)

20__ жылдан (года) " __ " _____ бастап (с), 20__ жылға (года) " __ " _____ дейін (по).

20__ жылғы (года) " _____ " _____ ерітілді (разморожена), супернатант
п р е ц и п и т а т т а н
стерильді бөлініп алынды, гемосорбентті колонка арқылы перфузияланды (супернатант
с т е р и л ь н о
отделен от преципитата, перфузирован через колонку с гемосорбентом) _____

Колонканың көлемі (Объем колонки): _____

Реинфузия үшін плазмосорбциядан кейінгі науқас плазмасының көлемі (Объем
п л а з м ы б о л ь н о г о
после плазмосорбции для реинфузии) _____

Асқынулар (Осложнения) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____ мл, АҚ көлемі (объем ЦК) _____ мл

есептік (расчетный)

Не жасалды (Что сделано) _____

Дәрігер (Врач) _____

Қолы (Подпись) _____

М . О . (б о л ғ а н ж а ғ д а й д а)

М.П. (при наличии)

Операциялық мейіrbике (Операционная медсестра) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Эхокардиографиялық тексеру
К а р т а с ы
К а р т а

эхокардиографического обследования

20__жылғы (года) " ____ " _____

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) _____ Дене аумағы (Поверхность тела) _____

Митраль қақпақшасы (Митральный клапан) _____

Қолқаның негіздемесі (Основание аорты) _____

Қолқа қақпақшасы (Аортальный клапан) _____

Үшжармалы қақпақша (Трикуспидальный клапан) _____

Өкпе артериясы (Легочная артерия) _____

Өкпе артериясының қақпақшасы (Клапан легочной артерии) _____

Сол жақ жүрекше. Диастола кезіндегі өлшемі (Левое предсердие. Размер в диастолу) _____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Оң жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола кезіндегі өлшемі (Правый желудочек. Р а з м е р п о л о с т и в д и а с т о л у)

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола соңындағы өлшемі (Левый
ж е л у д о ч е к . К о н е ч н о
диастолический размер полости) _____

Қуыстың систола соңындағы өлшемі (Конечно-систолический размер полости) _____

Диастола көлемі (Диастолический объем) _____

Систола көлемі (Систолический объем) _____ Соғу көлемі (Ударный
объем) _____

Аластау фракциясы (Фракция изгнания) _____

Диастола кезіндегі артқы қабырғаның қалыңдығы (Толщина задней стенки в
диастолу) _____

Систола кезіндегі (В систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасының аластау уақыты (Время изгнания левого желудочка)

Қарынша аралық қалқа (Межжелудочковая перегородка) _____

Жүрекқап сарысуының болуы (Наличие перикардального выпота) _____

Эхокардиограмманың қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности эхокардиограммы)

Сегменттер бойынша жергілікті жиырылғыштығы (Локальная сократимость по сегментам):

1)	Базалық алдыңғы-қалқалық	9)	Ортаңғы алдыңғы	-	қапталдық
(Базальный	передне-перегородочный)	(Средний	передне	-	боковой)
2)	Базалық алдыңғы	10)	Ортаңғы артқы	-	қапталдық
(Базальный	передний)	(Средний	задне	-	боковой)
3)	Базалық алдыңғы-қапталдық	11)	Ортаңғы артқы	(Средний	задний)
(Базальный	передне-боковой)	12)	Ортаңғы артқы	-	қалқалық
4)	Базалық артқы -қапталдық	(Средний	задне	-	перегородочный)
(Базальный	задне-боковой)	13)	Алдыңғы	-	ұштық
5)	Артқы базалық	(Передне	-		верхушечный)
(Базальный	задний)	14)			Ұштық-қапталдық
6)	Базалық артқы-қалқалық	(Верхушечный			боковой)
(Базальный	задне-перегородочный)	15)	Ұшттық		артқа
7)	Ортаңғы алдыңғы-қалқалық	(Верхушечный			задний)
(Средний	передне-перегородочный)	16)	Қалқалық		-ұшттық
8)	Ортаңғы алдыңғы (Средний передний)		(Перегородочно - верхушечный)		

Қорытынды (Заключение) _____

- - - - -

- - - - -

- - - - -

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

* Ескертпе (Примечание):

II. Алдыңғы қалқа – передняя перегородка

Алдыңғы қабырға – передняя стенка

Төменгі қабырға – нижня стенка

Артқы қабырға – задняя стенка

Бүйірлік қабырға – латеральная стенка

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской карте
стационарного больного

Қуық асты безін тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное
исследование предстательной железы

№ _____

20 _____ жыл (год) " _____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА) _____ нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) РНІ _____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері
Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое нужно подчеркнуть):

- түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),
- түйіндер (узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),
- түйіндер (узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы) / қуық безінің түгел ұлғайуы (увеличение всей железы),
- Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы) жумсақ(мягкая) /қиыршықты(каменистая),
- Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)
- Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы) тегіс (ровная) / тегіс емес(бугристая)
- Қуық безінің жоғарғы шекаралары саусаққа (верхняя граница предстательной железы для пальца) қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются) Иә (Да) / Жоқ (Нет) Зарарсыз (Доброкачественное): Иә (Да)/Жоқ (Нет) Түзіліс оқшауланған орын: (Локализация образования): _____ ----- Күдікті (Сомнительное): Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева; Двустороннее) Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес): _____ г Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т после пальцевого ректального исследовани): _____ Ескертулер (Замечания): _____ _____	

Стационарлық науқастың
 медициналық картасының
 қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской
 карте
 стационарного больного

Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликардиография) Фазовый анализ сердечной деятельности (поликардиография)

Т.А.Ә./ (болған жағдайда) Ф.И.О.(при наличии) _____	Гемодинамика фазаларының атаулары мен көрсеткіштері	Қалыптылығы	Рауаны тербелістер шегі	Іс жүзіндегі деректер
-----	Размерность	(секунды)	Пределы допустимых колебаний	Фактические данные
Туған күні (Дата рождения) _____	Наименование фаз и показателей гемодинамики			
Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____ Бойы (Рост) _____	R - R	сек.		
-----	АС	-"-	0,04 – 0,07	
Бөлімше (Отделение) _____	ИС	-"-	0,02 – 0,05	
Сықатнама № (№ истории болезни) _____	ПН	-"-	0,06 – 0,11	
Зерттеу күні (Дата исследования) _____	ПИ	-"-	0,21 – 0,30	
-----	So	-"-	0,29 – 0,35	
Диагнозы _____	Sm	-"-	0,23 – 0,34	
-----	КБ	-"-	2,5 – 4,5	
-----	ВСП	%	85-94	
-----	ИНМ	%	20-29	
-----	VI	мм сын.бағ./сек. (мм рт.ст./сек.)	1500 - 4500	
-----	Ve	мл /сек.	200 - 500	

Зерттелген күні _____ бөлімшесі _____

(Дата исследования)

(отделение)

Сыртқатнама № _____

(№ истории болезни)

Диагнозы _____

(Диагноз)

Коронарография _____

(Коронарография)

	ЖЖС (ЧСС)	Қ а н (Артериальное давление)	Ескертпе (Примечание)
Қ а л ы п т ы (В покое)	жағдайы		
Жүктеме кезінде (При нагрузке)			
1,6-10вт-60кгм			
4,0-25вт-150кгм			
8,0 50 300			
12,0 75 450			
16,0 100 600			
20,0 125 750			
24,0 150 900			
28,0 175 1050			
32,0 200 1200			
48,0 300 1800			
64,0 400 2400			

ДП: Макс ЧСС x Макс САД

_____ = ш. б. оттектігі мұқтаждылығы (потребность в кислороде)

100

Жүктеме келесі себептермен тоқтатылды _____

(Нагрузка прекращена в связи)

- - - - -

- - - - -

Қалпына келу кезеңі _____

(Период восстановления)

- - - - -

- - - - -

- - - - -

— — — — —

Қорытынды _____

(Заключение)

— — — — —

Дәрігер(Врач) _____

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Емшек бездерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования грудных желез

№ _____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

ЖСН/ИИН _____

Сол жақ сүт безі (Левая молочная железа)

Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (

обычная, деформирована)). Он жақ сүт безі (Правая молочная железа)

Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (

не изменена)) _____ обычная, деформирована))

_____ Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена)) _____

Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (_____

Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) _____

Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (

фиброзды, glandulалық) (Ткань, формирующая Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен))

молочную железу (жировая, фиброзная, Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы,

гlandулярная)) _____ фиброзды, glandуларалық) (Ткань, формирующая

молочную железу (жировая, фиброзная, glandулярная)) _____

Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков) _____

_____ Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков)

_____ Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков)

_____ Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков) _____

_____ Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков)

_____ Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков)

_____ Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков)

_____ Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

_____ Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)

_____ Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)

_____ Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)

_____ Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)

_____ Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)

Қорытынды (Заключение): _____

_____ Қорытынды (Заключение): _____

_____ Қорытынды (Заключение): _____

_____ Қорытынды (Заключение): _____

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Телемедициналық консультация өткізу
Х а т т а м а с ы
П р о т о к о л
проведения телемедицинской консультации

№ _____

20____ жылғы (года) "____" _____

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, ЖСН (фамилия, имя, отчество пациента, ИИН)

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН/ИИН _____

медициналық картасының № (№ медицинской карты) _____

Жолдаманың нөмірі (Номер направления) _____

Телемедициналық консультацияға жіберілген жолдаманың күні (Дата выдачи
направления на
телемедицинскую консультацию) _____

Пациенттің келген күні (Дата обращения пациента) _____

Өтінімнің нөмірі (Номер заявки) _____

Өтінім берілген күн (Дата подачи заявки) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), өтінімді жасаған дәрігердің мамандығы/
Ф . И . О . (п р и н а л и ч и и) ,
специальность врача подавшего заявку) _____

Өтінімді жасаған дәрігердің медициналық ұйымы (Медицинская организация врача
п о д а в ш е г о з а я в к у)

Алдын ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз) _____

АХЖ-10 (МКБ-10)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги (тарификатор))

Қызмет (Код услуги)	код	Қызметтің атауы (Наименование услуги)
1	2	

Консультанттың өтінімді қарау күні (Дата рассмотрения заявки консультантом) _____

Дәрігер-консультанттың медициналық ұйымы (Медицинская организация
в р а ч а - к о н с у л ь т а н т а)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), дәрігер-консультанттың мамандығы/
Ф.И.О. (при наличии), специальность врача-консультанта)

Өтінімді қарау нәтижелері (Результаты рассмотрения заявки) _____

Бас тарту себептері (Причина отказа) _____

Телемедициналық консультацияны өткізу күні мен уақыты (Дата и время проведения телемедицинской консультации) _____

Консультанттың ұйғарымы (Заключение консультанта)

Тіркелген медициналық құжаттар (Прикрепленные медицинские документы)

№ п/п	Тіркелген құжаттардың атауы (Наименование прикрепленного документа)	Өтінімге құжаттарды тіркеген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача, прикрепившего документ к заявке)
1	2	3

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)

20 __ жыл (год) " __ " _____

Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында
жүргізілді

(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. беременной (при наличии) _____

жасы (возраст) _____

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктіліктің І-ші триместріндегі (10-14 апта) ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(протокол ультразвукового обследования в I триместре беременности (10 - 14 недель))

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (недель) _____ күн (день
)

Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20 __ жыл (год) " __ " ____

Зерттеу түрі: трансабдоминалдық, трансвагиналдық (керекті астын сызыңыз)

(Вид исследования: трансабдоминальный, трансвагинальный (нужное подчеркнуть)
)

Жатыр қуысында (В полости матки визуализируется) _____ ұрық
көрінеді (плод)

Сегізкөз-бел өлшемі _____ мм, етеккір мерзіміне сәйкес, сәйкес емес (КТР
соответствует, не соответствует менструальному сроку)

Ұрықтың жүрек соғысының жиілігі (частота сердечных сокращений плода) _____
__ 1 минуттағы соғуы (ударов в 1 минуту)

Жаға кеңістігінің қалыңдығы (Толщина воротникового пространства) _____ мм

Ұрықтың мұрын сүйектерінің ұзындығы (Длина носовых костей плода) _____
__ мм

Ұрықтың анатомиясы (Анатомия плода)

Бассүйек күмбезінің сүйектері (Кости свода черепа) _____
__

"Көбелек" ("Бабочка") _____ Асқазан (Желудок) _____

Алдыңғы іш қуысы (Передняя брюшная стенка) _____

Қуық (Мочевой пузырь) _____

Омыртқа (Позвоночник) _____

Аяқ-қолдары (Конечности) _____

Сарыуыз қабының орталық ішкі диаметрі (СВД желточного мешка) _____
мм

Хорионның ерекше орналасуы: жатырдың алдыңғы, артқы, оң, сол қабырғалары, түбі, ішкі аңқа жанында (керекті астын сызыңыз)

(Преимущественная локализация хориона: передняя, задняя, правая, левая, боковая стенка, дно матки, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть)

Хорион құрылымы: өзгермеген, өзгерген (Структура хориона: не изменена, изменена (нужное подчеркнуть))

Жатыр қосалқыларының ерекшеліктері (Особенности придатков матки): _____
—

Жатыр құрылысының ерекшеліктері (Особенности строения матки): _____

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (Визуализация: удовлетворительная, затруднена)

Ерекшеліктері (Особенности): _____

Ұйғарым (Заключение): _____

- - - - -

Ұсыныстар (Рекомендации): _____

Ультрадыбыстық бақылау (Ультразвуковой контроль в) _____ аптада (недель)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. врача (при наличии) _____
_ қолы (подпись)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности)

20 __ жыл (год) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында
жүргізілді (исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. беременной (при наличии) _____
_____ жасы (возраст) _____ лет

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (неделя) _____ күн (день
)

Басымен/жамбасымен _____ жатқан тірі ұрық(тар) бар (керекті астын сызыңыз)

Имеется живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании (нужное подчеркнуть
)

Фетометрия:

Бастың бипариеталдық өлшемі _____ мм Бас шеңберінің өлшемі _____ мм

Бипариетальный размер головы Окружность головы

Маңдай-шүйде өлшемі _____ мм Іш шеңберінің өлшемі _____ мм

Лобно-затылочный размер Диаметр/окружность живота

Жамбас сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина бедренной кости: левой правой

Тізе сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина кости голени: левой

правой

Иық сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм

оң _____ мм

Длина плечевой кости: левой

правой

Білек сүйектерінің ұзындығы: сол _____ мм

оң _____ мм

Длина костей предплечья: левой

правой

Ұрықтың ұзындығы: _____ аптаға сәйкес

Размеры плода: соответствуют неделям

Пропорционалды емес және жүктілік мерзімін анықтауға мүмкіндік бермейді (непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности)

Ұрық анатомиясы (анатомия плода):

Мидың бүйірлік қарыншалары _____

Мишық _____

—

Боковые желудочки мозга

Мозжечок

Үлкен цистерна _____

Көз шарасы _____

Большая цистерна

Глазницы

Беттік құрылым: бейін _____

Өкпе _____

Лицевые структуры: бейін

Легкие

Мұрын-ерін үштігі _____

Асқазан _____

Носогубной треугольник

Желудок

Омыртқа _____

Қуық _____

Позвоночник

Мочевой пузырь

4-камералық жүрек кескіні _____

Өт қабы _____

4-камерный срез сердца

Желчный пузырь

3 қантамырлық арқылы жүрек кескіні _____

Срез сердца через 3 сосуда

Ішектер (Кишечник) _____

Бүйрек (Почки) _____

Алдыңғы құрсақ қабырғасына кіндіктің бекуі _____

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке

Бала жолдасы, кіндік, қағанақ суы (плацента, пуповина, околоплодные воды):

Бала жолдасы жатырдың алдыңғы, артқы қабырғасында орналасқан, көбірек оң/ сол , түбінде ____ см ішкі ернеуден жоғары, ішкі ернеудің аймамағы (керекті астын сызыңыз).

(Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева, в дне на ____ см выше внутреннего зева, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының қалыңдығы: қалыпты, ____ мм – ге дейін кішірейген, үлкейген (керекті астын сызыңыз)

Толщина плаценты: ____ мм - нормальная, уменьшена, увеличена (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының құрылымы _____ Жетілу дәрежелері _____, жүктіліктің мерзіміне сәйкес/ сәйкес емес (керекті астын сызыңыз)

Структура плаценты _____. Степень зрелости соответствует/не соответствует (нужное подчеркнуть) сроку беременности.

Қағанақ суының мөлшері: қалыпты, көпсулылық/су аздық (керекті астын сызыңыз)

(Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие) (нужное подчеркнуть).

Амниотикалық суықтықтың индексі _____ сантиметров

Индекс амниотической жидкости

Кіндік бауының _____ қан тамыры бар. Пуповина имеет _____ сосуда

Туа біткен даму ақаулары: деректер анықталмады (керекті астын сызыңыз)

Врожденные пороки развития: данных не обнаружено (нужное подчеркнуть).

Анықталды _____

Обнаружены

Жатырдың мойны және қабырғасы: құрылымының ерекшеліктері

Шейка и стенки матки: особенности строения

Аналық безінің аймағы _____

Область придатков

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (керекті астын сызыңыз)

Визуализация: удовлетворительная/затруднена (нужное подчеркнуть).

Ұйғарым: _____

Заключение:

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____ қолы _____

Ф.И.О. врача (при наличии)

подпись

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

ӨаЭФЗ -өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу Хаттамасы
П р о т о к о л
ЧпЭФИ – чрезпищеводного электрофизиологического исследования
№ _____

Күні (Дата) " ____ " _____ 20 ____ жылғы (года).

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Дене салмағы (Масса тела) _____
_____ кг.

Диагнозы (Диагноз): _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

ӨаЭФЗ параметрлер: 9,5 мс импульсінің ұзақтығы, деңгейлі амплитуда (Параметры ЧпЭС: длительность импульса 9,5 мс; амплитуда пороговая) _____
В,

қалыпты (рабочая) _____ в, эл-дтің қойылу тереңдігі (глубина установки эл-да) _____ см.

	Қалыпты , мс Норма, мс	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	Вегетативтік блокададан кейін После вегетативной блокады	
			атропин мг.	атропин мг + обзидан мг
Ж Ж Ж 1 минутта ЧСС в 1 минуту				
Ж О Ц ССЦ, мс				
1. Синус торабының функциясы СТФҚКУ Функция синусового ула до 1400 ВВФСУ, мс				
С Т Ф Қ К Т У КВВФСУ, мс	до 525			
2. Өткізгіштігі Проводимость ВСАП, мс	до 206			
АВ Венкебах нүктесі (точка Венкебаха)	130-180 в 1 минуту			
ЭРП АВ - қосылымның (ЭРП АВ-соединения)				
Қарыншалардың ерте қозу с-мы С-м предвозбуждения желудочка				
ЭРП Қосымша антероградтың жолдың (антероградного доп. пути)				

3. Тахиаритмияларды зерттеу Изучение тахиаритмий	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	В/а енгізгеннен кейін После введения в/в		
		мг	мг	мг
Тахиаритмия формасы				
Форма тахиаритмий				
1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту				

В-А, мм				
Тахикардия "Окно" тахикардии	"терезесі"			
Тоқтату Купирующая ЧпЭС	Ө а Э С			

4.ЖИА-ын диагностикалауға арналған жүктеме тесті (Нагрузочный тест для диагностики ИБС):

1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту	ӨаЭС ЧпЭС	АҚҚ АД	Стенокардия деңгейі Порог стенокардии			Ескертпе Примечание	
			Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикамента	Қабылдағаннан кейін После приема			
				мг/с	мг/с		мг/с
100							
110							
120							
130							
140							
150							
160							

5.Асқынулар (Осложнения):

Қорытынды (Заключение): _____

Нұсқаулар (Рекомендации): _____

— — — — —

Дәрігер (Врач): _____ қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Реография

20____ жылғы (года) “ ____ ” _____

Сырқатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (
а м б у л а т о р н о й к а р т ы)
_____ бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН _____

Диагнозы _____

QREL _____ Е жүйе. (сис.) _____

Е жылдам (Е быст). _____ RR _____

Баяу Е (Е медл) _____ ИНМ _____

Е макс. _____ Ag|Fd _____

Шығарылу Е (Е изгн). _____ УО _____

_____ Pg

_____ МОК

Қ о р ы т ы н д ы :

Заключение:

- - - - -

- - - - -

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. (при наличии)

Қолы (Подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Спирография*

20__ жыл " ____ " _____

Амбулаториялық картаның № /№ _____ амбулаторной карты

Медициналық картаның № / № _____ медицинской карты

Бөлімше (Отделение) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) /Фамилия, имя, отчество (при наличии) ____

Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ӨӨК (ЖЕЛ) _____

ӨЖЖШ (МВЛ) _____

ӨЖӨК (ФЖЕЛ) _____

О2 ПК (КИ О2) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: (ФКК 1/ӨӨК) (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

ПСВ _____

Зерттеу жүргізілгенге дейінгі 24 ішінде пациент қабылдаған дәрілік препараттар
(Принятые пациентом медикаментозные препараты за 24 часа до обследования) _____

Реверсивтік тестілеуден кейін (После реверсивного теста) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: ФКК 1/ӨӨК (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

Қорытынды/Заключение

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

Қолы (Подпись) _____

* Қоса берілген "Көлем-уақыт" және "ағын-көлем" өзектеріндегі тыныс алу (демді ішке тарту - шығару) үдерісінің графикалық көрінісінсіз жарамсыз

(Недействительна без приложенного графического отображения процесса дыхания (вдоха и выдоха) в осях "объем-время" и поток-объем")

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование беременной

№ _____

20__жылғы (года) "___" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Жағдайы (Положение) _____

Алдында жатқан (Предлежит) _____

Позициясы (Позиция) _____ БПР _____

_____ мм _____ апта (недель)

Кеудесі (Грудь) _____ мм

Іш қуысының диаметрі (Диаметр брюшной полости) _____

_____ мм.

Саны (Бедро) _____ мм _____ апта (недель)

Ұрықтың ағзасы (Органы плода): миы (мозг) _____

Жүрегі (Сердце) _____

Бауыры (Печень) _____

Іш қуысы (Брюшная полость) _____

Ұрықтың жүрек қызметі (Сердечная деятельность) плода _____

Ұрықтың қимылдық белсенділігі (Двигательная активность плода) _____

Бала жолдасының орнығуы (Локализация плаценты) _____

Бала жолдасының төменгі шеті (Нижний край плаценты на) _____ см. ая (лоно)
, і ш к і а ң қ а
деңгейінен биік (выше уровня лона, внутреннего зева)

Бала жолдасының қалыңдығы (Толщина плаценты) _____

_____ см.

Бала жолдасының құрылымы (Структура плаценты) _____

Ультрадыбыстық тексеру
мойыны, аналық без)
исследование

No _____

20 ЖЫЛҒЫ (года) " " _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Жатыр ортаңғы жағдайда ауытқыған: (Матка в срединном положении отклонена):
артқа, алдыға, оңға, солға (кзади, кпреди, вправо, влево) _____

Контурлары (Контуры): айқын, айқын емес, тегіс, тегіс емес (четкие, нечеткие,
ровные, неровные).

Өлшемдері (Размеры): ұзындығы (длина) _____ мм, алғы-арқы (передне-задний) _
_ _ _ _ _ мм ,
көлденеңі (ширина) _____ мм

Жатырдың құрылымы (Структура матки) _____

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

Қуыс пішіні бұзылған, бұзылмаған (Полость деформирована, не деформирована) ____

М-эхо _____ мм. Етеккір циклының күні (День менструального цикла)

Эндометрий жаңғырығы (Отражение от эндометрия): орташа, бәсеңдеген, күшейген
(с р е д н е е ,
снижено, усилено)

Жатыр мойнының өлшемдері (Размеры шейки матки: длина) _____ мм,
а л ғ ы - а р т қ ы
(передне-задний) _____ мм, көлденеңі (ширина) _____ мм

Құрылымы (Структура) _____

Жатыр мойнының өзегі (Цервикальный канал) _____

Оң жақ аналық без (Правый яичник): өлшемдері (размеры) _____ мм,
қ ұ р ы л ы м ы
(структура) _____

- - - - -

Сол жақ аналық без (Левый яичник): өлшемдері (размеры) _____ мм,
қ ұ р ы л ы м ы
(структура) _____

- - - - -

Ерекшеліктері (Особенности) _____

- - - - -

Қорытынды, нұсқаулар (Заключение, рекомендации)

- - - - -

- - - - -

Ультразвуковое №	Қуықты исследование	ультрадыбыстық мочевого	зертеу пузыря

Зертеу деректері

Данные исследования

Пішіні: овал, үшбұрыш тәрізді (Форма: овала, треугольника) _____

Өлшемдері (Размеры) _____

Орналасуы (Положение) _____

Контуры: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес, (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Қабырғасының қалыңдығы (Толщина стенки) _____ см

Ішіндегі зат: гомогенді, гомогенді емес, тұнба (Содержимое: гомогенное, негомогенное, осадок)

Конкременттер (Конкременты) _____

— — — — — — — —

— — — — —

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

— — — — —

Қорытынды (Заключение):

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач)_ Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись)_____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Ішперде қуысын, бүйректерді, бүйрекбезді және ішперде артындағы кеңістікті (бауыр, өтқалта, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер, бүйрекбездер, зәрағар, ішперде аортасы және оның тармақтары, төменгі қуыс вена және оның ағыны) ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, надпочечников и забрюшинного пространства (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки, надпочечники, мочеточники, брюшная аорта и ее ветви, нижняя полая вена и ее притоки)

№ _____

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ (Жынысы) Пол _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері Данные исследования

1. Бауыр (Печень) оң бөлігі, биіктігі (правая доля высота) _____ см қалыңдығы (толщина) _____ см

_____ сол бөлігі, биіктігі (левая доля высота) _____ см қалыңдығы (толщина) _____ см

Бауырдың контуры (Контуры печени) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

Бауыріші өт жолдары (Внутрипеченочные желчные пртоки) _____

Қакпақша тамыр (Портальная вена) _____

2.Өтқалтасы (Желчный пузырь) _____

Пішіні (Форма)_____Өлшемдері (Размеры)_____

Қаптың қабырғасы (Стенка пузыря) _____

Қаптың қуысында (В полости пузыря) _____

Жалпы өт жолы (Общий желчный проток) _____

3. Ұйқыбезі (Поджелудочная железа) _____

Басының өлшемдері (Размеры головки) __ (N 1,8 – 2,6), денесі (тела)__(N0,6 – 1,6),
құйрығы (хвост)__(N 1,6 – 2,0)

Бездің контурлары (Контурсы железа) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

Вирсунг өзегі (Вирсунгов проток) _____

Көкбауыр венасы (Селезеночная вена) _____

Оның диаметрі (Ее диаметр) _____

4. Көкбауыр (Селезенка) _____

Көкбауыр ауданы (Площадь селезенки) _____ (N 40 ш.см. артық емес (не более 40 кв. см.))

Көкбауыр контуры (Контур селезенки) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность) _____

5. Бүйректер (Почки) _____

Оң бүйректің өлшемдері (Правая почка размером) _____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) _____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) _____

Сол бүйректің өлшемдері (Левая почка размером) _____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы) _____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система) _____

6. Бүйрекбездер (Надпочечники): Оң бүйрекбезі (Правый надпочечник) _____

Сол бүйрекбезі (Левый надпочечник) _____

7. Төменгі қуыс вена және оның ағыны (Нижняя полая вена и ее притоки) _____

8. Ішперде аортасы және оның тармақтары (Брюшная аорта и ее ветви) _____

УДЗ бойынша қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности по УЗИ) _____

Қорытынды

(Заключение): _____

Дәрігер (Врач)_ Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись)_____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии
))

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері

Данные исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная) _____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая)

Өлшемдері (Размеры) _____

Контуры: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоэхогенді (Структура внутренней части : гиперэхогенная , гипоэхогенная)

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоэхогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части : средней эхогенности, гипоэхогенная, гиперэхогенная) _____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования) _____

- - - - -

- - - - -

- - - - -

Қорытынды (Заключение):

- - - - -

- - - - -

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при наличии)) қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование щитовидной железы

№ _____ 20__ жыл (год) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____ Пол (Жынысы) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

З е р т т е у д е р е к т е р і

Данные исследования

Контурлары (Контуры) _____

Серпімділігі (Эластичность) _____

Пішіні (Форма) _____ Мойнақ (Перешеек) _____

Оң жақ бөлігі (Правая доля) _____

- - - - -

Сол жақ бөлігі (Левая доля) _____

- - - - -

- - - - -

- - - - -

Қорытынды (Заключение) _____

- - - - -

- - - - -

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Фонокардиограмма №	а р т қ ы б е т і						
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) / Фамилия, имя, отчество(при наличии) _____	З е р т т е у н ә т и ж е л е						
ЖСН/ИИН _____	Результаты исследования						
Туған күні (Дата рождения) _____	Q – I дыбыс (тон): _____						
Жынысы (Пол) _____	I дыбыс (тон): _____						
Салмағы (Вес) _____	II дыбыс (тон): _____						
Бойы (Рост) _____	III дыбыс (тон): _____						
20 жылға (года) " _____	Ашылу тырсылы (Щелчок открытия) _____						
Бөлімше (Отделение) _____	Митраль қақпақшасы (митрального клапана): _____						
зерттеу күні (дата исследования) _____	Перикардиалдық дыбыс (Перикардиальный тон): _____						
Учаскесі № (Участок№) _____	Басқа дыбыстар (Другие тоны): _____						
Сырқатнама немесе	Ш у ы л д а р Шумы	Нысаны Форма	Ұ за қ т ы ғы Продолжительность	Эпицентр	Амплитуда	Жиіліктігі Частотность	Дыбыстар байланысы Связь с тонами
	Систодалық Систолический						
	Диастодалық Диастолический						
	Систоло-диастодалық Систоло-диастолический						
	Перикард үйкелісі Трения перикарда						
	Басқа шуылдар						
	Другие шумы						

амбулаториялық
картасының № (№
истории болезни
и л и
амбулаторной
карты) _____

Диагнозы (диагноз
) _____

Зерттеуді жүргізген (Исследование проводил)
Т.А.Ә., қолы (Ф.И.О., подпись) _____

Фонокардиограмма
бойынша
қорытынды (
Заключение по
фонокардиограмме
) № ____
Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған
жағдайда)/Ф.И.О. (
при наличии)
қолы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу
Функциональное исследование периферических сосудов

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____

ЖСН/ИИН _____

Диагнозы _____

Зерттеу күні (Дата исследования): 20__ жылғы (года) " ____ " _____

1.Реография

	Амплитуда		Индекс		Асимметрия коэффициенті Коэффициент асимметрии
	оң правый	сол левый	оң правый	сол левый	
Табандар Стопы					
Балтырлар Голени					
Сандар Бедрa					
Саусақтар Кисти					
Білектер Предплечья					
Иықтар Плечи					

2.Көлемдік сфигмография (Объемная сфигмография)

		АГП		Көтеру уақыты Время подъема	
		оң правый	С о л Левый	оң правый	с о л левый
Балтырдың Н/з голени	т / з				
Балтырдың В/з голени	ж / з				
С а н н ың Ср/з бедра	о / з				
Б і л е к т ің Н/з предплечья	т / з				
Б і л е к т ің В/з предплечья	ж / з				
И ы қ т ың Ср/з плеча	о / з				

3.Капилляроскопия

Зерттеу орны, жалпы көрінуі, негізгі түсі, капиллярлық тордың қоюлығы, орналасуы және капиллярлар пішіні. Анастомоздар, субкапиллярлық өрімдер. Қан жүруі.

(Место исследования, общая видимость, фон, густота капиллярной сети, расположение и форма капилляров. Анастомозы, субкапиллярные сплетения. Ток крови)

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ): _____

— — — — —

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Электрокардиограмма №

Тегі, аты, әкесінің аты

(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество(при наличии)

ЖСН/ИИН _____

Ұлты (Национальность) _____ Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____ Бойы (Рост) _____

АҚК (АД) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс орны (мекенжайы) Место работы (адрес) _____

Бөлімше, учаске (Отделение, участок) _____

Сырқатнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или
а м б у л а т о р н о й
карты) _____

Зерттеу күні (Дата исследования) _____

Диагнозы _____

- - - - -

P - Q = с е к .
Q R S T (Q - T) = с е к .
R - R = с е к .
R I : R I I : R I I I =
R a V F : S a V F =
Ж С С (Ч С С) =

Патологиялық тістердің сипаттамасы (Описание патологических зубцов): _____

Қорытынды (Заключение): _____

Ырғақ (Ритм) _____
ЖЭО (ЭОС) _____
Гипертрофия _____
Коронарлық патология (Коронарная патология) _____
Блокадалар (Блокады) _____
Басқа өзгерістер (Другие изменения) _____
Дәрігер (Врач) _____
Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)
колы (подпись) _____

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Электроэнцефалография

20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты

(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при наличии)

Жасы (Возраст) _____ ЖСН/ИИН _____

Диагнозы _____

— — — — — — — —

ЭЭГ негізгі түсі (Фоновая ЭЭГ) _____

Фотостимуляция

Гипервентиляция

Қорытынды (Заключение):

Дәрігер (Врач)

Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии)

қолы (подпись)

Стационарлық науқастың
медициналық картасының

Э х о э н ц е ф а л о г р а ф и я

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____

Сықатнама немесе амбулаториялық картаның № (Истории болезни или амбулаторной карты) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)) _____

_____ Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ ЖСН/ИИН _____

Мидың орта құрылымдарының ауытқуы (бар, жоқ) (Смещение срединных структур мозга (есть, нет))

$T_m = T$

ІІІ арынша (ІІІ желудочек): ені (ширина) _____ мм

Солқылдауы (Пульсация) күшейген (усилена) 1/3 2/3 М –
жаңғырық (эхо)

күшеймеген (не усилена)

ширыққан (напряжена)

ширықпаған (не напряжена)

М – жаңғырықтың пішіні өзгерген, өзгермеген (М-эхо деформирован, не изменен)

Қосымша импульстар бар, жоқ (дополнительные импульсы есть, нет)

Амплитудасы орташа, жоғары, төмен (Средней, высокой, низкой амплитуды)

Бірлі – жарым, қалыпты мөлшерде, көп санды (Единичные, умеренные, большое количество)

Қорытынды (Заключение) _____

Белгілері бар, жоқ (Признаки да, нет) _____

Әлсіз, қалыпты, көрнекі (Слабо, умеренно, значительно выраженные)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О. (при наличии) и подпись врача)

Примечание*: при необходимости использовать вкладные листы

Стационарлық науқастың
медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Күндізгі стационар (емхана, аурухана), үйдегі стационар науқасының картасы
(керектісінің астын сызыңыз)
Карта больного дневного стационара (поликлиники, больницы),
стационара на дому (нужное подчеркнуть)

1. Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / ____ / ____ / ____ /

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

3. Жынысы (Пол):ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6. ЖСН (ИИН) ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Медициналық тіркеу нөмірі|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|
____|____|

(Регистрационный медицинский номер)

8. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

9. Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства) _____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

10. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 11 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее)

11. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 99.

12. Бекітілген МҰ-ның коды мен аты (Код и название МО прикрепления)

13. Осы ауру салдарынан биылғы жылы күндізгі стационарға жатуы (Проходил лечение в дневном стационаре в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

14. Хирургиялық операциялар (Хирургические операции)	АХЖ-9 коды (код МКБ-9)	Өткізу мерзімі мен у а қ ы т ы Дата и время проведения

15. Емді бастаған күні (Дата начала лечения) ____/____/____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

16. Емді аяқтаған (қайтыс болған) күні (Дата окончания лечения (смерти))____/____/____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

17. Өткізген күндері (Проведено дней) _____

18. МЭХ (МЭП) № _____

19. Диагностикалық зерттеулер
Диагностические исследования

Тағайындалды (астын сызыңыз)	Орындалды (күні, қолы)
Назначено (подчеркнуть)	Выполнено (дата, подпись)

ЭКГ _____

Эндоскопиялық зерттеу _____

(Эндоскопическое исследование) _____

Ультрадыбыстық зерттеу _____

(Ультразвуковое исследование)

Ro – скопия (графия) _____

Зерханалық зерттеулер _____

(Лабораторные исследования)

Шағымы (Жалобы) _____

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Қысқаша сыртартпасы (Краткий анамнез) _____

Объективті статусы (Объективный статус)

Бақылау күнделігі

Дневник наблюдения

Тағайындалымдардың орындалуы мен бақылау күнделігі
Дневник наблюдения и выполнения назначений

Тағайындалымдар Назначения	Орындалу күні (Дата выполнения)	Қолы (Подпись)
1.Емдеуші дәрігердің тексеріп-қарауы (Осмотр лечащего врача)		
2.Учаскелік мейіргердің тағайындалымдарын орындауы (Выполнение назначений участковой медсестрой)		
3.Мамандардың консультациясы Консультации специалистов		

18.	Диагнозы	АХЖ-10 коды (код по МКБ10)
Қорытынды клиникалық диагнозы Клинический диагноз		
Патологоанатомиялық диагнозы Патологоанатомический диагноз		

19. Уақытша еңбекке жарамсыздық парағы (Листок временной нетрудоспособности)

(с)_____ бастап (по)_____ дейін

20. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть)-5, стационарға ауыстыру (қай стационарға екенін көрсету) перевод в стационар (указать какой)

20 __жыл (год) " ____ " ____ Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача)

медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Күндізгі стационардағы (емханадағы,
ауруханадағы) науқастарды есепке алу

Ж У Р Н А Л Ы

Ж У Р Н А Л

учета больных дневного стационара (поликлиники, больницы)

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начат)

аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Домашний адрес	Диагноз
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Емдеудің басталу күні Дата начала лечения	Емдеудің аяқталу күні Дата окончания лечения	Емделген күндер саны Количество дней лечения	Емдеу немен аяқталды Исход лечения	Уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы парақ Листок временной нетрудоспособности
6	7	8	9	10

Стационарлық науқастың
медициналық картасының қосымша
парағы
Вкладной лист к медицинской
карте стационарного больного

Үйдегі стационар науқастарын есепке алу

Ж У Р Н А Л Ы
Ж У Р Н А Л
учета больных стационара на дому

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончен)

Р/с № п/п	Т А Ә ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Диагноз
1	2	3	4	5

Емдеудің басталу күні Дата начала лечения	Емдеудің аяқталу күні Дата окончания лечения	Емделген күндер с а н ы Количество д н е й лечения	Емдеу немен аяқталды Исход лечения	У а қ ы т ша е ң б е к к е жарамсыздығы туралы Л и с т о к временной нетрудоспособности	парақ
6	7	8	9	10	

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 003-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ЖҮКТІЛІКТІ ҮЗУДІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

№ 003-1/е нысаны медициналық айғақтары бойынша аборт жасау және

ауыр қосалқы сырқаттар бар болудан басқа жүктілікті үзудің барлық

жағдайларында толтырылады. Осындай жағдайларда № 003-1/е. нысанды

стационарлық науқастың картасы толтырылады. Аборт операциясы кезінде

немесе операциядан кейін әйелдің 3 күннен артық стационарда болуын талап ететін асқынулар болса, онда жазбалар № 003/е нысанының жапсырма парағына жазылады.

Картада көрсетілген барлық сұрақтардың жауабы, бірнеше мүмкін жауап көрсетілсе, дұрысының астын сызу және жетпегенін жазу арқылы берілуі тиіс.

Учетная форма № 003-1/у заполняется во всех случаях прерывания беременности, кроме абортів по медицинским показаниям и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. В этих случаях заполняется карта стационарного больного учетная ф. № 003.

В случаях осложнений, возникших во время или после операции аборта, требующих пребывания женщины в стационаре более 3-х дней, записи производятся на вкладном листе к учетной форме № 003у (карта стационарного больного).

Ответы должны быть даны на все указанные в карте вопросы путем подчеркивания, в случаях нескольких возможных ответов и вписывания недостающего.

1.Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

Қан тобы (Группа крови) _____ Резус фактор _____

АИТВ-ға зерттеу (Исследование на ВИЧ) _____

Вассерман реакциясы (Реакция Вассермана) _____ Соз ауруына

зерттеу (Исследование на гонорею) _____

Жолдамамен түсті (Поступила по направлению) _____

емдеу ұйымының аты (название лечебной организации)

Сан.тазартудан өтті (Санобработку прошла), жоқ (нет) астын сызыңыз

(подчеркнуть) _____

Түскен күні (Дата поступления) ____ Шыққан күні (Дата выписки) ____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Өткізген төсек күндері (Проведено койко-дней) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ отбасы жағдайы (семейное

положение): неке тіркелген (в браке зарегистрированном), тіркелмеген

(незарегистрированном), жалғыз басты (одинокая)

Мекенжайы (Место жительства): облыс (область) _____

Аудан (Район) _____ қала (ауыл) город (село) _____

Көшесі (Улица) _____ үй (дом) № _____ корп. _____ пәт.(кв.) _____

телефон _____

Жұмыс орны (Место работы) _____ лауазымы (должность) _____

Медициналық сақтандыру жөнінде деректер сақтандыру полисінің № (№

страхового полиса) _____

(Данные по медицинскому страхованию) Сақтандыру компаниясының атауы

(Наименование страховой компании)

Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): негізгі (основной) _____

қосалқы (сопутствующий) _____

Акушердің қолы (Подпись акушерки) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический)

Шыққан кездегі диагнозы (Диагноз при выписке): негізгі (основной)

қосалқы (сопутствующий) _____

Операцияның аты, күні (Название операции, дата) _____

Асқынулары (Осложнения) _____

Анамнез (Анамнез). Етеккірі бір қалыпқа түсуі (Менструация

установилась) (с) _____ жасынан бастап (лет

по) _____ күннен (дней) әр (через)

_____ күн сайын (дней). Аз, қалыпты, көп мөлшерде,

ауырсынғыштықпен (Скудные, умеренные, обильные, болезненные).

Соңғы қалыпты етеккірі (Последняя нормальная менструация) (с)

_____ бастап (по) _____ дейін

Жыныстық қатынасы (Половая жизнь) (с) _____ жасынан бастап

(лет), жүктіліктен сақтана ма (предохраняется ли от беременности):

иә, жоқ, қандай тәсілмен (да, нет, каким способом)

Нешінші жүктілік (Которая беременность) _____

Босанумен аяқталған жүктіліктер саны (Число беременностей,

закончившихся родами) _____ абортпен аяқталған

(абортами) _____

Соңғы жүктілігі (Последняя беременность была) в 20__ ж.

(г)._____ айы (месяц)

Аяқталуы (Закончилась): мезгілінде босанумен (родами срочными),

мезгілінен бұрын босануымен (преждевременными), медициналық айғақтары

бойынша артифициальдық абортпен (абортом артифициальным по

медицинским показаниям), криминалдық (криминальным), өздігінен түсік

тастаумен (самопроизвольным выкидышем).

Босануларда асқынулар болды ма (Были ли осложнения в родах)

Босанудан кейін (После родов) _____ аборттан кейін (после аборттов)

қандай және жылдарын көрсетіңіз (указать, какие и годы)

Бастан өткерген аурулары (Перенесенные заболевания): Боткин ауруы

(болезнь Боткина), мерез (сифилис), соз ауруы (гонорея),

гинекологиялық сырқаттар (гинекологические

заболевания) _____

Бастан өткерген операциялары, қан құюлар (Перенесенные операции,

переливание крови) (болды, болмады) (было, не было)

Осы аборттың себебі (Причины настоящего аборта): баласы болуын

қаламау (нежелание иметь ребенка), баспана жағдайы (жилищные

условия), оқуы (учеба), бүлдіршіндер, бала бақшаларының болмауы

(необеспеченность яслями (садами)), тұрмыс жағдайының төмендігі

(материальная необеспеченность), көп балалы (много детей), ерінің

болмауы (нет мужа) (астын сызыңыз, жетпегенін жазыңыз (подчеркнуть,

недостающее вписать) _____

Түскен кездегі Дене T^0 (тела) _____ жалпы жағдайы (общее

жағдайы состояние) _____

(Состояние при

поступлении)

Жабыны, шырышты қабықтары (Наружные покровы, слизистые) _____

Сүт безінің жай-күйі Состояние молочных желез) _____

Қанайналым ағзалары (Органы кровообращения): тамыр соғуы (пульс) ____

Қан қысымы (Артериальное давление) _____

Жүрегі (тондары) сердце (тоны) _____

Тыныс алу ағзалары (Органы дыхания) _____

Ас қорыту ағзалары (Органы пищеварения) _____

Нәжісі (Стул) _____ Зәр бөлу ағзалары (Органы мочеотделения) _____

Қыныптық Сыртқы жыныс ағзалары өзгеріссіз, қыныбы тар, кең

зерттеу (Наружные половые органы без особенностей, узкое, свободное).

Влагалищное Жатыр мойны цилиндр, конус пішінді (Шейка матки

исследование) цилиндрической, конической формы)

Қынып пен жатыр мойнының шырыш қабығы таза

(Слизистая влагалища и шейки чистая)

Жатыр мойнында келесі өлшемді жалақ жара бар

(На шейке матки имеется эрозия размером) _____

Сыртқы аңқа ашық, жабық (Наружный зев закрыт, открыт)

Жатыр денесінің орналасуы (Тело матки в положении) _____

үлкеюі (увеличено до) жүктіліктің _____ аптасына дейін (недель беременности), консистенциясы жұмсақ (мягковатой консистенции)

қозғалмалы (подвижно), қолғалыссыз (неподвижно), қолмен зерттегенде

ауырсынуымен, ауырсынусыз (болезненно, безболезненно при пальпации).

Сол жақ қосалқылар өзгеріссіз (Левые придатки без особенностей)

Оң жақ қосалқылар өзгеріссіз (Правые придатки без особенностей)

Күмбезі бос (Своды свободны) _____

Шығынды (Выделения): шырышты (слизистые), іріңді (гнойные), қан
аралас (кровянистые), қалыпты (умеренные), көп (обильные).

Диагноз: жүктілігі (беременность) _____ апта (недель)

Дәрігер (Врач) _____

Жүктілікті үзу 20__ ж.(г.) _____ айы (месяц) __ күні (число) __

операциясы сағаты _____ (час) _____

(Операция

прерывания Ауырсынуды басу әдісі (Метод обезболивания) _____

беременности)

Сыртқы жыныс ағзаларын, қыныпты және жатыр мойнын қажеттегідей

тазартқаннан кейін жатыр мойны қысқашқа алынды. (После

соответствующей обработки наружных половых органов, влагалища и шейки

матки, шейка матки взята на пулевые щипцы)

Сүңгі бойымен жатыр ұзындығы (Длина матки по зонду) _____ см.

Жатыр мойны өзегінің Гегар кеңейткішімен (Расширение цервикального

канала расширителем Гегар до №) №-ге дейін кеңеюі _____ оңай

(легко)

Вибродиллятатормен оңай (Вибродиллятатором) (легко) _____

Ұрық жұмыртқасы кюреткамен, абортцангпен, вакуумэксскохлеатормен

бұзылды және алынып тасталды (Плодное яйцо разрушено и удалено

кюреткой, абортцангом, вакуумэксскохлеатором).

Жатыр қабырғаларын бақылаулық қыру жүргізілді, жүргізілмеді

(Контрольное выскабливание стенок матки произведено, нет)

Жатыр жиырылды, жиырылмады (Матка сократилась, нет) _____ қан

шығыны (кровопотеря) _____ мл.

Жатыр мойны йодпен тазартылған (Шейка матки обработана йодом)

Тағайындалымдар (Назначение) _____

Хирургтың қолы (Подпись хирурга) _____

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Күні Дата	Б і р і н ш і Первые сутки	т ә у л і к	Тағайындаулар Назначения
Т* Т (У) Т* К (В) Тамыр соғуы (Пульс) АҚҚ (АД)	Шағымы (Жалобы) _____ Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____		
	Қолмен зерттегенде іші (Живот при пальпации): ауырсынбайды (безболезненный), ауырсынады (болезненный), жұмсақ (мягкий), қатты (н а п р я ж е н н ы й) .		
	Шығындылар (Выделения): кан аралас (кровянистые), сарысулы (серозные), көп (обильные), қалыпты (умеренные), аз (незначительные)		
	Нәжісі (Стул) _____		
	Зәршығаруы (мочеиспускание) _____		
	Дәрігер (Врач) _____		
Күні Дата	Е к і н ш і Вторые сутки	т ә у л і к	Тағайындаулар Назначения
Т* Т (У) Т* К (В) Тамыр соғуы (Пульс) АҚҚ (АД)	Шағымы (Жалобы) _____ Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____		
	Қолмен зерттегенде іші (Живот при пальпации): ауырсынбайды (безболезненный), ауырсынады (болезненный), жұмсақ (мягкий), қатты (н а п р я ж е н н ы й) .		
	Шығындылар (Выделения): кан аралас (кровянистые), сарысулы (серозные), көп (обильные), қалыпты (умеренные), аз (незначительные)		
	Нәжісі (Стул) _____		
	Зәршығаруы (мочеиспускание) _____		
	Дәрігер (Врач) _____		
Күні Дата	Ү ш і н ш і Третьи сутки	т ә у л і к	Тағайындаулар Назначения
Т* Т (У) Т* К (В) Тамыр соғуы (Пульс) АҚҚ (АД)	Шағымы (Жалобы) _____ Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____		
	Қолмен зерттегенде іші (Живот при пальпации): ауырсынбайды (безболезненный), ауырсынады (болезненный), жұмсақ (мягкий), қатты (н а п р я ж е н н ы й) .		
	Шығындылар (Выделения): кан аралас (кровянистые), сарысулы (серозные), көп (обильные), қалыпты (умеренные), аз (незначительные)		
	Нәжісі (Стул) _____		
	Зәршығаруы (мочеиспускание) _____		
	Дәрігер (Врач) _____		

20__ жыл (год) " __ " _____

Қанағаттанарлық жағдайда шығарылды (Выписана в удовлетворительном
состоянии) _____

Ауыстырылды (Переведена в) _____

Ұсынылды (Рекомендовано) _____

Жұмысқа жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) _____

бастап (с) _____ дейін (по) № _____ сериясы (серия) _____ алды

(получила) _____

Дәрігер (Врач) _____

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) _____

A4 форматы

Формат A4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 004/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 004/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 004/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 004-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № ТБ 004-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 004-1/у у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

А4 форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 0 0 5 / у утверждена приказом и.о. Министра з д р а в о о х р а н е н и я Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 005/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 ж ы л ғ ы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 005-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 0 0 5 - 1 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 005-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Код организации по ОКПО _____			

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство Республики Казахстан
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская Форма утверждена Министра Республики от "23" ноября 2010 № 907	документация № 005-2/у приказом и.о. здравоохранения Казахстан года

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Қанның, оның компоненттері мен препараттарының мен
диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу
журналы Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее
компонентов, препаратов, диагностических стандартов**

20 жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат)

20 жылғы (года) " ____ " _____ аяқталды (окончен)

1. Емдеу денсаулық сақтау ұйымының қан құю бөлімшесінде немесе қан бөлмесінде толтырылады.

1. Заполняется в отделении переливания или кабинете крови лечебной организации здравоохранения.

2. Ірі ұйымдарда трансфузиялық заттардың әр түріне жеке журнал жүргізуге болады : қан

компоненттеріне, қан препараттарына, стандартты қан сарысуына, каналмастырғыларға.

2. В крупных организациях на разные виды трансфузионных средств можно вести отдельные

журналы: на компоненты крови, препараты крови, стандартные сыворотки, кровезаменители.

3. Ай сайын әр баған бойынша қорытынды шығарылады.

3. Ежемесячно по каждой графе подводится итог. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі , бас

дәрігердің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс.

4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы и скреплены печатью и подписью

главного врача.

Р/с № № п/п	Алған күні және уақыты Дата и время получения	Дайындаушы ұйым Организация – изготовитель	Заттаңба нөмірі (сериясы) Номер (серия) этикетки	Дайындалған күні (сақталу мерзімі) Дата заготовки (срок годности)	А В О бойынша қанның тобы Группа крови по АВО	Резус-тиістілік Резус-принадлежность	Консервіленген қ а н ж әне эритроцитқұрамды компоненттер К р о в ь консервированная и эритросодержащие компоненты
1	2	3	4	5	6	7	8

Плазманың барлық түрлері, криопреципитат Плазма всех видов, криопреципитат	Тромбоциттер Тромбоциты	Қ а н препараттары Препараты крови	Диагностикалық стандарттар Диагностические стандарты	Мөлшері (мл/мөлшерлеме) Количество (мл\доз)	Бөлімшеге берілді Выдано в отделении	Берген күні мен уақыты Дата и время выдачи
9	10	11	12	13	14	15

Өнімді берген адамның қолы Подпись лица, выдавшего продукт	Өнімді қабылдаған адамның қолы Подпись лица, получившего продукт
16	17

Форма

А4	форматы	ҚҰЖЖ	бойынша	ұйым	коды _____
Формат А4		Код организации	по ОКПО		

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Ұйымның атауы	Наименование организации	Ұйымның атауы	Наименование организации	Ұйымның атауы	Наименование организации

Сноска. Форма 005-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4	форматы	ҚҰЖЖ	бойынша	ұйым	коды
Формат А4		Код	организации	по	ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Ұйымның атауы	Наименование организации	Ұйымның атауы	Наименование организации	Ұйымның атауы	Наименование организации

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 1 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Медициналық ұйымдарда қанның компоненттері мен препараттарын
есептен шығаруды және жоюды тіркеу**

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

**регистрации списания и утилизации компонентов и препаратов
крови в медицинских организациях**

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начато)

1. Медициналық ұйымдар трансфузиология бөлімшесінің (кабинетінің)

жауапты тұлғасы толтырады.

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым

басшысының қолымен бекітілуі тиіс.

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Заполняется ответственным лицом отделения (кабинета)

трансфузиологии медицинских организаций.

2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены

печатью и подписью руководителя организации.

Р/с №№ п/п	Бөлімше Отделение	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих код и другие)	Компоненттің атауы Наименование компонента	Дайын дау күні Дата заготов- ки	Жарам- дылық мерзімі Годен до	Есептен шығарылды (мл/доза) Списано (мл/доз)	Есептен шығарудың себебі Причина списания
1	2	3	4	5	6	7	8

Есептен шығару күні Дата списания	Жою күні Дата утилизации	Акт № № акта	Жою тәсілі және көлемі Способ и объем утилизации	Жауапты тұлғаның ТАӘ, қолы ФИО ответственного лица, подпись
9	10	11	12	13

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 006/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 006/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета сбора ретроплацентарной крови

за 20__ жылы (год) " __ " _____ күні

Қанды жинау күні Дата сбора крови	Босану сықатнамасының № истории родов	Босанушының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество роженницы	Туған күні Дата рождения	Бригада мүшелерінің тегі (дәрігердің, акушердің, санитардың) Фамилии членов бригады (врача, акушерки, санитарки)	Пробиркалар саны Количество пробирок	Мөлшері Количество		Ескерту Примечание
						қанның крови	сарысудың сыворотки	

Форма

А 4 Формат А4	форматы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
		БСН бойынша ұйым коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Код организации по ОКПО _____
		Код организации по БИН _____
Ұйымның атауы Наименование организации		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 007/е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Форма № 007/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Науқастар мен стационардың төсек қорының
қозғалыстарын есепке алу
П А Р А Ғ Ы

ЛИСТОК

учета движения больных и коечного фонда стационара

бөлімшенің атауы, төсек бейіні

(наименование отделения, профиля коек)

К о д организации	І с жүзінде жазылған төсектер, жөндеуге жиналған төсектерді қосқанда Фактически развернуто коек, включая койки	олардың ішінде жөндеуге жиналған төсектер в том числе коек, свернутых на ремонт	Ө т к е н т ә у л і к т е р д е г і н а у қ а с т а р қ о з ғ а л ы с ы Д в и ж е н и е б о л ь н ы х з а сутки		
			Өткен тәуліктер басындағы науқастар саны Состояло	Т ү с к е н н а у қ а с т а р (а у р у х а н а і ш і н д е ауыстырылғандарсыз) П о с т у п и л о б о л ь н ы х (без переведенных внутри больницы)	А у р у х а н і ш і н д е ауыстыры науқаста Переведе больных в н у т р и больницы
				о л а р д ы ң і ш і н д е из них	

		свернутые н а ремонт		больных н а начало истекших суток	Барлығы Всего	Ауыл тұрғыдары Сельских жителей	14 жасқа дейінгі балаларды қосқанда детей в возрасте д о 14 лет включительно	15-17 жастағы балаларды қосқанда Д е т и 15-17 л е т включительно	б а с қ а бөлімшелері и з других отделений
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Барлығы оның ішінде төсектер бойынша Всего в том числе п о койкам									

Мейіргердің қолы

(Подпись медсестры) _____

НАУҚАСТАР ТІЗІМІ

СПИСОК БОЛЬНЫХ

Түскен науқастардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество поступивших	Б а с қ а стационарлардан ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты . Фамилия, имя, отчество переведенных из других стационаров	Осы аурухананың б а с қ а бөлімшелерінен ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество переведенных из других отделений данной больницы	Шығарылған - дардың тегі, аты, әкесінің а т ы . Фамилия, и м я , отчество выписанных	Ауыстырылғандардың тегі, аты, әкесінің аты. Фамилия, имя, отчество переведенных		Қайтыс болғандар - дың тегі, аты, әкесінің а т ы . Фамилия, имя, отчество, умерших	Ескер Приме
				О с ы аурухананың б а с қ а бөлімшелеріне в другие отделения данной больницы	Б а с қ а стационарларға в другие стационары		
1	2	3	4	5	6	7	8

Ағымдағы күннің басында бос төсектердің саны (1 күні) Свободное количество коек на начало текущего дня (1 день)		Жақын арадағы бес күндегі бос төсек орындардың болжамды саны Прогнозное количество свободных коек на ближайшие пять дней									
		2 күн 2 день		3 күн 3 день		4 күн 4 день		5 күн 5 день		6 күн 6 день	
барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских	барлығы всего	Олардың ішінде әйелдердің в т. ч., женских
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Бөлім меңгерушісінің қолы

(Подпись заведующего отделением) _____

Басшының қолы

(Подпись руководителя) _____

Стационардағы төсек қоры мен науқастар қозғалысын есепке алу парағы жоғары тұрған денсаулық сақтау органының сметасы мен бұйрықтарына сәйкес аурухананың құрамында бөлінген әр бөлімшеде толтырылады. Аурухана бойынша бұйрықпен өз ішінде арнайы бейінге (мысалы, хирургиялық және гинекологиялық бөлімшелер құрамындағы онкотөсектер, неврология бөлімшесінде балаларға арналған төсектер) бөлінген төсектері бар бөлімшелерде, паракқа бірінші жолмен барлық төсектер саны және барлық науқастар қозғалысы туралы мәлімет жазылады (арнайы бейіндер төсектері туралы мәліметтерді қоса), ал арнайы бейіндердің төсектері мен науқастарының қозғалысы туралы мәлімет келесі жолдарда жазылады. Бөлімшелердің құрамынан арнайы бейіндерге бөлінген төсектер туралы жолдарды толтырғанда,

бөлінген төсектердің бейініне сай келетін сырқатымен жатқан науқастар қозғалысы, бөлімшенің қай төсегінде жатқанына қарамастан көрсетіледі. Мысалы, хирургия бөлімшесінің құрамынан бұйрықпен урологиялық науқастарға 3 төсек бөлінді, ал іс жүзінде бөлімшеде 3 емес 5 урологиялық науқас жатқан жағдайда, бұл науқастар қозғалысы урологиялық төсектермен көрсетіледі. Сонымен қатар урологиялық сырқаты бар науқастар құрамында урологиялық төсектері жоқ басқа бөлімшелерге де жатқызылуы мүмкін. Бұл науқастар туралы деректер, тек олар жатқан бөлімшелердің мәліметінде көрсетіледі; құрамында урологиялық төсектері бар бөлімшенің урологиялық науқастары туралы мәліметке қосылмайды. Аурухана бойынша жиынтық мәлімет алу үшін, статистика бөлмесіне бөлімшелерден өткізіліп, тексерілген парақтардағы мәліметтерді бүкіл аурухана бойынша жүргізілетін науқастар мен төсек қорын есепке алу күнделігіне жазады. Ескерту: егер аурухана мен оның бөлімшелерінің есебін мейірбике жүргізетін болса, онда жеке-жеке парақтар толтыру керек емес. Мұндай ауруханаларда науқастар мен төсек қорын есепке алу күнделігі бүкіл аурухана бойынша жүргізіледі, арнайы бейіндегі бөлімшелер мен төсектер туралы деректер әр күн сайын толтырылып, айдың аяғында қосындысы шығарылады. 3 - бағанда жөндеу жұмыстарына, карантинге, басқа себептермен байланысты уақытша жиылған төсектерді қоса, смета аумағында іс жүзінде қанша төсек жазылғанын көрсетеді. Бұл санға бөлімшенің толып кетуіне байланысты палаталардың, дәліздердің және т.б. бос жерлерінде жазылған төсектер саны қосылмайды. 3 - бағанда көрсетілген төсектер санынан, 4 -бағанда жөндеуге және басқа себептермен жиылған төсектер саны көрсетіледі. 5 – 15 - бағандарда өткен тәуліктер, кешегі таңғы сағат 9-дан бүгінгі таңғы сағат 9-ға дейін (бұрыннан жатқан, жаңадан түскен, бір бөлімшеден екіншісіне ауысқан, ауруханадан шыққан, қайтыс болған) болған науқастар қозғалысы жазылады. 16-17 - бағандарда бөлімшеде бүгінгі сағат 9-дан жатқан науқастар саны жазылады. Өткен күннің 16 - бағандағы науқастар саны бүгінгі күннің 5- бағанына көшіріліп жазылады. Күнделікті науқастар санының тепе-теңдігін тексеріп отырған абзал, яғни бүгінгі күннің басында көрсетілген науқастар саны (16), өткен күннің басындағы (5), жаңа түскен (6), және басқа бөлімшеден ауыстырылған (9) науқастар санының қосындысынан басқа бөлімшелерге ауысқан (10), шығарылған (11), және қайтыс болған (15) науқастар санын шегергендегі санға тең, $5 + 6 + 9 - 10 - 11 - 15 = 16$. 20-21 бағандарда жақын арадағы бес күндегі бос төсек орындарының болжамды саны көрсетіледі. 22-31 бағандарда төсектердің бейіні бойынша ең жақын 5 күнге бос орындардың болжамды саны беріледі. Күнделікті деректерді бөлім меңгерушісі медициналық ұйымның статистика қызметіне беруі тиіс, олар одан әрі өңірлік емдеуге жатқызу бюросына ақпаратты жібереді. Стационардағы бос төсектерді есепке алу парағына бөлім меңгерушісі және басшысы қол қоюы тиіс.

Листок учета больных и коечного фонда стационара заполняется в каждом отделении, выделенном в составе больницы в соответствии со сметой и приказами вышестоящего органа здравоохранения.

По отделениям, имеющим в своем составе выделенные приказом по больнице койки узкого профиля (например, онкологические койки в составе хирургического или гинекологического отделений, койки для детей в составе неврологического отделения и т.д.), в листке записываются первой строкой сведения о числе коек и движении больных в целом по отделению (включая и сведения по койкам узких специальностей), а последующие строки выделяются для сведения о койках и движении больных по узким специальностям. При заполнении строк, относящихся к койкам узких специальностей, выделенным в составе какого-либо отделения, показывается движение больных с заболеваниями, соответствующими профилю выделенных коек в данном отделении независимо от того, на каких койках этого отделения они лежали. Например, в составе хирургического отделения выделены приказом по больнице 3 койки для урологических больных; фактически в отдельные дни в отделении находилось не 3, а 5 и более урологических больных - движение этих больных показывается по урологическим койкам. В то же время больные с урологическими заболеваниями могли госпитализироваться и в другие отделения, в составе которых урологические койки не выделены. Сведения об этих больных показываются по койкам того отделения, в которое они были помещены, и не суммируются со сведениями об урологических больных, лежавших в отделении, имевшем урологические койки. 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.

Примечание: Если учет в больнице и имеющихся в ней отделениях ведется сестрой, то заполнение отдельных листков нецелесообразно. В таких больницах ведется дневник учета больных и коечного фонда по стационару в целом, имеющимся в нем отделениям и койкам узкого профиля последовательно за каждый день месяца с последующим суммированием месячных сведений.

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. в гр. 4 выделяются койки, временно свернутые в связи с ремонтом и другими

причинами. В графах 5-15 даются сведения о движении больных за истекшие сутки, с 9 часов утра предыдущего до 9 часов утра текущего дня (числе состоявших и поступивших больных; числах переведенных из отделения в отделение выписанных и умерших) и в гр. 16 и 17 о числе больных, состоявших в отделении на 9 часов утра текущего дня. Число больных, показанное в гр. 16 предыдущего дня должно быть переписано в гр.5 текущего дня. Необходимо ежедневно следить за тем, чтобы числа больных балансировались, т.е. чтобы число больных, показанное на начало текущего дня (гр. 16) было равно сумме чисел больных, состоявших на начало предыдущего дня (гр. 5), поступивших (гр.6) и переведенных (гр. 9), за минусом чисел, переведенных в другие отделения (гр. 10). выписанных (гр. 11) и умерших (гр. 15). т.е. числам в гр. $5 + 6 + 9 - 10 - 11 - 15 = \text{гр. 16}$.

В графах 20-21 указывается количество свободных коек на начало текущего дня в разрезе профилей коек. В графах 22-31 даются сведения о прогнозном количестве свободных мест на ближайшие 5 дней в разрезе профилей коек. Данные ежедневно заведующим отделением передаются в статистическую службу медицинской организации, которая далее представляет информацию в региональное бюро госпитализации. Листок учета свободных коек в стационаре должен подписываться заведующим отделением и руководителем медицинской организации.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 007-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 007-1/е утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Стационардағы бос төсектерді есепке алу

ПАРАҒЫ

ЛИСТОК

Учета свободных коек в стационаре

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2 0 1 0 ж ы л ғ ы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 008/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 0 0 8 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

записи оперативных вмешательств в стационаре

20 ____ жылғы (года) " ____ " ____ күні

ОПЕРАЦИЯ № _____

20__ жылғы (года) _____ басталды (начата) ____ сағат (час) __ минут (минута)

20__ жылғы (года) _____ аяқталды (окончена) ____ сағат (час) __ минут (минута).

Науқастың ТАӘ (ФИО больного)

Туған күні (Дата рождения) _____

Операцияға дейінгі диагноз (Диагноз до операции) _____

Операциядан кейінгі диагноз (Диагноз после операции) _____

Ауырсынуды басу (Обезболивание) _____

Стационарлық	науқас	картасының
№ _____		
№ _____	карты	стационарного
б о л ь н о г о	к ү н і	
Операция	(Дата	операции)
20__	(года)	" ____ "
ж ы л ғ ы		

Х и р у р г		

А с с и с т е н т т е р
(А с с и с т е н т ы) -----
Анестезиолог _____

ОПЕРАЦИЯ СИПАТТАМАСЫ ОПИСАНИЕ ОПЕРАЦИИ

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Препараттың (алынып тасталған ағзаның, ағза бөлігінің) сипаттамасы (Описание
препарата

(удаленного органа, части органа))

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	КҰЖЖ Код	бойынша организации	ұйым по	коды ОКПО
Қазақстан Денсаулық министрлігі Министерство Республики Казахстан	Республикасы сақтау здравоохранения	Қазақстан Денсаулық м . а . "23" бұйрығымен №	сақтау 2 0 1 0 қарашадағы 0 0 9 / е медициналық құжаттама	Республикасы министрінің жылғы № 907 бекітілген нысанды	
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская Ф о р м а утверждена М и н и с т р а здравоохранения Республики от "23" ноября 2010 года № 907	№ приказом	документация 0 0 9 / у и . о . Казахстан	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы
Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред
Аурухана бөлімшесі (отделение больницы) _____

20____ жылғы(года) "____" _____ 20____ жылғы(года)"____" _____
 —

басталды (начат) аяқталды (окончен)

- Ірі ұйымдарда трансфузиялық заттардың жеке түрлеріне жеке журнал жүргізуге болады:

қанға, оның компоненттері мен препараттарына, каналмастыру заттарына.
Журналға

тіркеуден басқа әр трансфузия стационарлық науқастың медициналық картасында
жазылу

тиіс.

- В крупных организациях на отдельные виды трансфузионных сред можно вести
отдельные

журналы: на кровь, ее компоненты и препараты, кровезаменители. Кроме
регистрации в

журнале, каждая трансфузия должна быть записана в медицинскую карту
стационарного

больного.

р/с № п/п	Құю күні Д а т а переливания	Бірінші рет немесе қайталап қ ұ ю Переливание первичное и л и повторное	Науқастың тегі, аты, әкесінің а т ы Ф И О больного	Науқастың туған күні Д а т а рождения больного	Науқастың мекенжайы Домашний адрес больного	Сықатнама № № истории болезни	Науқастың қан тобы м е н резус- тиістілігі Группа крови и резус принадлеж- ности больного	Қ ұ ю көрсеті- лімдері Показания к переливанию
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Құйылатын д о н о р					

каны мен оның компоненттерінің тобы мен резус-тиістігі Группа крови и резус принадлежности переливаемой крови и ее компонентов донора	Консервіленген қан мен оның компоненттері К р о в ь консервированная и ее компоненты	Қ а н препараттары Препараты крови	Дезинтоксика- циалық әсердегі каналмастырғыштар Кровезаменители дезинтокси- кационного действия	Гемодинамикалық әсердегі каналмастыр- ғыштары Кровезаменители гемодинамического действия	Парентералдық тамақтандыру каналмастыр- ғыштары Кровезаменители д л я парентерального питания
10	11	12	13	14	15

Құйылған қ а н мөлшері Количество перелитой среды	Заттаңба №,сериясы № этикетки , серия	Шығарған ұ й ы м Организация - изготовитель	Құйылатын (шығарылатын) заттың дайындалу күні/сақтау мерзімі Д а т а заготовки/срок годности (выпускаемой) переливаемой среды	Қ ұ ю тәсілі Способ переливания	Пострансфузиялық ре а к ц и я және/немесе асқынулар Посттрансфузионные реакции и/или осложнения	Қ а н құйған дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты, қ о л ы Фамилия врача, проводившего переливание и его подпись
16	17	18	19	20	21	22

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды
		----- Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м . а . 2 0 1 0 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 009 - 1 / е нысанды медициналық құжаттама
		Медицинская документация Ф о р м а № 009 - 1 / у утверждена приказом и.о.

Ұйымның Наименование организации	атауы	Министра Республики "23" ноября 2010 года № 907	здравоохранения Казахстан от

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 1 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета реципиентов крови и ее компонентов

20____ жылғы (года) "____" _____ 20____ жылғы (года) "____" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады 1. Заполняется ответственным лицом

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, 2. Страницы должны быть пронумерованы,

мөрмен және ұйым басшысының қолымен прошнурованы, скреплены печатью и

бекітілуі тиіс подписью руководителя организации

ТАӘ (толық және анық)	Туған жылы, айы,	Мекенжайы (облыс, аудан, қала, көше, үй,	Жұмыс, оқу орны, жоғары оқу орны, мектеп	Тұрғылықты жері	Стационарда болған	

р/с № п/п	Ф И О (полностью и разборчиво)	к ү н і Число, месяц и г о д рождения	пәтер) Домашний адрес (область, район, город, улица, дом, квартира)	Место работы, учебы, высшее учебное заведение, школа	бойынша емхана Поликлиника по месту жительства	мерзімі Сроки пребывания в стационаре	Гемотрансфузия к ү н і Д а т а гемотрансфузии
1	2	3	4	5	6	7	8

Құйылған қан компоненттерінің атауы, әрқайсысы бойынша заттаңба № көрсете отырып, әр компонент бойыншатрансфузия көлемі Наименование перелитых компонентов крови, количество трансфузий п о каждому компоненту с указанием номера этикетки по каждому отдельно						Адамның иммундық тапшылық вирусы - б о л ғ а н жағдайда (бұдан әрі – А И Т В) - инфекцияларына, В және С гепатиттеріне тексеру күні, нөмірі, нәтижесі
Кұрамында эритроцит б а р Эритроцит-содержащие	Жаңа мұздатылған плазма - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖМП) Свежезамороженная плазма – при наличии (далее - СЗП)	Қ а н препараттары Препараты крови	Гемакон № № гемакона	Дозасы Доза	Наукастың диагнозы Диагноз больного	Дата, номер, результат обследования на вирус иммунодефицита человека –инфекции при наличии (далее – ВИЧ), гепатиты В и С
9	10	11	12	13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен б е к і т і л г е н № 0 1 0 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама

Ұйымның атауы	Медицинская документация	Форма № 010/у
Наименование организации	утверждена	приказом
	и.о. Министра	здравоохранения
	Республики	Казахстан
	от 23 ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**СТАЦИОНАРДА БОСАНУДЫ ЖАЗУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
ЗАПИСИ РОДОВ В СТАЦИОНАРЕ**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20 жылғы (года) " " басталуы (начат)

20 жылғы (года) " " аяқталуы (окончен)

[illegible]

№ 010/е н., 3-беті

стр 3 ф. № 010/у

Операциялар, босануларда көрсетілген жәрдем ақша (қайсысы, көрсетіңіз) Операции, пособия в родах (указать какие)	Босанған күні мен уақыты (күні, айы, сағ, мин.) Дата и время родов (число, месяц, час, минута)	Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер Сведения о новорожденном				Қай бөлімшеге жолданды В какое отделение направлена	Босандырған кімдер (дәрігер, акушерка,) қолы К то принимал роды (врач, акушерка) подпись	Ескертпе Примечание
		Тірі, өлі туды (жазыңыз) Родился живой, мертвый (вписать)	Жынысы Пол	Салмағы Масса (вес)	Бойы Рост			
10	11	12	13	14	15	16	17	18

А4 форматы

Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 011/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 011/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ОПЕРАЦИЯ КЕЗЕҢІ КАРТАСЫ
КАРТА ОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-2/у утверждена приказом и.о. Министра

Сноска. Форма 011-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

			ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
			Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы	Денсаулық сақтау министрлігі	Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның	атауы	Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 011-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

			ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
			Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы	Денсаулық сақтау министрлігі	Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-4/е нысанды медициналық құжаттама
			Медицинская документация Форма № 011-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның Наименование организации	атауы Республики	Казахстан
	от 23 ноября 2010 года № 907	

**Реанимация және жіті терапия бөлімшесі (палатасы) науқасының
ЗЕРТХАНАЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕР ПАРАҒЫ
ЛИСТ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
больного отделения (палаты) реанимации и интенсивной терапии**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 011-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ТЕКСЕРУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 011-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 011-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 011-6/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 012/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 012/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 012/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 013/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 013/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 013/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 014/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 014 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Патологиялық–гистологиялық зерттеуге

ЖОЛДАМА*

(материалдың жолданған күні мен сағаттары)

НАПРАВЛЕНИЕ*

на патолого-гистологическое исследование
(дата и часы направления материала)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды
	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 015/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 015/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Мәйіттердің түсуі мен берілуін тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации поступлений и выдачи трупов

за 20__ жыл (год) _____ күні

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

						Мәйіт әкелінген аурухана		

Р/с № п/п	Мәйіттің түскен күні Дата поступления трупа	Қайтыс болған адамның тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество умершего	Туған күні Дата рождения	Жынысы (ер, әйел) Пол (муж., жен.)	Мәйітті кім қабылдап алды (Т.А.Ә.) Кем принят труп (Ф.И.О.)	бөлімшесінің немесе осы аурухананың аты Название отделения данной больницы или больницы откуда поступил труп	Стационарлық науқас картасының № № карты стационарного больного	Қайтыс болған адам жерленетін зират атауы Название кладбища, где будет захоронен умерший
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Мәйіттерді беруді негіздеу Обоснование выдачи трупов	Мәйітті кім берді (Т.А.Ә.) Кем выдан труп (Ф.И.О.)	Мәйітті беру немесе ауруханада жерлеген күн Дата выдачи трупа или захоронения больницей	Кімнің өкімі бойынша мәйіт ашусыз берілді По чьему распоряжению выдан труп без вскрытия	Мәйіт жерлеуге берілген туыстарының немесе басқа адамдардың қолхаты және олардың төлқұжатының №, сериясы Расписка родственников или лиц, кому выдан труп для захоронения и №, серия паспорта	Ілесеушінің тегі мен қолы Фамилия и роспись сопровождающего
10	11	12	13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 016/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 016/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Стационар, бөлімше немесе төсек бейіні бойынша науқастар
мен төсек қоры қозғалысын есепке алудың
ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ
СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета движения больных и коечного фонда по стационару,
отделению или профилю коек**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 5 Ф о р м а т КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____		А 5 Ф о р м а т КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 017/е нысанды медициналық құжаттама	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 018/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 017/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907	Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 018/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
		Транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді А К Т І С І А К Т об изъятии органов и тканей у донора-трупа для трансплантации Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования). Биологиялық өлімді констатациялау уақыты (Время констатации биологической смерти) _____ _____ Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____	

Биологиялық өлімді констатациялау	
А К Т І С І	
А К Т	
констатации биологической смерти	Өлімнің себебі (Причина смерти) _____
Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).	
ТАӘ (ФИО) _____	1. Донорлық ағзалар мен тіндердің алынуы (бүйректер, жүрек, өкпелер, бауыр, т.б.) (Изъятие донорских органов и тканей (почки, сердце, легкие, печень, т.д.) _____
С ы р қ а т н а м а н ы ң № .	_____
(№ истории болезни) _____	_____
Емдеу ұйымының атауы	науқастың өлімі (ми өлімі) констатацияланған соң , рұқсат берген адам произведено после констатации смерти (смерти мозга) больного по разрешению) _____
(Наименование лечебной организации) _____	_____
_____	_____
_____	(ұйымын, лауазымын, ТАӘ. көрсетіңіз)
Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____	(указать организацию, должность, фамилию, имя, о т ч е с т в о)
_____	2. Донорлық ағзалар мен тіндерді алуды жүргізген дәрігер (лер)-хирург (тар) (Производил (и) изъятие донорских органов и тканей врач (и)-хирург (и)) _____
Өлім себебі (Причина смерти) _____	_____
_____	_____
Комиссия құрамы (Состав комиссии):	_____
Реанимация бөлімшесінің меңгерушісі (Заведующий реанимационным отделением) _____	(ұйымын, лауазымын, ТАӘ. көрсетіңіз)
_____	(указать организацию, должность, фамилию, имя, о т ч е с т в о)
Дәрігер-реаниматолог (Врач-реаниматолог) _____	3. Донорлық ағзаларды алу тәсілі (құрал қолдану әрекеттері мен операциялардың сипаттамасы) (Способ изъятия донорских органов (описание инструментальных вмешательств и операции)) _____
_____	_____
Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____	_____
_____	_____
Сот-медицина сарапшысы (Судебно-медицинский эксперт) _____	_____
_____	_____
_____	4. Донорлық ағзалар мен тіндерді алу кезінде қатысқандар (При изъятии донорских органов и тканей присутствовали):
Азаматтың биологиялық өлімін констатациялады (Констатировали биологическую смерть гражданина(ки) _____ в _____ сағат(час) _____ мин. (_____ д ә л _____ у а қ ы т ы)	(-сот-медицина сарапшысы (судебно-медицинский эксперт) _____
(точное время) 20 ж. (г). " _____ "	_____
Қолдары: (Подписи): _____	5. Донорлық ағзалар мен тіндер қайда салынды, кімге берілді (Куда помещены и кому переданы донорские органы и ткани) _____
20 ж. (г). " _____ "	_____

	6. Алудың басталған уақыты (Время начала изъятия) _____
	7. Алудың аяталған уақыты (Время окончания изъятия) _____

	Қ о л д а р ы :
	(П о д п и с и) :
	Реаниматолог _____
	Сот-медициналық сарапшысы _____
	(Судебно-медицинский эксперт) _____
	Хирург-дәрігер _____ (лер)
	(Врач (и)-хирург (и) _____

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 019/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 019/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау АКТІСІ АКТ констатации смерти на основании смерти мозга

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ТАӘ (ФИО) _____

Сырқатнама № (№ истории болезни) _____

Емдеу ұйымының атауы (Наименование лечебной организации) _____

Ми өліміне әкеп соққан ауруының диагнозы (Диагноз заболевания,

приведшего к смерти мозга) _____

Комиссия құрамы (Комиссия в составе):

Емдеуші анестезиолог-реаниматор дәрігер (Лечащего

врача-анестезиолога-реаниматолога) _____

невропатолог (невропатолога)

маман-дәрігер (врача-специалиста)

азаматтың жағдайын қарап анықтады (обследовала состояние гражданина и установила):

1. Сананың жай-күйі мен сыртқы әсерлерге мақсатты серпілістері

бойынша (По состоянию сознания и целенаправленных реакций на внешнее воздействие) _____

2. Өз еркімен дем алуы бойынша (По состоянию самостоятельного

дыхания) _____

2.1. Ажырату тесті кезінде (При разъединительном тесте) _____

3. Бұлшық еттер тонусы бойынша (По состоянию тонуса мышц) _____

4. Қарашықтар жағдайы бойынша (По состоянию зрачков) _____

5. Ми деңгейінде тұйықталатын сыртқы әсерлерге рефлекстік серпілістер

бойынша (зерттелген серпілістерді көрсетіңіз, жұлын тарапынан жауап

бар-жоғын көрсетіңіз) (По рефлексорным реакциям на внешние

воздействия, замыкающиеся на уровне головного мозга (перечислить

исследованные реакции, указать наличие спинальных ответов)) _____

6. Дене температурасы (При температуре тела) _____

7. Артериялық қан қысымы (При артериальном давлении) _____

8. Электроэнцефалграфиялық зерттеулер деректері бойынша (По данным электроэнцефалографических исследований) _____

9. Ангиография деректері бойынша (По данным ангиографии) _____

10. Бақылау мерзімі (При сроке наблюдения в течение) _____

сағат, дүркін-дүркін неврологиялық қарау әр (часов с периодичностью

неврологических осмотров через каждые) _____ сағат сайын
(часов).

11. Қосымша зерттеулердің деректерін (токсикологиялық, мидың зат

алмасуын анықтау және т.б.) ескере отырып (с учетом данных

дополнительных исследований (токсикологических, определения

метаболизма мозга и др.)) _____

Ми өлімі нысанында өлімнің болуын констатациялады (Констатировала

наступление смерти в форме смерти мозга)

20__ жылғы (года) " __ " _____ в _____ сағ.(час.) _____ мин.

Қолдары (Подписи):

019/е нысанының артқы беті

Оборотная сторона ф. № 019/у

Ескерту: қосымша зерттеулер туралы 8, 9, 11- тармақтардағы толтыру

өлім себебін констатациялау мен таңдап алынған бақылау

режиміне байланысты (Нұсқауды қараңыз) жасалады.

Примечания: Заполнение п.п. 8.9. и пункта 11 о дополнительных

исследованиях производится в зависимости от констатации

причины смерти и избранного режима наблюдения (см.

Указания)

НҰСҚАУ

Ми қызметінің толық, біржолата тоқтауы нәтижесінде қайтыс болуды анықтау.

1. Қайтыс болу – ми қызметінің толық, біржолата тоқтауымен сипатталатын дененің тұтастай өлу жағдайы.

Қайтыс болуды анықтауда ми қызметінің тоқталуы және оның біржолата тоқтағаны дәлелденуімен қосылып шешуші анықтауыш болып табылады.

2. Қайтыс болудың келесі, болуы шартты және жеткілікті, ми қызметінің тоқтауын және оның біржолата тоқтағанын, жүрек қызметің жасанды түрде реанимациялық көмек (өкпені жасанды түрде желдету, жүрек-қан тамырларын ширату) шараларына қарамастан орын алған комплекс-белгілер негізінде анықталады.

Сананың толық және орнықты түрде жоғалуы.

Өкпені жасанды түрде желдету аппаратынан ажыратқанда өз еркімен тыныс алуының орнықты түрде жоғалуы.

Барлық бұлшық еттердің тонусын жоғалтуы.

Жұлыннан жоғары деңгейде түйісетін сыртқы әсерлерге барлық серпілістер мен барлық рефлексдердің жоғалуы.

Көз қарашығының орнықты түрде кеңеюі мен серпілісінің жоғалуы; олардың ортадағы қалыпта бекітілуі.

Гипотензиялық беталыс – с.б.б. 80 мм және одан төмен, өздігінен дене қызуының төмендеуі.

2.2. Барлық көрсетілген белгілер, егер олар 12 сағат бойы сақталса,

егер осы уақыттан кейін электроэнцефалографияда мидың өзіндік

және шақырылған (жасанды) электрлік белсенділігі жоғалса, онда

олар қайтыс болуды анықтауға негіз болады.

Электроэнцефалографияны қолдану мүмкіндігі болмаған жағдайда бақылау мерзімі 24 сағатқа дейін ұзартылады.

2.3. 2.1.1.-2.1.6. -тармақтарының белгілерін қайтыс болуды белгілеу

мақсатында қолдану, қайтыс болу себебін тек құжаттау арқылы

анықтаған жағдайда қолданылады.

2.4. 2.1.1.-2.1.6. белгілері жарамсыз:

- дене қызуы 32°C және одан төмен болса

- ішкі – және сыртқы улармен улану белгілері болса, оның ішінде

есірткілік және седативті препараттар мен миорелаксанттар

әсерінен болса.

- 6 жасқа дейінгі балаларға, олар үшін сәйкес келетін

диагностика әлі қалыптаспаған.

2.5. Қайтыс болуды ми өлімі негізінде анықтау кезінде, бұл жағдайдың

себебі бұлыңғыр болса, оның ішінде улануы туралы күдік болса,

онда маңызды әдіс болып табылатын төрт магистральді артерия

бойынша (екі күре тамыр мен екі омыртқа тамыры) мидағы қан

айналымының тоқтауы. Бұл жағдайда ми өлімінің барлық белгілері

болса (2.1.1.-2.1.6. т.т.) тамырлармен қан айналымының тоқтауы

ангиографиялық әдіспен әр 30 минут сайын үш рет расталады.

Электроэнцефалографиялық тіркеу міндет емес.

3. Сыртқы улармен улану жағдайында, улы заттың табиғаты анықталған

соң, қайтыс болу ми өлімі негізінде анықталу мүмкіндігі:

3.1. 2.1.1.-2.1.6.- тармақтарында көрсетілген клиникалық

белгілердің сақталуы 3 тәуліктен кем болмаса;

3.2. Жоғарыда көрсетілген (2.1.1.-2.1.6. т.т.) клиникалық

белгілер қанда улы заттар жоғалғаны зертханалық зерттеулер

деректерімен құжатталған соң 24 сағат бойы сақталса.

3.3. Көрсетілген клиникалық белгілер (2.1.6. т.) болса және 4

магистральді тамырда 30 минут бойы қан айналымының тоқтауы

ангиографиялық әдіспен дәлелденсе.

4. Ішкі улармен уланған жағдайда (бауыр энцефалопатиясы,

гипосмостық кома, уремияның соңғы сатысы және т.б.), ми өлімі

диагнозы зат алмасуының бұзылуын түзеуге арналған барлық

шаралар қолданылып біткен соң ғана қойылады. Мұндайда диагноз

сыртқы улармен улану жағдайында көрсетілген ми өлімін

диагностикалаудың 3.1. және 3.2. тармақтары негізінде

қойылады.

5. Бақылау мерзімін санауды бастауды 2.1.1.-2.1.6. -тармақтарының

белгілері мен егер тіркелсе электроэнцефалография деректері

негізінде емдеуші дәрігер мен невропатолог анықтайды.

6. Бақылау мерзімі кезінде науқас тұрақты қадағалауда болады: 12

және 24 сағаттық қадағалау мерзімінде неврологиялық қарау 2

сағатта 1 реттен кем болмауы, 3 тәуліктік қадағалау мерзімінде

– 3 сағатта 1 реттен кем болмауы тиіс.

7. Қайтыс болуы ми өлімі формасы бойынша болғаны жайлы шешімді

құрамы төмендегідей дәрігерлер комиссиясы қабылдайды: емдеуші

дәрігер-анестезиолог-реаниматолог және невропатолог.

Реаниматологтың жұмыс тәжірибесі 5 жылдан кем болмауы керек.

Арнаулы зерттеулер жүргізілгенде (электроэнцефалографиямен

тіркеу, ангиография) комиссия құрамына сол зерттеулер маманы

кіреді. Шешімді реанимация бөлімшесінің меңгерушісі немесе оны

алмастырушы адам бекітеді. Комиссия мүшелері ми өлімі негізінде

қайтыс болуды анықтау туралы акт құрастырып, оған қолдарын

қояды. Комиссияға трансплантолог-дәрігер кіре алмайды.

8. Қайтыс болу кезі жоғарыда көрсетілген қадағалау мерзімінің

бітуіне сәйкес дәрігерлер комиссиясының есебі бойынша

саналады.

9. Қайтыс болуы анықталған соң реанимациялық шараларды тоқтату

және өкпені жасанды түрде желдету аппаратынан ажыратуды

науқасты емдеген дәрігер жүзеге асыра алады.

УКАЗАНИЯ

По констатации смерти в результате полного необратимого прекращения функции головного мозга (к ф. № 019/у)

1. Смерть – это состояние гибели организма как целого с полным необратимым прекращением функций головного мозга. Решающим для констатации смерти является сочетание прекращения функции головного мозга с доказательствами необратимости этого прекращения.

2. Смерть констатируется на основании следующего комплекса-признаков, наличие которых необходимо и достаточно для установления как факта полного прекращения функционирования головного мозга, так и необратимости этого состояния даже при искусственно поддерживаемой с помощью реанимационных мероприятий сердечной деятельности (искусственная вентиляция легких, сердечно-сосудистые стимуляторы):

Полное и устойчивое отсутствие сознания;

Устойчивое отсутствие самостоятельного дыхания при отключении

аппарата искусственной вентиляции легких;

Атония всех мышц;

Исчезновение любых реакций на внешнее раздражение и любых видов

рефлексов, замыкающихся выше уровня спинного мозга;

Устойчивое расширение и реактивность зрачков и их фиксация в

среднем положении;

Тенденция к гипотензии – 80 мм. рт.ст. и ниже, спонтанная гипотермия.

2.2. Все указанные признаки дают основания для констатации смерти при условии, если сохраняются в течение не менее 12 часов и если по истечению этого времени на электроэнцефалографии зарегистрировано полное отсутствие спонтанной и вызванной электрической активности мозга. При невозможности использования электроэнцефалографии срок наблюдения продлевается до 24 часов;

2.3. Использование признаков в п. 2.1.1.-2.1.6. в целях установления смерти возможно только при условии документированного определения причины смерти;

2.4. Признаки 2.1.1.-2.1.6. не действительны:

- при температуре тела 32⁰С и ниже

- при наличии признаков эндо- и экзогенной интоксикации, в частности, при действии наркотических и седативных препаратов и миорелаксантов;

- у детей до 6 лет, для которых соответствующая диагностика еще не разработана.

2.5. Существенным способом констатации смерти на основании смерти мозга в случаях неясности причин этого состояния, в том числе и при подозрении на интоксикацию, является установление прекращения кровообращения в мозге по всем четырем магистральным артериям (двум сонным и двум позвоночным). В этом случае факт прекращения циркуляции по сосудам подтверждается ангиографически трижды с интервалом времени 30 минут при наличии всех признаков смерти мозга (пп. 2.1.1.-2.1.6.). При этом регистрация электроэнцефалографией не обязательна.

3. В случаях экзогенной интоксикации после определения природы токсического вещества смерть на основании мозга может быть констатирована:

При сохранении указанных выше (пп. 2.1.1.-2.1.6.) клинических признаков в течение не менее 3 суток;

При сохранении указанных выше клинических признаков (пп. 2.1.1.-2.1.6.) в течении 24 часов после исчезновения токсических веществ в крови, что документируется данными лабораторных исследований;

При наличии указанных клинических признаков (пп 2.1.6.) и ангиографически доказанном прекращении кровообращения по 4-м магистральным сосудам в течение 30 минут.

4. В случае эндогенной интоксикации (печеночная энцефалопатия, гипоосмолярная кома, терминальная уремия и др.) диагноз смерти

мозга устанавливается после принятия всех возможных мер, направленных на коррекцию метаболических нарушений. В этом случае такой диагноз устанавливается на основании пп. 3.1. и 3.2., указанных для диагностики смерти мозга в случае экзогенной интоксикации.

5. Начало отсчета срока наблюдения устанавливается лечащим врачом и невропатологом на основании признаков 2.1.1.-2.1.6. и данных электроэнцефалографии, если она регистрировалась.

6. В течение контрольного срока больной находится под постоянным наблюдением с периодичностью неврологического осмотра не реже, чем 1 раз в два часа при 12 и 24 часовом сроке наблюдения и не реже 3 часов – при 3-х суточном сроке наблюдения.

7. Решение о наступлении смерти в форме смерти мозга принимается комиссией врачей в составе: лечащего врача – анестезиолога –

реаниматолога с опытом работы по реанимации не менее 5 лет и

невропатолога. При проведении специальных исследований

(регистрация электроэнцефалографией, ангиография) в состав

комиссии включается соответствующий специалист. Решение

утверждается зав. отделением реанимации или лицом его

замещающим. Члены комиссии составляют и подписывают акт о

констатации смерти на основании смерти мозга. В комиссию не

может входить врач-трансплантолог.

8. Момент смерти отсчитывается от времени, когда по расчетам

комиссии врачей истекают указанные выше сроки наблюдения.

9. После констатации смерти могут быть прекращены реанимационные

мероприятия и выключен аппарат искусственной вентиляции легких,

что осуществляет врач, лечавший больного.

A5	форматы	БСН	бойынша	ұйым	коды _____
Формат A5		Код организации по БИН	_____		
Қазақстан					
Республикасы					
Денсаулық					

сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау міндетін атқарушының министрінің 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 021/е нысанды медициналық құжаттама
Республики Казахстан	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 021/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 021/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Республикалық деңгейде мамандандырылған
консультациялық-диагностикалық көмек алуға
ж о л д а м а
Н а п р а в л е н и е

на получение специализированной консультативно-диагностической помощи на республиканском уровне

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 022 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 022/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі)

оқиғаларды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

**учета происшествий в наркологической организации для
принудительного лечения (отделении)**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылы(года) " __ " _____ басталды(начат)

20__ жылы(года) " __ " _____ аяқталды(окончен)

Журналды	жүргізу	тәртібі/Порядок	ведения	журнала
1. Журнал беттеріне нөмір қойылады, тігіледі, мөрмен бекітіледі, ұйымның бас дәрігерімен к у ә л а н д ы р ы л а д ы .				
2. Журнал "Психикалық белсенді заттарды (ПБЗ) пайдаланудан пайда болған психикалық және мінез-құлықтың бұзылуынан зардап шеккен наукастар контингенттері туралы есеп" №37 жылдық есеп нысанын құру үшін есеп нысаны болып табылады (2602 және 2603 кесте ішіндегі жолдар).				
3.	3	бағанда	барлық	оқиғалар жазбасы жүргізіледі.
4. Журналға міндетті түрде ықтиярсыз емдеуге арналған наркологиялық ұйымдардағы (бөлімшелердегі) жіберілген кім жасаса да тәуелсіз барлық қылмыстар, өзіне қол жұмсау немесе өзіне қол жұмсағысы келгендер, топпен және бір өзі тағамнан бас тарту, апаттық жағдайлар, өрт, от жіберу, эпидемиялық аурулар, өлімге әкеліп соқтырған бақытсыз жағдайлар, ықтиярсыз емдеуге арналған наркологиялық ұйым қызметкерлері мен ондағы орналасқан тұлғаларды жарақаттау және зиян келтіру, заңды бұзу фактілері е н г і з і л е д і .				
1. Страницы журнала нумеруется, прошнуровывается, скрепляется печатью, заверяется главным врачом о р г а н и з а ц и и .				
2. Журнал является учетной формой для составления годовой отчетной формы №37 "Отчет о контингентах больных психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением психоактивных веществ (ПАВ)" (подтабличные строки 2602 и 2603).				
3.	В	графе	3	производятся записи всех происшествий.
4. В обязательном порядке в журнал заносятся все допущенные в наркологической организации для принудительного лечения (отделении) преступления, независимо от того, кем они совершены, самоубийства и покушения на самоубийства, групповые неповиновения, групповые и одиночные отказы от пищи, стихийные бедствия, пожары, поджоги, эпидемические заболевания, несчастные случаи,				

повлекшие гибель, ранения и увечья работников наркологической организации для принудительного лечения и лиц находящихся в них, факты нарушения законности.

Р.с. № № пп	Күні, сағаты және минуты Дата, часы и минуты	Оқиға сипаты және оның салдары Характер происшествия и его последствия	Оқиғаға байланысты қабылданған шаралар Меры, принятые в связи с происшествием	Ескерту Примечание
1	2	3	4	5

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 022-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 022-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 022-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

024/е н. артқы беті

Разворот ф. № 024/у

Мұздату күні Д а т а замораживания	Е Р І Т У РАЗМОРАЖИВАНИЕ					
	Күні Дата	Контейнерлер № контейнеов	Транспланттауға дайындалған сүйек миының көлемі мен кұтылардың саны Объем костного м о з г а , подготовленного к трансплантации и количество флаконов	Ядролы клеткалардың саны м л р д - п е н Количество ядродержащих клеток в млрд.	Клеткалардың өмірге қабілеттілігі (эозин сына масы) Жизнеспособность клеток (эозиновая проба)	Ба те Ба ко
15	16	17	18	19	20	21

А4 форматы

Формат А4

Нысанның БҚСЖ бойынша коды

Код формы по ОКУД

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027-1/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 027-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Қатерлі ісікпен ауырған стационарлық науқастың
медициналық картасынан
КӨШРМЕ***

(барлық стационарларда толтырылады)

**ВЫПИСКА*
из медицинской карты стационарного больного
злокачественным новообразованием**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

(заполняется всеми стационарами)

Көшірмені берген ұйымның мекенжайы _____

(Адрес организации, выдавшего выписку) _____

Көшірме жолданған ұйымның аты мен мекенжайы _____

(Название и адрес организации, куда направляется выписка) _____

Қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылды (Диагноз

злокачественного новообразования установлен

впервые в жизни): Иә (Да) - 1, Жоқ (Нет) - 2

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество больного)

Жынысы (Пол): Е (М) -1, Ә (Ж) - 2 _____ Ұлты (Национальность) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жұмыс орны (Место работы) _____

Кәсібі (Профессия) _____

Науқастың мекенжайы (толық) (Адрес больного (полностью)) _____

Стационарға түскен күні (Дата поступления в стационар) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Шыққан немесе қайтыс болған күні (Дата выписки или смерти) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Стационарда болу ұзақтығы (күнмен) (Длительность нахождения в

стационаре (в днях)) _____

Арнаулы емдеудің басталған күні (Дата начала специального лечения)

Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)

Сатысы (Стадия) _____

Диагноздың расталуы (Диагноз подтвержден): морфологиялық

(морфологически) -1, цитологиялық (цитологически) -2 рентгенологиялық

(рентгенологически) -3, эндоскопиялық (эндоскопически) -4, изотоптық

әдіспен (изотопным методом - 5, тек клиникалық (только клинически)

-6,- ИГХ-7, миелограмма (миелограмма)-8, иммунофенотиптеу

(иммунофенотипирование)-9, иммунологиялық (иммунологический)-10,

цитогенетика (цитогенетика)-11, цитохимия (цитохимия) -12,

Қан/несептегі М-гардиент (М-градиент в крови/моче) -13, Көпше

иеломадағы Lg (Lg пр множественной миеломе) -14, рентгенография

(рентгенография) -15.

(C81-96) -нұсқаулықты көрсету(указать вариантность):

-L1;

-L2;

-L3;

-L4;

-L5;

-M0;

-M2;

-M3;

-M4;

-M5;

-M6;

-M7

(C81-96) қауіп тобы (группа риска): 1-стандартты (стандартный);

2-жоғары (высокая); 24.9-резистілік (резистентность): 1-бірінші

(первичная); 2-екінші (вторичная).

Ісіктің гистологиялық құрылысы (Гистологическая структура опухоли)

Емдеу (Лечение): радикалді (радикальное) - 1, паллиативті

(паллиативное) - 2 _____

1. Тек хирургиялық (Только хирургическое) _____

операция күні, аты, көлемі (дата операции, название и объем) _____

2. Тек сәулелік (Только лучевое) _____

әдістемесі, қолданылу кезегі, сәулелеудің әр түрлері үшін дозасын

жеке көрсетіңіз

(методика, последовательность применения, доза отдельно для

различных видов облучения)

а) қашықтықтық гамматерапия (дистанционная гамматерапия) _____

б) рентген терапиясы (рентгенотерапия) _____

в) жылдам электрондар (быстрые электроны) _____

г) біріктірілген (сочетанное): 1-түйісуші және қашықтықтық

гамматерапия (контактная и дистанционная гамматерапия) _____

д) 2-түйісуші гамматерапия мен терең рентген терапиясы (контактная

гамматерапия и глубокая рентгенотерапия) _____

3. Аралас (Комбинированное): операция күні мен оның сипаты, сәулелеу

әдістемесі мен түрі, қолданылу кезегі, сәулелеудің әр түрлері үшін

дозасын жеке көрсетіңіз (дата операции и ее характер, методики и вид

облучения, последовательность применения, доза отдельно для каждого

вида облучения) _____

а) хирургиялық және гамматерапия (хирургическое и гамматерапия)

б) хирургиялық және рентген терапиясы (хирургическое и

рентгенотерапия) _____

в) хирургиялық және біріктірілген сәулелік (хирургическое и

сочетанное лучевое) _____

4. Тек химиятерапиялық (Только химиотерапевтическое): дәрілердің атауы, дозалары (название лекарств, дозы) _____

4.1. С91-95.9) үшін химиятерапия бойынша емдеу сатылары (Этапы лечения по химиотерапии для: (С91-95.9)) а) индукция (индукция); б) консолидация (консолидация); в) реиндукция (реиндукция); г) қолдаушы терапия (поддерживающая терапия); д) қайталануға қарсы курс (противорецидивный курс); е) симптоматикалық терапия (симптоматическая терапия) _

4.2. В гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита В): |_| - химия

—

терапияға дейін (до химиотерапии); |_|-химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); П-химия терапиядан кейін (После химиотерапии) С

—

гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита С): ☐ - химия терапияға

дейін (до химиотерапии); П-химия терапия кезінде (На фоне

—

химиотерапии); ☐-химия терапиядан кейін (После химиотерапии) тек

гормондармен (только гормональное) _____

5. Комплекстік емдеу (Комплексное лечение) _____

6. Жүргізілген емдеу (операция түрі, көлемі) (проведенное лечение

(вид операции, объем)) _____

7. Емдеудің басқа түрлері (Другие виды лечения) _____

8. Ұсыныстар (Рекомендации) _____

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты мен қолы _____

(Фамилия, имя, отчество и подпись врача) _____

20_жылғы (года) " __ " _____

*Көшірме науқастың мекенжайы бойынша онкологиялық диспансерге

(бөлмеге) жіберіледі

*Выписка пересылается в онкологический диспансер (кабинет) по месту

жительства больного.

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Науқаста асқынған түрдегі қатерлі ісік (IV клиникалық топ) анықталған жағдайға толтырылатын ХАТТАМА*

ПРОТОКОЛ*

на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (клиническая группа IV)

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

(2 дана толтырылады: біріншісі стационарлық науқастың медициналық

картасында, амбулаторлық картасында қалады. Екіншісі науқастың

мекенжайындағы онкологиялық диспансерге жіберіледі.)

(составляется в 2-х экземплярах: первый остается в медицинской карте

стационарного больного, амбулаторной карте. Второй пересылается в

онкологический диспансер по месту жительства больного).

Стационарлық науқастың медициналық картасының № (амбулаторлық

картасының) (№ медицинской карты стационарного больного (амбулаторной

карты)) _____

1. Қай емдеу ұйымында толтырылды (Составлен лечебной организацией

(аты мен орналасқан жері)

(название и его местонахождение)

2. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество

больного) _____

3. Жасы (Возраст) _____ 4. Жынысы (Пол) Е (М) 1 - Ә (Ж) - 2

—

_____ | |

5. Науқастың тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного местожительства

больного) _____

— — — —

6. Диагноз _____ | | | | |

—

7. Сатысы (Стадия) _____ |□|

8. Қатерлі ісіктің асқынғаны анықталған күн (Дата установления
запущенности рака)

к ү н і число	а й ы месяц	ж ы л ы год

9. Алғашқы белгілердің пайда болу кезі (Дата появления первых признаков)

10. Науқастың сырқаты бойынша бірінші рет медициналық көмек сұрап
келуі

(Первичное обращение больного за медицинской помощью по поводу
заболевания)

күні (дата) _____ қай емдеу ұйымына (в какую лечебную организацию)

11. Алғашқы рет қатерлі ісік диагнозы қойылған күн (Дата установления

первичного диагноза злокачественного новообразования) _____

_____ қай ұйымда (в какой организации)

Наукастың осы сырқаты салдарынан хронологиялық тәртіпте дәрігерлер

мен емдеу ұйымдарына қаралуы туралы, әр емдеу ұйымы туралы мыналарды

көрсетіңіз (Указать в хронологическом порядке этапы обращения

больного к врачам и в лечебные организации по поводу данного

заболевания, о каждой лечебной организации необходимо отметить

следующее):

1. Емдеу ұйымының атауы (Наименование лечебной организации) _____

2. Барған күні (Дата посещения) _____

3. Зерттеу әдістері мен олардың нәтижесі (Методы исследования и их результаты) _____

4. Қойылған диагноз (Поставленный диагноз) _____

5. Жүргізілген ем (Проведенное лечение) _____

* Бұл хаттама ІІІ сатыдағы көзге көрінетін жерде орналасқан қатерлі
ісік үшін де толтырылады.

* Настоящий протокол составляется и на ІІІ стадию злокачественных
новообразований визуальных локализаций.

№ 027-2/е. н. 2 беті

стр. 2 ф. № 027-2/у

12. Асқыну себептерін анықтау үшін келесі сұрақтардың жауабын

хронологиялық тәртіппен толтырыңыз (В хронологическом порядке

заполнять следующие вопросы для выяснения причин запущенности):

12.1. Науқастың медициналық көмек алуға емдеу ұйымына дер кезінде

қаралмауы (керегінің астын сызыңыз) (Несвоевременное обращение

больного за медицинской помощью в лечебную организацию (нужное подчеркнуть)
):

а) ФАП-ке, ЖДА-ға, АДА-ға, аудандық (қалалық) емханаға 3 ай, 6 ай,

1 жыл бұрын қаралды (обратился (-лась) в ФАП, СВА, СВБ, районная

(городская) поликлиника 3 мес., 6 мес., 1 год тому назад)

б) дәрігерге ешқашан қаралмаған немесе бірінші рет қаралуы (никогда

не обращался (-лась) к врачу или обратился (-лась) впервые) күні

(дата) _____.

12.2. Науқастың медициналық көмек алуға онкологиялық ұйымға дер

кезінде қаралмауы (керегінің астын сызыңыз)

Несвоевременное обращение больного за медицинской помощью в

онкологическую организацию (нужное подчеркнуть):

а) 2 ай, 3 ай, 6 ай және одан ұзақ онкобөлмеге, онкодиспансерге

(онкокабинет, онкодиспансер за 2 мес., 3 мес., 6 мес. и более

месяцев).

б) расталған күні (дата подтверждения) _____ немесе "обыр"

диагнозының жоққа шығарылған күні (или дата исключения диагноза

"рак") керегінің астын сызыңыз және күнін жазыңыз (нужное

подчеркнуть и вписать дату) _____.

12.3. Жалпы емдеу желісінде ұзақ тексерілуі (аудандық, облыстық

емхана – керегінің астын сызыңыз) (Длительное обследование в общей

лечебной сети (районная, областная поликлиника - нужное

подчеркнуть)):

а) мерзімдері (жазыңыз) (сроки (вписать)) _____

12.4. Онкологиялық ұйымда ұзақ тексерілуі (диспансер, институт –

керегінің астын сызыңыз) (Длительное обследование в онкологических

организациях (диспансер, институт - нужное подчеркнуть)):

а) тексеру мерзімдері 1 ай, 2 ай, 3 ай және одан ұзақ (керегінің

астын сызыңыз) (сроки обследования 1мес., 2 мес., 3 мес. и более

месяцев (нужное подчеркнуть)).

12.5. Ауру ағымының астыртын өтуі (керегінің астын сызыңыз) Скрытое

течение болезни (нужное подчеркнуть):

а) ешқашан ауырмаған (никогда не болел)

б) ұзақ ауырған (гастрит, ойық жара ауруы, пневмония, бронхит,

туберкулез, көтеу, түймешік, тері аурулары, сүт безінде ісік немесе

жаңа пайда болымдар болуы, жатыр мойнының жалақ жарасы және т.б.)

(долго болел (гастрит, язвенная болезнь, пневмония, бронхит,

туберкулез, геморрой, полип, кожные болезни, наличие опухоли или

образования в молочной железе, эрозия шейки матки и др.))

в) обыр бірінші рет аудандық, облыстық, республикалық емханада,

диспансерде, институтта қойылды (рак установлен впервые в районной,

областной, республиканской поликлинике, диспансере, институте) күні (дата) _____

_____.

12.6. Диагностика қателігі (керегінің астын сызыңыз) (Ошибка в

диагностике (нужное подчеркнуть)): а) клиникалық (клинической), б)

рентгенологиялық (рентгенологической), в) патогистологиялық

(патогистологической), г) УДЗ (УЗИ), д) эндоскопиялық

(эндоскопической)

13. Қосымша ескертулер (Дополнительные замечания) _____

14. Осы жағдайды талқылау туралы деректер (Данные о разборе

настоящего случая) _____

а) конференция өткен ұйымның атауы (наименование организации, где

проведена конференция)

б) конференция өткен күні (дата проведения конференции) _____

в) шығарылған тұжырымдар (организационные выводы) _____

Хаттаманы толтырған дәрігердің қолы

(Подпись врача, составляющего протокол) _____

Бас дәрігердің қолы

(Подпись главного врача) _____

Хаттаманың толтырылған күні

(Дата составления протокола) 20__ жылғы (года) " __ " _____

A5 форматы

Формат A5

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Материалды цитологиялық зерттеуге

ЖІБЕРУ

Направление

материала на цитологическое исследование

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы

Формат A5

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 033/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 033/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның Наименование организации	атауы Республики	от 23 ноября 2010 года № 907	Казахстан

Транспланттау үшін мәйіттің бүйрегін алу туралы

АКТ

АКТ

об изъятии почки у трупа для трансплантации

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 5 Формат А5	форматы	К Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	коды
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қ а з а қ с т а н Денсаулық сақтау министрінің "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен № 034/е нысанды медициналық құжаттама		Р е с п у б л и к а с ы м.а. 2010 жылғы бекітілген	
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская Ф о р м а утверждена здравоохранения ноября 2010 года № 907	№ приказом Республики	0 3 4 / и.о. Казахстан	документация у Министра от "23"

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

КОНСЕРВІЛЕНГЕН ДОНОРЛЫҚ ТІНДЕРДІҢ ЖӘНЕ (НЕМЕСЕ)

АҒЗАЛАРДЫҢ

(АҒЗАЛАРДЫҢ БӨЛКТЕРІ) ПАСПОРТЫ

ПАСПОРТ КОНСЕРВИРОВАННОЙ ДОНОРСКОЙ ТКАНИ И (ИЛИ) ОРГАНА

(ЧАСТИ ОРГАНА)

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алған денсаулық сақтау ұйымы

(Организация здравоохранения, где производилось изъятие ткани и (или) органа (части

органа) _____

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) атауы, саны (Наименование,

количество ткани и (или) органа (части органа)) _____

Тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) алынған күні және уақыты

(Дата и время изъятия ткани и (или) органа (части органа)) _____

Донордың ТАӘ жасы, жынысы (ФИО донора, возраст, пол) _____

Қан тобы, резус (Группа крови, резус) _____

Түскен уақыты (Дата поступления) _____

Сырқатнаманың № (№ истории болезни) _____

Диагноз (Диагноз) _____

Өкпенің жасанды ауаны жаңартуда болу уақыты (Время нахождения на искусственной

вентиляции легких) _____

Гипотензия уақыты (Время гипотензии) _____

Соңғы тәуліктегі, сағаттағы диурез (Диурез в последние сутки, часы) _____

Донорды фармдайындау (Фармподготовка донора) _____

Ишемия кезеңі (Период ишемии) _____

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) алу ерекшеліктері (Особенности

изъятия ткани и (или) органа (части органа)) _____

Жуу кезіндегі қысым (Давление при отмывке) _____

Жуу сатысы (Степень отмывки) _____

Тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктері) консервілеу әдісі,

консервілейтін ерітіндінің атауы (Способ консервации органа (части органа),
название

консервирующего раствора): _____

Консервілейтін ерітіндінің пайдалану мерзімі (Срок годности консервирующего

раствора): _____

ИФА және (немесе) ПЦР өткізу күні және зерттеу нәтижелері (Дата проведения и

результаты исследования иммуноферментного анализа - при наличии (далее - ИФА
) и

(или) полимеразной цепной реакции - при наличии (далее – ПЦР) на:

- АИТВ (ВИЧ): _____

- Гепатит В: _____

- Гепатит С: _____

- Сифилис: _____

Консервілеу кезеңі: оң (Период консервации):

Бүйректің оң (правой) _____ сол (левой) _____

Өкпенің оң (правой) _____ сол (левой) _____

Жүректің _____

Бауырдың _____

Басқа (Другое) _____

Реципиенттердің ТАӨ (ФИО реципиентов) 1. _____ 2. _____

Жасы, қан тобы (Возраст, группа крови) 1. _____ 2. _____

Донордың иммунологиялық көрсеткіштері (Иммунологические показатели донора)

Реципиенттердің (Реципиентов) 1. _____ 2. _____

Трансплантат функциялары (Функции трансплантата) _____

Денсаулық сақтау ұйымының атауы, тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың

бөліктері) алған және консервілеген тұлғалардың қызметі, ТАӘ (Название
организации

здравоохранения, ФИО, должность лиц, проводивших изъятие и консервацию
органа (части

органа)): _____

Консервілеуге жауапты тұлғалардың ТАӘ, қолы (ФИО, подпись ответственных лиц
за

консервацию): _____

Күні, айы, жылы, уақыты (День, месяц, год, время) : " _____ "

_____ 20__ жыл (год) " ____ " сағат (час) " _____ "
минут

(минута)

A5 форматы

Формат A5

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 041 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 041/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 041/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы

Формат A4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы №

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	907 № медикалыық құжаттама	бұйрығымен 056/е	бекітілген нысанды
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская Форма № 056/у и.о. Министра Республики от 23 ноября 2010 года № 907	документация утверждена приказом здравоохранения Казахстан	

Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы комиссиялық куәландырудың № _____ медициналық қорытындысының түбіртегі
Корешок медицинского заключения № _____
по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его больным с психическим расстройством (заболеванием)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	ҚҰЖЖ бойынша Код организации по ОКПО _____	ұйым коды
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен № 056/е медикалыық құжаттама	бекітілген нысанды
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская Форма № 056/у и.о. Министра Республики от 23 ноября 2010 года № 907	документация утверждена приказом здравоохранения Казахстан

Адамды психикалық бұзылуы (ауруы) бар деп тану туралы комиссиялық куәландырудың медициналық қорытындысы № _____
Медицинское заключение № _____
по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его больным с психическим расстройством (заболеванием)
(от) 20 __ жылғы (года) " __ " _____ күні

Жергілікті маслихаттар әкімшілігіне немесе мекенжайындағы учаскелік
сайлау комиссиясына жіберіледі

Направляется в администрацию местных маслихатов или в участковую
избирательную комиссию по месту жительства.

Дәрігерлер комиссиясының құрамы:

Врачебная комиссия в составе:

Төраға (Председателя) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)

Комиссия мүшелері (Членов комиссии) _____

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)

лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (должность, фамилия, имя, отчество)

бұйрығымен құрылды (созданная приказом) _____

денсаулық сақтау органы (орган здравоохранения)

№ _____ (от) 20__ жылғы (года) " ____ " _____ күні

Тұлға куәландырды (освидетельствовала лицо) _____

ТАӘ (ФИО)

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

мекенжайы (проживающего по адресу) _____

Қорытынды (Заключение): Жеке тұлға (физическое лицо) _____

Қысқа сыртартпа (Краткий анамнез) _____

Психикалық статусы (Психический статус) _____

Диагноз _____

Қорытындысы (Заключение): Жеке тұлға (физическое лицо)) _____

ТАӘ (ФИО)

дәрігерлік комиссиясымен өзінің психикалық жағдайы бойынша психикалық

бұзылуы (ауруы) бар деп танылды, танылмады (керексізін сызып

тастаңыз) және заң бойынша сайлаушылар қатарында бола алады, бола

алмайды (керексізін сызып таста) (по своему психическому состоянию

признан, не признан (ненужное вычеркнуть) врачебной комиссией больным

с психическим расстройством (заболеванием) и в соответствии с

законом, может, не может (ненужное вычеркнуть), быть включен в списки

избирателей по выборам в) _____

сайлаулар атауы (наименование выборов)

М.О. Комиссия төрағасы (Председатель комиссии) _____

қолы (подпись)

М.П. Комиссия мүшелері (Члены комиссии) _____

қолы (подпись)

Т.А.Ә (Ф.И.О)

дәрігерлік комиссиясымен өзінің психикалық жағдайы бойынша психикалық

бұзылуы (ауруы) бар деп танылды, танылмады (керексізін сызып

тастаңыз) және заң бойынша сайлаушылар қатарында бола алады, бола

алмайды (керексізін сызып таста) (по своему психическому состоянию

признан, не признан (ненужное вычеркнуть) врачебной комиссией больным

с психическим расстройством (заболеванием в соответствии с законом,

может, не может (ненужное вычеркнуть), быть включен в списки

избирателей по выборам) _____

сайлаулар атауы (наименование выборов)

М.О. Комиссия төрағасы (Председатель комиссии) _____

қолы (подпись)

М.П. Комиссия мүшелері (Члены комиссии) _____

қолы (подпись)

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я Форма № 066/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма 066/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы
Статистическая карта выбывшего из стационара

№ _____

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған

емдеуге жатқызу коды

Код госпитализации, определенный

Бюро госпитализации

1.Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (
 п р и е г о н а л и ч и и)

2.Туған күні (Дата рождения) / ____ / ____ / ____ / 3.Жынысы (Пол):ер (муж
) -1, әйел (жен)-2

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

4. Рост _____, вес _____ Баланың туған кездегі салмағы (Масса ребенка
п р и р о ж д е н и и) _____ г , б о й ы
(рост)_____ см (1-жасқа дейінгі балаларға толтырылады (заполняется на детей до
1 года))

5. Ұлты (Национальность) _____ 6.Тұрғыны (Житель): қаланың (
 города) – 1, ауылдың (села) – 2

7. Оралман: 1 – иә (да), 2 – жоқ (нет)

8. ЖСН (ИИН) _____

9. Медициналық тіркеу нөмірі |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
_____|_____|

(Регистрационный медицинский номер)

10. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): область _____
_____, ауданы _____ (район)
_____, елді мекені (населенный пункт) _____, көшесі (улица) _____,
үйінің (дом) № _____, пәтерінің (кв.) № _____, тел. _____

11. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

12. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус):

- қызметкер (служащий),

- жұмыскер (рабочий),

- ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

- зейнеткер (пенсионер),

- оқушы (учащийся),

- үй шаруасындағы әйел (домохозяйка),

– жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом),

- табынушы (служитель культа),

- жұмыссыз (безработный),

- басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): Ұлы отан соғысының мүгедегі - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰОСМ) (инвалид Великой Отечественной войны - при наличии (далее - ИВОВ) – 1, Ұлы отан соғысының қатысушы - болған жағдайда (бұдан әрі – ҰОСҚ) (участник Великой Отечественной войны - при наличии (далее - УВОВ) – 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, радиация әсерін алған тұлғалар (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9, қоныс аударушылар (переселенцы) – 10, басқалар (прочие) – 11.

14. Пациент жолданды (Пациент направлен):

БМСК(ПМСП)-1, ДЕЕК (КДП)-2, өзі қаралды (обратился самостоятельно)-3, жедел жәрдемнен (скорой помощью)-4, басқа стационардан (другим стационаром)-5, әскери комиссариаттан (военкоматом)-6(керекті астын сызыңыз)

(нужное подчеркнуть).

15. Жолдаған медициналық ұйымның болған жағдайда (бұдан әрі –МҰ) коды мен атауы:

(Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО)):

16. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

_____ АХЖ-10 коды (код МКБ-10)

17. Жарақаттың түрі: тұрмыстық, көшедегі, спорттық, мектептегі, мектепке дейінгі, жол-көлік, өндірістік (керекті астын сызыңыз)

Вид травмы: бытовая, уличная, спортивная, школьная, дошкольная, дорожно-транспортная, производственная (нужное подчеркнуть)

18. Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен атауы (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

19. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 - шұғыл түрде 7- 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7- 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

20. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2

21. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), 1 жасқа дейінгі баланы емізетін анамен (бар/жоқ)/госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет)

22. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении): _____

_____ АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

23. Емдеуге жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации) _____/_____
_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

24. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки (смерти)) _____
_____/_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

25. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) _____

26. Бөлімше (Отделение): _____ Код

атауы (наименование)

27. Төсек бейіні (Профиль койки): _____ Код

28. Реанимацияда болдыма (Находился в реанимации): иә (да), жоқ (нет) күндері (дней) _____

29.	Диагноз	АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)	АХЖ-10 бойынша айқындау коды (уточняющий код по МКБ-10)
Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз		1. 2.	
А с қ ы н у л а р ы Осложнения			
І л е с п е л і а у р у 1 Сопутствующее заболевание 1			
І л е с п е л і а у р у 2 Сопутствующее заболевание 2			
Патологоанатомиялық диагноз/өлуінің себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти			

30. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

31. Жазба актісінің (№, дата акта записи) № _____ күні ____/____/____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

32. МЭТ (МЭТ) № _____, КШТ (КЗГ) № _____

33 Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

34. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

35. RW-гәтексеру (Обследован на: RW)

оң (положительно) теріс (отрицательно)

АИТВинфекция (ВИЧ-инфекцию)

оң (положительно) теріс (отрицательно)

36. Қан компоненттерін құю (Переливание компонентов крови) иә (да)____, жоқ (нет)_____

37. Трансфузиялардың кері салдары (неблагоприятные последствия трансфузий): иә (да), жоқ (нет)

38.Қантобы (Группа крови) _____ Резус-фактор _____

39. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие)(керекті астын сызыңыз)(нужное подчеркнуть)

40. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Қолданылған операциялық және анестезиологиялық дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество

41. Пайдаланған донорлық қан, оның компоненттері мен препараттарының парағы
(Лист использованной донорской крови, ее компонентов и препаратов)

№	Код	Донорлық қан компоненттерінің атауы (наименование компонентов донорской крови)	Өлшем бірлігі Единица измерения	Саны Количество
		Эритроцит бар ортаның барлық түрлері (эритроцитсодержащие среды всех видов)	Мөлшері (доза)	

Плазманың (плазма всех видов)	барлық	түрлері	Мөлшері (доза)
К р и о п р е ц и п и т а т (криопреципитат)			Мөлшері (доза)
Т р о м б о ц и т т і к (тромбоцитный концентрат)		концентрат	Мөлшері (доза)
Қанның (другие клетки крови)	басқа	жасушалары	Мөлшері (доза)
Қанның (препараты крови (альбумин))	препараттары	(альбумин)	Мөлшері (доза)

Қысқартулар/Сокращение: КШТ - клиникалық-шығындытоптар (КЗГ – клинико-затратная группы);

ММК – мамандандырылған медициналықкөмек (СМП – специализированная медицинская помощь);

ЖММК – жоғарымамандандырылған медициналықкөмек (ВСМП – высокоспециализированная медицинская помощь);

42. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата Уақыты Время	Операцияның атауы мен коды Название и код операции	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2- жоспарлы Тип операции: 1 -экстренная, 2-плановая	Операциядан кейінгі асқынулар Послеоперационное осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)	Дәрігерлердің коды Коды врачей
Хирургиялық операциялар Хирургические операции						
___/___/___ ___:___						хирург
						ассистент
Код						анестезиолог
___/___/___ ___:___						хирург
						ассистент
Код						анестезиолог
___/___/___ ___:___						хирург
						ассистент
Код						анестезиолог

__/__/__						хирург
__:						ассистент
Код						анестезиолог

43. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания):шықты (выписан) – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4

44. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения):сауығумен (выздоровление) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) – 5

45. Дәрігер (Врач):Т.А.Ә.(болған жағдайда)

(Ф.И.О.) (при его наличии) _____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

46. Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением) Т.А.Ә.(болған жағдайда)

(Ф.И.О.)(при его наличии) _____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

Стационардан шыққан
пациенттің картасы 066/е
нысанына №1 қосымша парак
Вкладной лист №1 к форме 066/у
карте выбывшего из стационара

Жүрек-тамырлық жүйесінің аурулары бар пациенттің картасы
К а р т а п а ц и е н т а
с заболеванием сердечно-сосудистой системы

ЖКС (ОКС): жоқ (нет)____ иә (да) ____

ST көтеруімен с подъемом ST

ST көтерусіз без подъема ST

№ , картаны толтыру күні (дата заполнения карты) / __/ __/ ____/

Емдеуге жатқызу бюросы белгілеген емдеуге жатқызу коды (Код госпитализации, определенный Бюро госпитализации)

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / ____/ ____/ ____/

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

Жасы (түскен кездегі толық жасы) Возраст (полных лет при поступлении) _____

3. Жынысы (Пол): ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Пациенттің дене салмағы (Вес) ____кг, Бойы (Рост) ____см (пациента) ДСИ (ИМТ) _____

5. Ұлты (Национальность) _____ 6. Тұрғын (Житель): қала (города) –
1, ауыл (села) – 2

7. Оралман: 1 –иә (да), 2 – жоқ (нет) 7. 1. Азаматтылығы (Гражданство) _____
—

8. ЖСН (ИИН) _____

9. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) _____

10. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (Адрес постоянного места жительства):
облыс _____ (область) _____, аудан
(район) _____, елді-мекен (населенный пункт) _____,
көше _____ (улица) _____, үй № _____ (№ дома)
_____, пәтер № (№ кв.) _____, тел. _____ ұялы телефон (мобильный телефон) _____

11. ӘАБЖ коды (Код КАТО) _____

12. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 11.

14. Пациент жіберілді (Пациент направлен): МСАК-1, КДК-2, өздігінен жүгіну-3, жедел жәрдем-4, басқа стационар-5, әскери комиссариат-6, басқа-7, сот органдары-8, құқық қорғау органдары-9, ҰЕҰ-10 (ПМСП-1, КДП-2, сам обратился-3, скорой помощью-4, другим стационаром-5, военкоматом- 6, прочие-7, судебные органы-8, правоохранительными органами-9, НПО-10).

15. Жіберген медициналық ұйымның коды және атауы – болған жағдайда (бұдан әрі – МҰ)

Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО):

16. Жіберген ұйымның қойған диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

_____ АХЖ-10 коды (код МКБ-10)

17. МСАК көрсететін, бекітілген медициналық ұйымның коды және атауы (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)

18. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспары (плановая), 2 - ауру басталғаннан бастап алғашқы 6 сағатта шұғыл (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 – 7-24 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 7- 24 часов), 4 - 24 сағаттан кейін шұғыл (экстренная после 24 часов).

19. Осы жылы осы ауру бойынша емдеуге жатқызу (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания): 1- алғашқы (впервые) 2 - екінші рет (повторно)

20. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-факторы _____

21. Түскен кездегі диагноз (Диагноз при поступлении): _____

_____ АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

22.

ST көтеруімен ЖКС Орналасуы

(ОКС с подъемом ST Локализация):

алдыңғы (передний)

төменгі (нижний)

қапталық (латеральный)

оң жақ қарынша (ОҚ) (RV3R, RV4R бұру) (правый желудочек (ПЖ) (отведение RV3R, RV4R)

белгісіз (неопределенная)

23.

ST көтерусіз ЖКС Орналасуы

(ОКС без подъема ST Локализация):

алдыңғы (передний)

төменгі (нижний)

қапталық (латеральный)

оң жақ қарынша (ОҚ)

белгісіз (неопределенная)

24. ЭКГ жасалған күні және уақыты (Дата и время проведения ЭКГ) _____/_____/_____
_____/_____/_____

кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы)

25. Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) ____/____/____

кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

26 Басқа стационардан ауыстыру (Перевод из другого стационара) +)

Жоқ (нет)

Иә (да)

аймақтандыру бағыты бойынша ауыстырылды (переведен по маршруту регионализации)

А-аймағы (зона А) (100 км аз) (менее 100 км) _____

Б-аймағы (зона Б) (100 км артық) (более 100 км) _____

27 Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) ____/____/____
____/____/____ кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

28 Дата и время выписки (перевода) из стационара)_____/_____/_____/_____
____ кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

29. Индекстік жағдайдың уақыты (ишемия белгілерінің басталуы) Время от
индексного события (начала симптомов ишемии) уақыты (время) (кк/аа) (дд/мм/) /) ____
____ сағат (час.) _____ мин. _____ сағат (час) _____ мин.

30. Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну)/ Ввремя
обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) кк/аа (дд/мм/) _____
сағат (час.) _____ мин. _____ (дд/мм/) _____ час. _____ мин. _____ (
сигналдық карта бойынша қабылданған қоңыраудың уақыты/ время принятого вызова
по сигнальной карте)

31. Мед.персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты (Время первого контакта с
медицинским персоналом) кк/аа (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин. _____

32. Жағдай орын алған орын (Место, где случилось событие)

үйде (дома)

жұмыста (на работе)

қоғамдың орында (в общественном месте)

басқа (др.)

33. Келу орны (Место прибытия):

қабылдау бөлімі (приемный покой),

РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП (қабылдау бөліміне соқпай) ОРиИТ/ БИТ/ ПИТ (минуя приемное отделение)

АКГ-зертханасы (қабылдау бөліміне соқпай, РжҚТБ/ ҚТБ/ ҚТП) АКГ- лаборатория (минуя приемное отделение, ОРиИТ/БИТ/ПИТ)

басқа (др.)

34. Қауіп факторлары (Факторы риска).

Артериялық гипертензия

(Артериальная гипертензия)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

жоқ (нет)

иә (да) (диетотерапия, пероральды
терапия, инсулинотерапия)

белгісіз (неизвестно)

Шылым шегу (Курение)

жоқ (нет)

иә (да) (кейде, үнемі) (иногда, постоянно)

белгісіз (неизвестно)

Алкоголь

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Артық дене салмағы (Избыточная масса тела)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Төмен физикалық белсенділік (Низкая физическая активность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Дислипидемия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұқым қуалау бейімділігі (Наследственная предрасположенность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (Случаи внезапной смерти в семье)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Басқалар (Другие) _____

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

35. Бұрын болған кардиалық сыртартқы (Предшествующий кардиальный анамнез)

Өткерген миокард инфаргі

Перенесенный инфаркт миокарда

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрекшелер фибрилляциясы

Фибрилляция предсердий

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұрақты стенокардия ширыққан

Стабильная стенокардия напряжения

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұрақсыз стенокардия

Нестабильная стенокардия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

АКШ/ТКА (астын сызыңыз)

АКШ/ЧКВ (подчеркнуть)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

ЭКС/ИКД /СРТ (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек қақпақшаларының ауруы

Болезни клапанов сердца

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Кардиомиопатия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі

Хроническая сердечная недостаточность

жоқ (нет)

белгісіз (неизвестно)

иә (да) (NYNA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

36. Ілеспелі кардиалық патология (Сопутствующая некардиальная патология)

МҚЖБ (ОНМК)

жоқ (нет)

иә (да)

(1-геморрагиялық инсульт, 2- ми инфаргі) (1 - геморрагический инсульт, 2 - инфаркт мозга)

белгісіз (неизвестно)

Бүйрек функциясының созылмалы ауруы (БСА)

Хроническая болезнь почек (ХБП)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Перифериялық тамырлар ауруы/ қолқа аневризмасы

Болезни периферических сосудов/аневризма аорты

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Соңғы 5 жылдың ішіндегі онкологиялық аурулар

Онкологические заболевания последние 5 лет

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

АІЖ аурулары (ойықжаралар, эрозиялар)

Болезни ЖКТ (язвы, эрозии)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

ӨСОА (ХОБЛ)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Өмір сүру сапасын төмендететін басқа аурулар

Другие заболевания, ухудшающие качество жизни

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Сыртартқысы анамнез

Семейный анамнез

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

37. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі (Текущее состояние при поступлении)

38. Белгілері (симптомы)

Кеудедегі жайсыздық/ ауырсыну

(Дискомфорт/боль в грудной клетке)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Ентігу (Одышка)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүректің тоқтауы (Остановка сердца)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Әлсіздік (Слабость)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Талу (Синкопе)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Другие симптомы

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Аурудың симптомсыз ағымы

Бессимптомное течение

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно) +

39. Физикалық деректері (түсу кезінде) Физикальные данные (при поступлении)

ЖЖЖ (ЧСС) минутына _____ соғу (уд.в мин)

Систолалық АҚ (АД систолическое) _____сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.) диастолалық (д и а с т о л и ч е с к о е)

_____сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.), орта АҚ (среднее АД)_____сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.).

40. Жүрек функциясының жеткіліксіздігі (ЖЖ) түскен кездегі Killip бойынша класс

Сердечная недостаточность (СН) класс по Killip при поступлении

I,

II ,

III,

IV

белгісіз (неизвестно)

41. Қан талдамасы (түскен кезде) (Анализ крови (при поступлении))

Вч-Тропонин I/T (түскен кезде) (при поступлении)

жоқ (нет)

иә (да) ____

а) Вч-Тропонин I/T (ең жоғары мағына) (максимальное значение)_____

МВ-КФК

жоқ (нет)

иә (да)

d – димер

жоқ (нет)

иә (да)

BNP/pro BNP

жоқ (нет)

иә (да)

Гемоглобин

жоқ (нет)

иә (да)

Гематокрит

жоқ (нет)

иә (да)

Тромбоцит

жоқ (нет)

иә (да)

Глюкоза

жоқ (нет)

иә (да)

Липидты спектр (Липидный спектр) (ХС

жоқ (нет)

иә (да), ЛПНП

жоқ (нет)

иә (да) , ЛПВП

жоқ (нет)

иә (да) , ТГ

жоқ (нет)

иә (да))+

Креатинин

жоқ (нет)

иә (да) _____мкмоль/л

Креатинин шумақшалық сүзулу жылдамдығы (Скорость клубочковой фильтрации)
креатинина _____(автоматический расчет)

Калий

жоқ (нет)

иә (да)

Магний

жоқ (нет)

иә (да)

Кальций

жоқ (нет)

иә (да)

42. Аспаптық зерттеу әдістері (Инструментальные методы исследования)

43.ЭКГ (түскен кезде) (при поступлении)

жоқ (нет)

иә (да) ;

Ырғақ (Ритм)

синустық (синусовый)

жүрекшелер фибрилляциясы (фибрилляция предсердий)

электрокардиостимулятор ырғағы (ритм электрокардиостимулятора) (ЭКС)

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

QRS

қалыпты (норма)

Гис будасы солжақ аяқшасын оқшаулау (ГБСАО) (блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ))

Гис будасы оңжақ аяқшасын оқшаулау (ГБОУ) блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)

баска (др.)

белгісіз (неизвестно)

ST T

ST сегментін көтерумен(с подъемом сегмента ST)

ST сегменті көтерусіз (без подъема сегмента ST))

T ирегінің инверсиясы (инверсия зубца T)

қалыпты ЭКГ (нормальная ЭКГ)

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

44. ЭхоКГ (түсу кезінде) (при поступлении)

жоқ (нет)

иә (да) ;

N Симпсоны бойынша солжак қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)

(фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N) ($>50\%$)

болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)

қалыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)

айқын сипатталған төмендеу (выраженное снижение) (<30%)

солжақ қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ

(не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)

Жергілікті жиырылғыштың бұзылған аймақтарының болуы (Наличие зон нарушенной локальной сократимости):

жоқ (нет)

иә (да) (

-гипокинезия,

-акинезия)

45. КТ

жоқ (нет)

иә (да);

46. МРТ

жоқ (нет)

иә (да);

47. Қауіп шкалдары (шкалы рисков):

48. GRACE ишемия қаупінің шкаласы (түсу кезіндегі қауіп санаты) (Шкала риска ишемии GRACE (категории риска при поступлении))

жоқ (нет) ,

иә (да)

Клиникалық себептері

Клинические признаки

Баллдар

Баллы

Жасы (жас)

Возраст (лет) <30

30-39

40-49

50-59

60-69

70-79

80-89

>90 0

8

25

41

58

75

91

100

Жүректің жиырылу жиілігі (минутына соғу)

Частота сердечных сокращений (ударов в минуту) <50

50-69

70-89

90-109

110-149

150-199

>200 0

3

9

15

24

38

46

Систолалық артериялық қысым (ммрт.ст.)

Систолическое артериальное давление (ммрт.ст.) <80

80-99

100-119

120-139

140-159

160-199

>200 58

53

43

34

24

10

0

Сарысу креатинин деңгейі (мкмоль/л)

Уровень креатинина сыворотки (мкмоль/л) 0-35.3

35-70

71-105

106-140

141-176

177-353

>354 1

4

7

10

13

21

28

Жүрек функциясының жеткіліксіздік классы (Killip жіктемесі бойынша)

Класс сердечной недостаточности

(по классификации Killip) I

II

III

IV 0

20

39

59

Жүректің тоқтап қалуы (пациент түскен уақытта)

Остановка сердца (на момент поступления пациента) Иә (да) 39

ST сегментінің девиациясы

Девиация сегмента ST Иә (да) 28

Кардиоспецификалық ферменттердің деңгейі диагностикалық мағынада артуының болуы

Наличие диагностически значимого повышения уровня кардиоспецифических ферментов

Иә (да) 14

Баллдар саны (Количество баллов)_____

GRACE электрондық калькулятор (Электронный калькулятор GRACE) <http://www.outcomes.org/grace>

GRACE 2 электрондық калькулятор (креатинин деңгейі және Killip бойынша ауырлық класстары туралы деректер болмаған кезде пайдаланылады)

Электронный калькулятор GRACE 2 (используется при отсутствии данных об уровне креатинина и классах тяжести по Killip) <http://www.gracescore.org/WebSite/WebVersion.aspx>

Баллдардың жалпы саны (Общее количество баллов) _____

Жоғары (Высокий) >140 балл (баллов)

Орташа (Средний) 109 – 140 балл (баллов)

Төмен (Низкий) <108 балл (баллов)

Клиническая оценка риска пациентов

ST ЖКС бар пациенттер қаупіннің стратификациясы (стратификация риска пациентов с ОКСбп ST):

жоқ (нет),

иә (да)

Өте жоғары қауіп өлшемшарттары (критерии очень высокий риска)

жоқ (нет) ,

иә (да)

гемодинамикалық тұрақсыздық немесе кардиогендік шок (гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок)

Кеудедегі қайталанатын немесе жалғасқан ауырсыну, дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты (рецидивирующая или продолжающаяся боль в грудной клетке, устойчивая к медикаментозному лечению)

Өмірге қауіпті аритмиялар немесе жүректің тоқтауы (жизнеугрожаемые аритмии или остановка сердца)

МИ механикалық асқынулары (механические осложнения ИМ)

Рефрактерлі стенокардиямен немесе ST сегментінің ауытқуы бар жүрек функциясының жіті жеткіліксіздігі (острая сердечная недостаточность с рефрактерной стенокардией или отклонением сегмента ST)

ST сегментінің немесе T ирегiнiң қайталанған динамикалық өзгерістері, әсіресе ST сегментінің ауыспалы элевациясымен (повторные динамические изменения сегмента ST или зубца T, особенно с преходящей элевацией сегмента ST)

Жоғары қауіп өлшемшарттары (Критерии высокого риска)

жоқ (нет) ,

иә (да)

МИ байланысты, жүрек тропониндері деңгейінің көтерілуі немесе төмендеуі (Подъем или снижение уровня сердечных тропонинов, связанного с ИМ)

ST сегментінің немесе T ирегiнiң динамикалық өзгерістері (симптомдық немесе асимптомдық) (динамические изменения сегмента ST или зубца T (симптомные или асимптомные))

GRACE шкаласы бойынша баллдардың сомасы >140 (Сумма баллов по шкале GRACE >140)

Аралық қауіп өлшемшарттары (Критерии промежуточного риска)

жоқ (нет),

иә (да)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

Бүйрек функциясының жеткіліксіздігі ($\text{ШСЖ} < 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$) (Почечная недостаточность ($\text{СКФ} < 60 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$))

Дәрі-дәрмекпен емдеуге тұрақты (устойчивая к медикаментозному лечению)

ОҚ ШФ $< 40\%$ немесе жүрек функциясының іркілген жеткіліксіздігі ($\text{ФВ ЛЖ} < 40\%$ или застойная сердечная недостаточность)

Ерте инфаркттен кейінгі стенокардия (Ранняя постинфарктная стенокардия)

Жақында өткізілген ТКА (недавнее проведение ЧКВ)

Бұрын жасалған АҚШ (предшествующее АҚШ)

GRACE қауіп шкаласы бойынша баллдардың қосындысы >109 және

<140 (Сумма баллов по шкале риска GRACE >109 и <140)

Төмен қауіп өлшемшарттары (Критерии низкого риска)

жоқ (нет) ,

иә (да)

Жоғарыда аталмаған кез келген сипаттамалар (ишемияның қайталанған белгілері жоқ, өзгеріссіз. ЭКГ, тропонин деңгейі жоғарламаған) Любые характеристики, не перечисленные выше (нет повторных симптомов ишемии, нет изменений. ЭКГ, нет повышения уровня тропонинов)

49. CRUSADE қан кету қауіп шкаласы (Шкала риска кровотечения CRUSADE)

Көрсеткіш (предиктор)

Показатель (предиктор) Мағыналар интервалы

Интервал значений Баллдар

Баллы

Бастапқы гематокрит (%)

Исходный гематокрит (%) < 31

31-33.9

34-36.9

37-39.9

≥ 40 9

7

3

2

0

Креатинин клиренсі *

Клиренс креатинина ≤ 15

>15-30

>30-60

>60-90

>90-120

>120 39

35

28

17

7

0

Жүрек жиырылуының жиілігі (минутына/соғу)

Частота сердечных сокращений (уд/мин) ≤ 70

71-80

81-90

91-100

101-110

111-120

≥ 121 0

1

3

6

8

10

11

Жынысы

Пол Ер (Мужской)

Әйел (Женский) 0

8

CRUSADE электрондық калькуляторы (Электронный калькулятор CRUSADE электрондық): <http://www.crusadebleedingscore.org/>

Баллдардың жалпы саны (общее количество баллов) _____

CRUSADE қан кету қаупі (риск кровотечений CRUSADE)

жоқ (нет) ,

иә (да) +

51. Тромботикалық асқынулар қаупін бағалауға арналған CHA2DS2-VASC шкаласы (Жүрекшелер фибрилляциясы кезінде)

Шкала CHA2DS2-VASC для оценки риска тромботических осложнений (при фибрилляции предсердий)

Баллдардың жалпы саны: _____ (баллдар қосындысы 1 және одан жоғары болғанда инсульттің даму қаупі бар (антикоагулянтты терапия тағайындау қажет))

Общее число баллов: _____ (при сумме баллов 1 и более есть риск развития инсульта (необходимо назначить антикоагулянтную терапию))

52. Емдеу (Лечение)

Атауы

Наименование Түскенге дейін қабылдады

Получал до поступления Стационарда тағайындалды және қабылдады

Назначено и получал в стационаре

Емдеуге жатқызудың алғашқы тәулігі

(24 сағатқа дейін)

первые сутки госпитализации (до 24 часов) 24 сағаттан кеш

позже 24 часов

Ацетилсалицил қышқылы

Ацетилсалициловая кислота

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Тикагрелор

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Клопидогрел

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

*Тромбоциттердің гликопротеин IIb/IIIa рецепторларының ингибиторлары

Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

ФЕГ (гепарин)

(НФГ (гепарин)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Фонда паринукс

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

ТМГ(эноксапарин)

Иә (да)

Жок (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

*Бивалирудин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

β-блокаторлары

(ампулалардағы метопролол)

β-блокаторы

(метопролол в ампулах)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа (другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

б-блокаторлары

β-блокаторы

(метопролол-тартрат) короткого действия

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа (другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Нитроглицерин (таблеткалар*ампулалар, аэрозоль)

Нитроглицерин (таблетки*ампулы, аэрозоль)

Иә (да)

Жоқ (нет)

другое

Белгісіз (неизвестно)

басқа (другое)

Аз уақыт әсер ететін нитраттар (мононитраттар)

Нитраты короткого действия

(мононитраты)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Аз уақыт әсер ететін ААФИ

ИАПФ короткого действия

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

баска (другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Есірткілік анальгетик (ампулалардағы морфин) Наркотический анальгетик (морфин в ампулах)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

БРА (ААФ ингибиторлары жақпаған кезде)

БРА (при непереносимости ингибиторов АПФ)

Иә (да)

Жок (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Статиндер

Статины

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Седативті, анксиолитикалық терапия (ампулалардығы Диазепам)

Седативная, анксиолитическая терапия (дiazepam в ампулах)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

басқа (другое)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Са антагонисттері (b-блокаторлар жақпаған кезде ұзақ әсер ететін)

Антагонисты Са (длительного действия при непереносимости b-блокаторы

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Амиодарон

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Басқа антиаритмиктер

Другие антиаритмики

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Инсулин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Қант деңгейін түсіретін препараттар

Сахароснижающие препараты

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

К дәруменінің антагонистері/ Пероральды антикоагулянттар**

Антагонисты витамина К/ Пероральные антикоагулянты** Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Альдостерон антагонисттері

(Спиронолактон /*эклеренон Антагонисты альдостерона

(Спиронолактон /*эклеренон

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Диуретиктер

Диуретики

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Инотроптар (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)

Инотропы (*добутамин, левосеминдан, допамин, *норадреналин)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Дигоксин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Кардиоверсия дефибриляция

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Қанайналымды механикалық қолдау құрылғысы (Механические устройства поддержки кровообращения)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да) Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Impella

Внутриаортальная баллонная контрпульсация

Баска/другие

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Экстракорпоральная мембранная оксигенация

Impella

Внутриаортальная баллонная контрпульсация

Баска/другие

Белгісіз (неизвестно)

гипотермия

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

ӨЖЖ

ИВЛ

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

* Препараттардың патенттелмеген атауы (Непатентованное название препаратов)

** CHA2DS2-VASc шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Шкала CHA2DS2-VASc (при назначении пероральных антикоагулянтов)

*** HAS-BLED шкаласы (пероральды антикоагулянттарды тағайындау кезінде)

Шкала HAS-BLED (при назначении пероральных антикоагулянтов)

Әріп

Буква Клиникалық сипаттамасы

Клиническая характеристика Баллдар

Баллы

H Гипертензия 1

A Бүйрек функциясының бұзылуы және

(әрбіріне 1 балл)

Нарушение функции почек и (1 балл каждое) 1+1

S Ми инфаргі

Инфаркт мозга 1

B Қан кету

Кровотечение 1

L Тұрақсыз МНО /Лабильное МНО

1

E Егде жас (>66 лет)

Пожилой возраст (>66 лет) 1

D Дәрі-дәрмек немесе алкоголь (әрбіріне 1 балл)

Лекарства или алкоголь (1 балл каждое) 1+1

Баллдардың ең жоғары саны

Максимальное число баллов 9

Баллдардың жалпы саны: _____ (3 және одан жоғары баллдардың қосындысында қан кету даму қаупі бар (сақтықпен антикоагулянтты терапияны тағайындау қажет))

Общее число баллов: _____ (при сумме баллов 3 и более есть риск развития кровотечения (необходимо с осторожностью назначать антикоагулянтную терапию))

52. Тромболитикалық терапия

Тромболитическая терапия

Жоқ (нет), Тромболитикалық терапияны жасамау себептері

Причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия

кеш жүгіну (12 сағаттан артық) (позднее обращение (более 12 часов)

қарсы көрсетімдер (противопоказания)

абсолютты (абсолютные),

салыстырмалы (относительные)

ЭКГ өлшемшарттары жоқ (нет ЭКГ критериев)

бастапқы ТКА (первичное ЧКВ)

Иә (да),

тромболизистік терапия өткізу уақытының басталуы (время начала проведения тромболизисной терапии (кк/аа) (дд/мм/) /) _____ сағат (час.) _____ мин. _____ сағат (час) _____ мин.

тромболизистік терапия өткізу уақытының соны (время окончания проведения тромболизисной терапии (кк/аа) (дд/мм/) /) _____ сағат (час.) _____ мин. _____ сағат (час) _____ мин.

53. Тромболитикалық терапия өткізу кезеңі

Этап проведения тромболитической терапии

Емдеуге жатқызуға дейін (Догоспитальный)

Емдеуге жатқызу (Госпитальный)

кабылдау бөлімі (приемный покой)

ҚТП/ БИТ (ПИТ/БИТ)

басқасы (др.)

54.

тиімсіз (неэффективная)

тиімді (60 мин. ішінде ST 50% және одан жоғары төмендеуі, реперфузиялық аритмиялар) (эффективная (снижение ST в течение 60 мин. на 50% и более, реперфузионные аритмии)

55 Препарат

а) препарат түрі (тип препарата):

фибринге тән (фибринспецифичный)

фибринге тән емес (нефибринспецифичный)

б) препарат атауы (наименование препарата):

альтеплаза (актилизе)

тенектеплаза

ретеплаза

др.

в) дозасы (доза)

толық доза (полная доза)

жарты доза (половинная доза)

58. Тромболизис асқынуының болуы (Наличие осложнений тромболизиса)

жоқ (нет)

иә (да)

56. Коронароангиография.

КАГ

Иә (Да) Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

Атауы (название) _____ қызмет
коды (код услуги)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

57. Антитромбоцитарлы препараттар (Антитромбоцитарные препараты)

58. Тиагрелордың жүктемелі дозасы (Нагрузочная доза тиагрелора)

жоқ (нет)

иә (да) +

АКГ зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

180 мг

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

62 Клопидогрелдің жүктемелі дозасы (Нагрузочная доза клопидогреля)

жоқ (нет)

Иә (да) +

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

300мг

600мг

басқа (др.) _____

белгісіз (неизвестно)

59. Тромбоциттер рецепторларының IIb/IIIa гликопротеинді ингибиторлары (тромботикалық асқынулар қаупі кезінде) Ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов (при риске тромботических осложнений)

жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

Абциксимаб

Тирофибан

Эптифибатид

60. Антикоагулянттар (Антикоагулянты)

61.НФГ (гепарин)

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

62.НФГ+ ингибиторы гликопротеиновых IIb/IIIa рецепторов

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

63. Фондаринукс+ НФГ

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

64. Эноксапарин

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

65. Бивалирудин

Жоқ (нет)

Иә (да)

АКГ-зертханасына дейін (до АКГ-лаборатории)

АКГ-зертханасында (в АКГ-лаборатории)

66. Тамырлы қол жетімдік (Сосудистый доступ):

радиалды (радиальный)

санды (бедренный)

67. Қалыпты КАГ (нормальная КАГ):

Иә (да)

жоқ (нет)

Егер жоқ болса (Если нет):

СКА діңгегі

Ствол ЛКА АТА

ПНА УЗ

ОВ ОКА

ПКА Шунт Басқа (др.)

ОККЛЮЗИЯ

стеноз $\geq 50\%$

стеноз<50%

коронароспазм

инфарктқа тәуелді артерия/Инфаркт зависимая артерия

Интактты

Интактные

68. Көп тамырлы зақымдану (Многососудистое поражение)

2,

3

және жоғары) (и более)

белгісіз (неизвестно)

. ТІМІ бойынша ИЗА немесе симптомдық тамырдағы қанағым (Кровоток по ТІМІ в ИЗА или симптомном сосуде):

0

1

2

3

69. Реваскуляризация әдісін таңдау (қажет болған жағдайда) Выбор метода реваскуляризации (в случае необходимости)

70 Syntax шкаласы (Шкала Syntax) _

жоқ (нет)

иә (да)

баллдардың жалпы саны (общее количество баллов) _____ +

71. "Жүрек тобы" консилиумды таңдау (Выбор консилиума "группа Сердце")

жоқ (нет)

иә (да)

ТАК (ЧКВ),

АКШ,

басқа (другое)

ST көтеруімен ЖКС (ОКС с подъемом ST):

Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.) (Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания):

Сәтсіз тромболизистен кейін шұғыл ТАК (неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса)

Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат) ЧКВ после успешного тромболизиса (фармакоинвазивная стратегия (3-24 ч.)

Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе ОҚ ШФ <40-50 жағдайда шығу алдында) (избирательное ЧКВ (перед выпиской при выявлении стресс-индуцируемой ишемии миокарда или ФВ ЛЖ<40-50)

Реперфузиялық емсіз (без реперфузионного лечения)

ST көтерісиз ЖКС (ОКС без подъема ST):

Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия/рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар ЖТ/ҚФ) (жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ) (срочное ЧКВ <2 часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ)

Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл) (ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при клинических признаках высокого риска и баллы по шкале GRACE >140 баллов)

Ерте инвазивті стратегия <72 сағат (калыпты -140 балл) (поздняя инвазивная стратегия <72ч. (при клинических признаках умеренного риска и баллы по шкале GRACE 109-140 баллов)

Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған жағдайда шығу алдында ТС бар пациенттерде төмен қауіпі және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде) (избирательное ЧКВ (перед выпиской у больных с НС при выявлении стресс-индуцируемой ишемии миокарда при низком риске и баллах по шкале GRACE <108)

Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде) (консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов))

72. Теріастылық коронарлық араласу (Чрескожное коронарное вмешательство)

Атауы (название) _____ және
операция коды (и код операции)

73. Баллонды үрлеу/ стентті орнату күні және уақыты (дата и время раздувания баллона/установки стента) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

ST көтеруімен ЖКС (ОКС с подъемом ST):

Бастапқы ТКА (ауру басталғаннан кейін <120 мин.) (Первичное ЧКВ (<120 мин. от начала заболевания):

Сәтсіз тромболизистен кейін шұғыл ТАК (неотложное ЧКВ после неуспешного тромболизиса)

Сәтті тромболизистен кейінгі ТКА (фармакоинвазивті стратегия (3-24 сағат) ЧКВ после успешного тромболизиса (фармакоинвазивная стратегия (3-24 ч.)

Іріктеу ТКА (миокардтың стресс-индукцияланған ишемиясы анықталған немесе ОҚ ШФ <40-50 жағдайда шығу алдында) (избирательное ЧКВ (перед выпиской при выявлении стресс-индуцируемой ишемии миокарда или ФВ ЛЖ<40-50)

Реперфузиялық емсіз (без реперфузионного лечения)

ST көтерісуіз ЖКС (ОКС без подъема ST):

Ауру белгілері басталғаннан бастап <2 сағатта жедел ТКА (ишемия/рефрактерлік стенокардия, гемодинамикалық тұрақсыздық белгілері жалғасады, өмірге қауіпті аритмиялар ЖТ/ҚФ) (жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ) (срочное ЧКВ <2 часа от начала симптомов заболевания (продолжаются симптомы ишемии/рефрактерная стенокардия, гемодинамическая нестабильность, жизнеугрожающие аритмии ЖТ/ФЖ)

Ерте инвазивті стратегия <24 сағат (жоғары қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар >140 балл) (ранняя инвазивная стратегия <24ч. (при клинических признаках высокого риска и баллы по шкале GRACE >140 баллов)

Ерте инвазивті стратегия <72 сағат (қалыпты қауіп клиникалық белгілері кезінде және GRACE шкаласы бойынша баллдар 109-140 балл) (поздняя инвазивная стратегия <72ч. (при клинических признаках умеренного риска и баллы по шкале GRACE 109-140 баллов)

Консервативтік ем (төмен қауіп және GRACE шкаласы бойынша баллдар <108 балл кезінде) (консервативное лечение (при низком риске и баллах по шкале GRACE <108 баллов)

СКА діңгегі

Ствол ЛКА АТА

ПНА УЗ

ОВ ОКА

ПКА Шунт Басқа (др.)

Жабыны бар стент*

Стент с покрытием*

Жабыны жоқ стент**

Стент без покрытия**

Тромб аспирациясы

Аспирация тромба

Тек баллодық ангиопластика

Только баллонная ангиопластика

Қанағымның және басқаның фракциялық резервін өлшеу Измерение Фракционного резерва кровотока и др.

ТІМІ-ІІІ ИЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша коронарлық қанағымды қалпына келтіру дәрежесі (Степень восстановления коронарного кровотока по критериям ТІМІ-ІІІ в ИЗА или симптомном сосуде) 0,1,2,3

ТІМІ-ІІІ ИЗА немесе симптомдық тамырда өлшемшарттары бойынша коронарлық қанағымды қалпына келтіру дәрежесі (Степень восстановления коронарного кровотока по критериям ТІМІ-ІІІ в ИЗА или симптомном сосуде)

0,

1,

2,

3

* Жабыны бар стенттер (Стенты с покрытием)

Қатты полимерлік жабындыда негізделген (Основанные на твердополимерном покрытии)

Promus element

Resolute

Xience

Биоерітінді полимерлерде негізделген (Основанные на биорастворимых полимерах)
Biomatrix

Nobori

Yukon Choice PC

Orsiro

Ultimaster

басқа (көрсету) другой (указать какой)

**Жабыны жоқ стент (нақтылау) (Стент без покрытия (уточнить какой) _____

Орнатылған стенттердің саны (Количество установленных стентов):

1,

2,

3

74. Стент ішіндегі рестеноз (Рестеноз внутри стента)

жоқ (нет)

иә (да) +

75. Бифуркацияларды тарту (Вовлечение бифуркаций)

жоқ (нет)

иә (да) +

76. Тромбоэктомиялық құрылғыларды қолдану (Применение тромбоэктомических устройств):

Жоқ (нет)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

77. КАГ, ТКА кезіндегі асқынулар (Осложнения во время КАГ, ЧКВ)

Жоқ (нет)

Иә (да)

стенд тромбозы (тромбоз стента) +

операция алдыңғы МИ (периперационный ИМ)

қан кету (кровотечение)

ми инсульты (мозговой инсульт)

индукцияланған нефропатия контрастысы (контраст индуцированная нефропатия)

сан арқылы ену жағынан солқылдайтын гематома (пульсирующая гематома в области бедренного доступа)

белгісіз (неизвестно)+

өлім (смерть)

Белгісіз (неизвестно)

78. Ойдағыдай ТАА (Успешное ЧКВ):

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

79. Толық реваскуляризация (Полная реваскуляризация):

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

80. Стационарлық емдеу кезінде 1 емшарадан артық (более 1 процедуры во время стационарного лечения):

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

81. Аорталық-коронарлық шунттеу (аорто-коронарное шунтирование)

Атауы (название) _____ АХЖ-9
бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

Жоқ (нет)

Иә (Да) АҚШ бастау күні (дата начала АҚШ) _____ (кк/аа) (дд/
мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

шұғыл (экстренно)

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін (до 6 часов от начала заболевания)

24 сағатқа дейін (до 24 часов)

72 сағаттан артық (свыше 72 часов)

жоспарлы АҚШ (плановая АҚШ)

82. Инотропты демеу (Инотропная поддержка):

операцияға дейін (дооперационная)

операциядан кейін (послеоперационная)

83. ЖКА діңгегінің зақымдалуы

Поражение ствола ЛКА:

Иә (да)

Жоқ (нет)

84. Шунттер (Шунты):

вена

ЛГА

ПГА

басқа (др.)

85. Операциямен байланысты асқынулар (осложнения, связанные с операцией):

операциядан кейінгі МИ (периоперационный ИМ)

неврологиялық тапшылық (неврологический дефицит)

қан кету (кровотечение)

жүрек ырғағының және өткізгіштігінің бұзылуы (нарушение ритма и проводимости сердца)

медиастенит

төссүйек тұрақсыздығы (нестабильность грудины)

басқалар (другие)

86. Электрокардиостимуляторды имплантантау (имплантация электрокардиостимулятора)

Жоқ (нет)

Иә (Да)

Шұғыл (экстренная)

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____ АХЖ-9
бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

Уақытша ЭКС (временный ЭКС)

Бір камералық (однокамерные)

Екі камералық (двухкамерные)

Тұрақты ЭКС (постоянный ЭКС)

Бір камералық (однокамерные)

Екі камералық (двухкамерные)

басқа (другое)

87. Кардиовертел-дефибрилляторды имплантантау (имплантация Кардиовертела-дефибриллятора)

Жоқ (нет)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Шұғыл (экстренная)

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____ АХЖ-9
бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

88. Кардиоресинхрондаушы құрылғыны имплантациялау (Имплантация кардиоресинхронизирующего устройства (СРТИ))

Жоқ (нет)

Иә (да)

Атауы (название) _____ АХЖ-9
бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

89. Басқа операциялар (Другие операции):

Жоқ (нет)

Иә (да)

Белгісіз (неизвестно)

Шұғыл (экстренная)

Жоспарлы (плановая)

Атауы (название) _____

АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

90. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар (Осложнения на госпитальном этапе).

91. Killip бойынша СН классы (СН класс по Killip)

I

II

III

IV

белгісіз (неизвестно)

Қайталанған МИ

Рецидив ИМ

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

ЖФ (алғашқы рет болған)

ФП (впервые возникшая)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

ФЖ/ЖТ

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

АВ блокада II-III дәр (ст.)

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Механикалық асқынулар Механические осложнения*

Иә (да) *

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Инсульт

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Қан кету

Кровотечения

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Қан трансфузиясы

Трансфузия крови

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Төмен гемоглобин

Низкий гемоглобин

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

БЖЖ

ОПН

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

Басқалар

другие

Иә (да)

Жоқ (нет)

Белгісіз (неизвестно)

92 * МИ механикалық асқынулар кезіндегі операциялар (операции при механических осложнениях ИМ)

жоқ (нет)

Иә (да)

Күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг)) _____ сағат (час.) _____ мин.

Атауы (название) _____ АХЖ-9 бойынша операция коды (код операции по МКБ-9)

93. Шығару кезіндегі зерттеулер (Исследования при выписке)

94. Шығару кезіндегі ЭКГ

(ЭКГ при выписке):

синусты (синусовый)

ЖФ (ФП)

ST көтеруімен жаңа МИ (новый ИМ с подъемом ST)

өзгеріс жоқ (нет изменений)

95 Шығару кезінде ЭХоКГ +

(ЭХоКГ при выписке)

N Симпсоны бойынша солжак қарынша шығарымының фракциясы (ШФ)

(фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Симпсону N) (>50%)

болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)

қалыпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)

айқын сипатталған төмендеу (выраженное снижение) (<30%)

солжак қарынша шығарымының фракциясы (ШФ) анықталған жоқ

(не определяли фракцию выброса (ФВ) левого желудочка)

Шығару кезіндегі Killip бойынша СН классы (СН класс по Killip при выписке)

I

II

III

IV

белгісіз (неизвестно)

96. Шығару кезіндегі стресс тест (Стресс тест при выписке):

Жоқ (нет)

Иә (да) (

стресс-ЭКГ(ВЭМ, тредмил),

стресс ЭхоКГ)

Тест нәтижесі теріс (Результат теста отрицательный)

Тест нәтижесә оң (стресс-индуц. Миокард ишемиясы) (Результат теста положительный (стресс-индуц. Ишемия миокарда)

97. Басқа диагностикалық зерттеулер

(Другие диагностические исследования):

жоқ (нет)

Иә (да)

КТ (қауіп төмен көтерусіз ЖКС кезінде) (при ОКС без подъема низкого риска)

МРТ

басқа (другое)

98. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз):

Диагнозы АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10) Инфаркт түрі

Тип инфаркта

Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз 1.

2.

Асқынулар

Осложнения*

Ілеспелі ауру 1

Сопутствующее заболевание 1

Ілеспелі ауру 2

Сопутствующее заболевание 2

*Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (ЖСЖ) болған кезде NYNA бойынша функционалдық класы в случае хронической сердечной недостаточности ХСН (функциональный класс по NYNA)

I,

II,

III,

IV

ЖКС аяқталуы (Исходы ОКС):

1.

ST көтерумен МИ (трансмуральды) (ИМ с подъемом ST (трансмуральный)

үзілген ИМ (прерванный ИМ)

2.

ST көтерусіз МИ (субэндокардиальды) ИМ без подъема ST (субэндокардиальный)

3.

Н.С.

басқа аурулар (другие заболевания):

Өкпе артериялары тармақтарының тромбоэмболиясы (ӨАТТ) (тромбоэмболия ветвей легочной артерии (ТЭЛА)

Қолқаның қабатталған аневризмасы (расслаивающая аневризма аорты)

Такотсубо кардиомиопатиясы (кардиомиопатия такотсубо)

Миокардит

басқа диагноздар (АХЖ-10 таңдау) (другие диагнозы (выбор из МКБ -10)

99. Қорытындылар (Исходы):

100. Ауруханада болу қорытындысы (исход пребывания):

шығарылды (выписан),

қайтыс болды (умер) қорытынды күні (дата исхода) _____ (кк/аа/жж) (дд /мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин.

а) шығарылды, оның ішінде (выписан, в том числе):

басқа стационарға шұғыл ауыстыру (МҰ атауы) (экстренный перевод в другой стационар (наименование МО) _____

басқа стационарға шұғыл емес ауыстыру (неэкстренный перевод в другой стационар (наименование МО) _____

одан әрі амбулаториялық деңгейде қаралу үшін _____ (МҰ атауы) (үйдегі актив бойынша берілді (телефон бойынша) (на дальнейшее наблюдение на амбулаторном уровне (наименование МО) _____ (передан актив на дому (по телефону _____)

өз еркімен кету (самовольный уход)

б)

қайтыс болды (умер) Аутопсия жасалды ():

Жоқ (нет)

Иә (да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____
мин.

Диагнозы АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)

Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/
причина смерти

Диагностардың саукеспеншілігі (Расхождение диагнозов)

жоқ (нет)

Иә (да)

101. Емдеу қорытындысы (Исход лечения):

сауығу (выздоровление),

жақсару (улучшение),

өзгеріссіз (без перемен),

нашарлау (ухудшение),

қайтыс болу (смерть)

102. Өткізген төсек-күн (Проведено койко-дней) _____

103. Бөлімше (Отделение): _____
_____ Код _____

атауы (наименование) _____

104. Төсек бейіні (Профиль койки): _____
_____ Код _____

105. Кардиореанимацияда болды (Находился в кардиореанимации) (ПИТ/БИТ):

Жоқ (нет) ,

Иә (Да) күн саны (количество дней) _____

106. Дәрігер (Врач): Т.А.Ә. (Ф.И.О.) _____ Код _____
_____ Қолы (Подпись) _____

107. Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) Т.А.Ә. (Ф.И.О.) _____
_____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациенттің картасы
Карта пациента с острым нарушением мозгового кровообращения

ишемиялық (ишемический)

геморрагиялық (геморрагический)

транзиторлық ишемиялық өршу (транзиторная ишемическая атака)

№____, картаны толтыру күні (дата заполнения карты) / __/ __/ ____/

Емдеуге жатқызу бюросы белгілеген емдеуге жатқызу коды (Код госпитализации,
определенный Бюро госпитализации)

1. Тегі (Фамилия)_____

АТЫ (Имя)_____Әкесінің аты(болған жағдайда)

(Отчество)(при его наличии)_____

2. Туған күні (Дата рождения) /_____/_____/_____/_____

(кк/аа/жжжжж)(дд/мм/гггг)

Жасы (түскен кездегі толық жасы) Возраст (полных лет при поступлении)_____

3. Жынысы (Пол):ер (муж) -1 әйел (жен)-2

4. Пациенттің дене салмағы (Вес) _____кг, Бойы (Рост) _____см (пациента) ДСИ (ИМТ)_____

5. Ұлты (Национальность) _____ 6. Тұрғын (Житель): қала (города) – 1,
ауыл (села) – 2

7. Оралман: 1 –иә (да) , 2 - жоқ (нет) 7. 1. Азаматтылығы (Гражданство)_____

8. ЖСН (ИИН) _____

9. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

10. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (Адрес постоянного места жительства):
облыс (область) _____, аудан (район) _____,

елді-мекен (населенный пункт) _____, көше (улица) _____, үй № (№ дома) _____, пәтер № (№ кв.) _____, тел. _____ ұялы телефон (мобильный телефон) _____

11. ӘАБЖ коды (Код КАТО) _____

12. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занят.индивид.трудом), 8- табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

13. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ)– 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9; қоныс аударушылар (переселенцы) – 10; басқалар (прочее) – 11.

14. Пациент жіберілді (Пациент направлен): МСАК-1, КДК-2, өздігінен жүгіну-3, жедел жәрдем-4, басқа стационар-5, әскери комиссариат-6, басқа-7, сот органдары-8, құқық қорғау органдары-9, ҰЕҰ-10 (ПМСП-1, КДП-2, сам обратился-3, скорой помощью-4, другим стационаром-5, военкоматом- 6, прочие-7, судебные органы-8, правоохранительными органами-9, НПО-10).

15. Жіберген медициналық ұйымның коды және атауы – болған жағдайда (бұдан әрі – МҰ)

Код и название направившей медицинской организации – при наличии (далее – МО):

16. Жіберген ұйымның қойған диагнозы (Диагноз направившей организации)

_____ АХЖ-10 коды (код МКБ-10)

17. МСАК көрсететін, бекітілген медициналық ұйымның коды және атауы (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП)

18. Пациент Д-есебінде тұрды ма (состоял ли пациент на Д учете)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

19. Пациент базистік гипотензиялық терапия қабылдады ма (принимал ли пациент базисную гипотензивную терапию)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

антикоагулянтты терапия (антикоагулянтную терапию)

жоқ (нет)

иә (да)

тұрақты емес (нерегулярно)

белгісіз (неизвестно)

антиагрегантты терапия (антиагрегантную терапию)

жоқ (нет)

иә (да)

тұрақты емес (нерегулярно)

белгісіз (неизвестно)

статиндер (статины)

жоқ (нет)

иә (да)

тұрақты емес (нерегулярно)

белгісіз (неизвестно)

20. Емдеуге жатқызу түрі (Тип госпитализации):

1 – жоспары (плановая),

2 – ауру басталғаннан бастап алғашқы 40 минутта шұғыл (экстренная в первые 40 минут от начала заболевания),

3 – 40 минут – 3 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 40 минут - 3 часа),

4 – 3 сағат – 6 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 3 часа – 6 часов),

5 – 7 – 24 сағат ішінде шұғыл (экстренная в течение 7 - 24 час),

6 – 24 сағаттан кейін шұғыл (экстренная после 24 часов).

21. Осы жылы осы ауру бойынша емдеуге жатқызу (Госпитализация в данном году
по _____ по в о д у _____ дан н о г о _____ за б о л е в а н и я) :
1- алғашқы (впервые)

2 - екінші рет (повторно)

22. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-факторы

23. Түскен кездегі диагноз (Диагноз при поступлении): _____

_____ АХЖ-10 коды (код по
МКБ-10)

Ишемиялық инсульттың кіші түрі (Подтип ишемического инсульта):

атеротромбдық (атеротромботический)

артерио-артериялық эмболиялар (артерио-артериальные эмболии)

ми тамырларының тромбоздары (тромбозы мозговых сосудов) –

кардиоэмболикалық (кардиоэмболический) –

гемодинамикалық (гемодинамический) –

қуыстық (лакунарный)

гемореологиялық микроокклюзия түрі бойынша (по типу гемореологической микроокклюзии)

24. Емдеуге жатқызу күні және уақыты (Дата и время госпитализации) ____/____/____

(кк/мм/жж) (дд/мм/гг) (сағат, мин) (часы, мин)

25 Басқа стационардан ауыстыру (Перевод из другого стационара)

жоқ (нет)

иә (да)

қала ішінде (внутри города)

аймақтыңдыру бағыты бойынша ауыстырылды (переведен по маршруту регионализации) қала ішінде (внутри города)

А-аймағы (зона А) (100 км аз) (менее 100 км) _____

Б-аймағы (зона Б) (100 км жоғары) (более 100 км) _____

26. МҚЖБ алғашқы белгілерінің уақыты (индекстік жағдайдан бастап) уақыты _____
_____ сағат _____ мин

Время первых симптомов ОНМК (от индексного события) время _____ час _____
_ мин

27. Медициналық көмекке жүгіну уақыты (қоңырау шалу/өздігінен жүгіну) (кк/аа/)
_____ сағат _____ мин _____

время обращения за медицинской помощью (звонок/самообращение) (дд/мм/гг) _____
_____ час. _____ мин _____

28. Мед.персоналмен алғашқы байланыс жасау уақыты (Время первого контакта с мед.персоналом) кк/аа (дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин. _____

29. Жағдай орын алған орын (Место, где случилось событие)

үйде (дома)

жұмыста (на работе)

қоғамдың орында (в общественном месте)

басқа (др.)

30. Қауіп факторлары (Факторы риска).

Артериялық гипертензия (Артериальная гипертензия)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Қант диабеті (Сахарный диабет)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Қан аурулары (Заболевания крови)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Ірі тамырлардың тарылу өзгерістері

(Стенозирующие изменения магистральных сосудов)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Шылым шегу (Курение)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Алкоголь

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Артық дене салмағы (Избыточная масса тела)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Дислипидемия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Тұқым қуалау бейімділігі (Наследственная предрасположенность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары

(Случаи внезапной смерти в семье)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Гормондық алмастыру терапиясы (Гормональная заместительная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүктілік (Беременность)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Контрацептивтер (Контрацептивы)

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Басқалар (Другие) _____

31. Бұрын болған жүрек-тамарлы сыртартқы (Предшествующий сердечно-сосудистый анамнез)

Бұрын болған инсульт диагнозы

Предшествующий диагноз инсульта

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Транзиторлық ишемиялық өршу диагнозы

Предшествующий диагноз транзиторной

ишемической атаки

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Өткерген миокард инфаргі

Перенесенный инфаркт миокарда

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүректің ишемиялық ауруы

Ишемическая болезнь сердца

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

АКШ/ТКА

АКШ/ЧКВ

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

ЭКС/ИҚД

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек қақпақшаларының ауруы

Болезни клапанов сердца

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Кардиомиопатия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі

Хроническая сердечная недостаточность

жоқ (нет)

иә (да) (NYNA бойынша ФК

I,

II,

III,

IV)

белгісіз (неизвестно)

Жүрекшелер фибрилляциясы

Фибрилляция предсердий

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жыпылықтау аритмиясы

Мерцательная аритмия

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

32. Ілеспелі патология (сопутствующая патология)

Диагнозы _____

АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)

33. Түсу кезіндегі ағымдағы жай-күйі (Текущее состояние при поступлении)

34. Глазго комасы шкаласы бойынша естің деңгейі (Уровень сознания по шкале комы Глазго)

Балл _____

15 баллдан бастап– есі айқын (от 15 баллов – сознание ясное)

13-тен – 14-ке дейін – орташа есеңгіру (от 13 до 14 - оглушение умеренное) ,

10-нан – 12-ке дейін терең есеңгіру (от 10 до 12 - оглушение глубокое)

8-ден – 9-ға дейін сопор (от 8 до 9 – сопор)

6-дан – 7-ге дейін қалыпты кома (от 6 до 7-кома умеренная),

4-тен – 5-ке дейін терең кома (от 4 до 5 - кома глубокая),

.3-тен – терминалды кома (От 3 - кома терминальная)

35. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS):

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

NIHSS шкаласы бойынша баллды көрсету (Указать балл по шкале NIHSS) _____

36. Рэнкин шкаласы (Шкала Рэнкина)

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень - наличие выраженных признаков инвалидности)

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

37. Дисфагия (бір жұтым суды кедергісіз ішеді) (может выпить глоток воды без затруднений)

жоқ (нет)

Иә (Да)

38. Физикалық деректері (түсу кезінде) Физикальные данные (при поступлении)

ЖЖЖ (ЧСС) минутына _____ соғу (уд.в мин.)

Систолалық АҚ (АД систолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.) диастолалық (диастолическое) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.), орта АҚ (среднее АД) _____ сын.бағ.мм.(мм.рт.ст.).

ТҚЖ (ЧДД) минутына _____ (в мин.)

Температура _____ Цельсий градусы (градусов цельсия)

39. Негізгі диагностикалық іс-шаралар (Основные диагностические мероприятия):

1. Гематокритпен және тромбоциттерді есептеумен жалпы қан талдамасы (ЖҚТ)

Общий анализ крови (ОАК) с гематокритом и подсчетом тромбоцитов

жоқ (нет)

иә (да)

2.глюкоза

жоқ (нет)

иә (да)

3.коагулограмма

жоқ (нет)

иә (да);

а)ПВ-МНО

жоқ (нет)

иә (да);

б)АЧТВ

жоқ (нет)

иә (да);

в)Фибриноген

жоқ (нет)

иә (да);

4. электролиттер

жоқ (нет)

иә (да);

40. Аспаптық зерттеу әдістері (Инструментальные методы исследования)

41. ЭКГ

жоқ (нет)

иә (да);

Ырғақ (Ритм)

синусты (синусовый)

жүрекшелер фибрилляциясы (фибрилляция предсердий)

электрокардиостимулятор (ЭКС) ырғағы (ритм электрокардиостимулятора (ЭКС))

басқа (др.)

белгісіз (неизвестно)

42 .УДДГ (УЗДГ)

Бассүйекішілік тамыр стенозын нақтылайтын деректер

Данные, подтверждающие стеноз интракраниального сосуда

жоқ (нет)

иә (да)

Экстраракраниалды тамыр стенозын нақтылайтын деректер

Данные, подтверждающие стеноз экстракраниального сосуда

жоқ (нет)

иә (да)

43. ТИӨ кезіндегі ЭКГ холтері (Холтер ЭКГ при ТИА)

жоқ (нет)

иә (да);

44. Бастың бассүйекішілік тамырларының ТКДГ (ТКДГ интракраниальных сосудов головы)

жоқ (нет)

иә (да);

45. Жүректі УДЗ (сыртартқысында түбегейлі патологиясы бар пациенттерге ғана)

УЗИ сердца (только пациентам с наличием кардиальной патологии в анамнезе)

жоқ (нет)

иә (да);

46. Компьютерлік Томография (КТ) Компьютерная Томография (КТ)

жоқ (нет)

Иә (Да)

Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

а) ағымдағы жағдайдағы инфаркт

инфаркт в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

ағымдағы жағдайдағы қан кету

кровоизлияние в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

б) Қан кету сипаттамасы (Характер кровоизлияния)

субарахноидальдық (субарахноидально)

паренхиматозды (паренхиматозное)

ми діңгегі (ствол мозга)

вентрикулярлы (вентрикулярное)

субтенториальды (субтенториальное)

47 МСКТ

жоқ (нет)

иә (да)

Аневризманы (Аневризму)

жоқ (нет)

иә (да)

АВМ

жоқ (нет)

иә (да)

Тамырлар стенозы (стеноз сосудов)

жоқ (нет)

иә (да)

Тамырлар окклюзиясы (окклюзию сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

48 Магниттік-резонансты томография (МРТ)

жоқ (нет)

иә (да) Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

инфаркт

жоқ (нет)

иә (да)

қан кету (кровоизлияние)

жоқ (нет)

иә (да)

аневризма

жоқ (нет)

иә (да) , АВМ

жоқ (нет)

иә (да),

тамыр стенозы (стеноз сосуда)

жоқ (нет)

иә (да),

тамыр тромбозы (тромбоз сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

49. Селективті церебральды ангиография (СЦА)

жоқ (нет)

Иә (Да) Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

Бассүйекішілік тамырының тромбозы (тромбоз интракраниального сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

Экстракраниальды тамырдың тромбозы (тромбоз экстракраниального сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

аневризма

жоқ (нет)

иә (да)

АВМ

жоқ (нет)

иә (да)

АВ жыланкөз (АВ фистулу)

жоқ (нет)

иә (да)

Бассүйекішілік тамырының стенозы (стеноз интракраниального сосуда)

жоқ (нет)

иә (да)

50. Кеуде ағзаларына рентгенография жүргізу (Рентгенография органов грудной клетки)

жоқ (нет)

иә (да)

51 Стационарға түскеннен кейін 24 сағаттан соң жай-күйді бағалау (Оценка состояния через 24 часа после поступления в стационар)

52. Систолалық АҚ (АД систолическое) _____мм.рт.ст. диастолалық (диастолическое) _____мм.рт.ст., САД _____мм.рт.ст.

53. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS):

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

NIHSSшкаласы бойынша балл(Балл по шкале NIHSS)_____

54. Компьютерлік томография (КТ)

жоқ (нет)

иә (да) Күні (Дата) _____(кк/аа) (дд/мм/) _____сағат (час.) _____мин

Ағымдағы жағдайдағы инфаркт

Инфаркт в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жергілікті геморрагиялар

Локальные геморрагии

контрасты жоқ (нет контраста)

тек транссудация (только

транссудация)

белгісіз (неизвестно)

жоқ (нет)

Жойылған геморрагиялар

Удаленные геморрагии

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

55. Магниттік-резонансты томография (МРТ)

жоқ (нет)

иә (да) Күні (Дата) _____ (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин

Ағымдағы жағдайдағы инфаркт

Инфаркт в текущий момент

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

Жергілікті геморрагиялар

Локальные геморрагии

контрасты жоқ (нет контраста)

тек транссудация (только

транссудация)

белгісіз (неизвестно)

жоқ (нет)

Жойылған геморрагиялар

Удаленные геморрагии

жоқ (нет)

иә (да)

белгісіз (неизвестно)

56. Емдеу (Лечение)

57. Дәрілік терапия (Медикаментозная терапия)

Гипотензивті терапия (Гипотензивная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

Антиагрегантты терапия (Антиагрегантная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

Антикоагулянтты терапия (Антикоагулянтная терапия)

жоқ (нет)

иә (да)

Статиндер (Статины)

жоқ (нет)

иә (да)

58. Жеке оңалту бағдарламасының картасы (Карта индивидуальной программы реабилитации)

МДК мамандарының тексеріп-қарау уақыты (Время осмотра специалистов МДК)

невролог

нейрохирург

реабилитолог күні (дата) _____

логопед күні (дата) _____

эрготерапевт күні (дата) _____

психиатр күні (дата) _____

иньекциясымен рефлексотерапевт (игло-рефлексотерапевт)

кинезиотерапевт күні (дата) _____

59..Оңалтудың жеке бағдарламасы (Индивидуальная программа реабилитации):

60. Негізгі іс-шаралар (Базовые мероприятия)

бағдарланған (позиционирование)

кезең-кезеңмен сатылы (поэтапная вертикализация)

жеке ЕФК (ЛФК индивидуально)

61. Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде (При нарушении речи)

логопед-афазиолог немесе (или) нейропсихолог

диагностика

сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению речи, чтения, письма)

62. Қозғалыс бұзушылықтары кезінде (При двигательных нарушениях)

эрготерапевт

өзіне-өзі қызмет етудің тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания)

кинезиотерапевт

жеке пассивті және активті ЕФК, аяқ-қолдарды механикалық жұмыс істетуге (индивидуальная пассивная и активная ЛФК, механоразработка верхних и нижних конечностей)

биобасқару (биоуправление), электростимуляция

артропатияларды емдеу (лечение артропатий)

63. Аяқ-қолдардағы күш нормадан төмен болған кезде (При снижении ниже нормы силы в конечностях)

Физиотерапевт

физиотерапия

Аяқ-қолдардың спастикасы және контрактурасы болған кезде мыналарды тағайындайды

При наличии спастики и контрактур в верхних и нижних конечностях назначают

буындарды механикалық жұмыс істетуге (механоразработка суставов)

массаж

ЕФК (ЛФК)

жылумен емдеу (теплолечение)

64. Оңалту потенциалын айқындау (Определение реабилитационного потенциала)

қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру)

(благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

қолайсыз (үйде күтім жасау)

(неблагоприятный (уход на дому)

Оңалту алдында жай-күйді бағалау бойынша тесттер (Тесты по оценке состояния перед реабилитацией)

а)Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 — выраженной зависимости)

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 — умеренной зависимости)

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 — легкой зависимости)

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности)

б) Психикалық жай-күйдің тесті-мини-схемасы (ПЖМИ) (Тест-мини-схема психического состояния (МИПС) Mini-Mental State Examination (MMSE)

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заклучение)

28-30- когнитивті функцияларының бұзылулары жоқ (нет нарушений когнитивных функций)

24-27 деменция алдыңғы когнитивтібұзылулар (преддементные когнитивные нарушения)

20-23-сипаты жеңіл дәрежедегі деменция (деменция легкой степени выраженности)

11-19-сипаты қалыпты деңгейдегі деменция (деменция умеренной степени выраженности)

0-10- ауыр деменция (тяжелая деменция)

в) Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл)_____

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заклучение)

-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)

от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления)

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі

Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

Баллды көрсету (указать балл)_____

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень - наличие выраженных признаков инвалидности)

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

65. Тромболитикалық терапия (Тромболитическая терапия)

Жоқ (нет), тромболикалық терапия жүргізілмеу себептері (причины, по которым не была проведена тромболитическая терапия)

Иә (да)

66. Интравенозды тромболизис (Интравенозный тромболизис)

Иә (да), терапияны бастау күні және уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа)(дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

б) препарат атауы (наименование препарата):

альтеплаза (актилизе)

тенектеплаза

ретеплаза

в) доза

толық доза (полная доза) _____

жарты доза (половинная доза) _____

67. Интраартериялық тромболизис (Интраартериальный тромболизис)

жоқ (нет), себептерін көрсету (указать причины) _____

Иә (Да) терапияны бастау күні және уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) _____ сағат (час.) _____ мин.

терапияны аяқтау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) _____
__сағат (час.) _____мин.

б) препараттың атауы (наименование препарата):

Альтеплаза (Актилизе)

Тенектеплаза

Ретеплаза

в) дозасы (доза)

толық доза (полная доза) _____

жарты доза (половинная доза) _____

68. Тромболизис асқынуларының болуы (Наличие осложнений тромболизиса)

жоқ (нет)

иә (да), түрін көрсету қажет (указать какие) _____

69. Тромболизис жасағаннан кейін бірінші тәулікте жай-күйді бағалау (Оценка состояния в первые сутки после проведения тромболизиса)

NIHSSшкаласы бойынша балл (Балл по шкале NIHSS) _____

70. Тромболизис жасағаннан кейін 24 сағаттан соң жай-күйді бағалау (Оценка состояния через 24 часа после проведения тромболизиса)

NIHSSшкаласы бойынша балл (Балл по шкале NIHSS) _____

71. Механикалық тромбэкстракция (Механическая тромбэкстракция)

жоқ (нет)

иә (да)

терапияны бастау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) ____
____ сағат (час.) ____ мин

терапияны аяқтау күні мен уақыты (дата и время начала терапии) (кк/аа) (дд/мм/) ____
____ сағат (час.) ____ мин.

72. Нейрохирургиялық операцияның атауы (Название нейрохирургической операции)

_____ АХЖ-9 операциясының коды (код операции МКБ-9)

Жоқ (нет)

Иә (да) күні (кк/мм) дата (дд/мм/) _____ сағат (час) _____

шұғыл (экстренно)

ауру басталғаннан кейін 6 сағатқа дейін (до 6 часов от начала заболевания)

24 сағатқа дейін (до 24 часов)

72 сағаттан артық (свыше 72 часов)

73. Операциямен байланысты асқынулар (Осложнения связанные с операцией): _____

74. Емдеуге жатқызу кезіндегі асқынулар (Осложнения на госпитальном этапе).

Повторное ОНМК	Иә (да) Жоқ (нет) Белгісіз (неизвестно)
М и о к а р д Инфаркт миокарда	и н ф а р г і Иә (да) Жоқ (нет) Белгісіз (неизвестно)
Ө А Т Б ТЭЛА	Иә (да) Жоқ (нет) Белгісіз (неизвестно)
Пневмония	Иә (да) Жоқ (нет) Белгісіз (неизвестно)
Ж а у ы р ж а р а Пролежни	Иә (да) Жоқ (нет) Белгісіз (неизвестно)
Сепсис	Иә (да) Жоқ (нет) Белгісіз (неизвестно)

Геморрагиялық трансформация Геморрагическая трансформация	Иә (да) Жоқ (нет) Белгісіз (неизвестно)
Б а с қ а Другое	Иә (да) Жоқ (нет) Белгісіз (неизвестно)

Шығару кезіндегі жай-күйді бағалау бойынша тесттер (Тесты по оценке состояния при выписке)

75. а)NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS), балл _____ :

0-3- ең төменгі тапшылық (дефицит минимальный)

4-10: орташа тапшылық (дефицит средний)

10-21: ауыр тапшылық (дефицит тяжелый)

>21: өте ауыр тапшылық (дефицит крайне тяжелый)

б)Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл)_____

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 — выраженной зависимости)

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 — умеренной зависимости)

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 — легкой зависимости)

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности)

в) Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл)_____

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заклучение)

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді)

от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек)

от 6 до 10 -требуется присмотр (вербальная помощь);

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады)

11 и более -независим (может использовать вспомогательные приспособления).

г) Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды көрсету

Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл _____

Жоқ (нет)

Иә (да) қорытынды (заключение)

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков инвалидности)

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких признаков инвалидности)

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно выраженные признаки инвалидности),

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень -наличие выраженных признаков инвалидности)

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно выраженные признаки инвалидности)

76. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз):

	Диагнозы	АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)	АХЖ-10 бойынша нақтылау коды Уточняющий код по МКБ-10
Қорытынды клиникалық диагноз (инсульт түрі) Заключительный клинический диагноз (тип инсульта)		1.	
		2.	
Ишемиялық инсульттың кіші түрі Подтип ишемического инсульта			
Асқынулар Осложнения			
Ілеспелі ауру 1 Сопутствующее заболевание 1	1		
Ілеспелі ауру 2 Сопутствующее заболевание 2	2		

	Диагнозы	АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

77. Қорытындылар (Исходы):

78. Ауруханада болу қорытындысы (исход пребывания):

шығарылды (выписан),

қайтыс болды (умер) қорытынды күні (дата исхода) _____ (кк/аа/жж) (дд /мм/тт) _____ сағат (час.) _____ мин.

а) шығарылды, оның ішінде (выписан, в том числе):

басқа стационарға шұғыл ауыстыру (МҰ атауы) (экстренный перевод в другой стационар (наименование МО) _____

басқа стационарға шұғыл емес ауыстыру (неэкстренный перевод в другой стационар (наименование МО) _____

оңалту (реабилитация)

өз бетімен күтім жасау (самовольный уход)

б)

қайтыс болды (умер) Аутопсия жасалды (Аутопсия проводилась):

Жоқ (нет)

Иә (Да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/тг) _____ сағат (час.) _____ мин.

	Диагнозы	АХЖ-10 бойынша код (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

79. Емдеу қорытындысы (Исход лечения):

сауығу (выздоровление),

жақсару (улучшение),

өзгеріссіз (без перемен),

нашарлау (ухудшение),

қайтыс болу (смерть)

80. Өткізген төсек-күн (Проведено койко-дней) _____

81. Бөлімше (Отделение): _____

атауы (наименование) _____

82. Төсек бейіні (Профиль койки): _____ Код _____

83. Нейрореанимацияда болды (Находился в нейрореанимации) (ПИТ/БИТ)::

жоқ (нет) ,

иә (да) күн саны (количество дней) _____

84. Дәрігер (Врач): Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О.)(при его наличии) _____ Код _____ Қолы (Подпись)

85. Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О.)(при его наличии) _____ Код _____ Қолы (Подпись) _____

Стационардан шыққан
пациенттің статистикалық
қартасының қосымша парақ
Вкладной лист к статистической
карте выбывшего из стационара

Күндізгі стационарда және үйдегі стационарда
емдеуден өткен адамның статистикалық картасы
Статистическая карта прошедшего лечение в дневном
стационаре и стационаре на дому №__

Күндізгі стационар: емханада

ауруханада

Дневной стационар: при поликлинике при больнице

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған
емдеуге жатқызу коды
Код госпитализации, определенный
Бюро госпитализации

1. Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты

(Отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / ____ / ____ / ____ / 3. Жынысы (Пол):

ер (муж)-1, әйел (жен)-2 кк/аа/жжжж (дд/мм/ттгг)

4. Ұлты (Национальность) _____ 5. Тұрғыны (Житель):

қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6. ЖСН (ИИН)

____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Медициналық тіркеу нөмірі

|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

(Регистрационный медицинский номер)

8. Мекенжайы (Место жительства) _____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область,

административный район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, квартира)

9. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным

трудом), 8 - табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочее).

10. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ) – 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 9, қоныс аударушылар (переселенцы) – 10, басқалар (прочее) – 99.

11. Тіркелген, БМСК көрсететін, МҰ-ның коды мен аты (Код и название

МО прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

| _____ |

12. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Проходил лечение в дневном стационаре в данном году по поводу данного заболевания): бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2.

13. Емді бастаған күні (Дата начала лечения) ____/____/____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

14. Емді аяқтаған (қайтыс болған) күні (Дата окончания лечения

(смерти)) ____/____/____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

15. Өткізген күндері (Проведено дней) _____.

16.	Диагноз	10-ХАЖ (код по МКБ-10)	коды
Қорытынды клиникалық диагноз Клинический диагноз			
Асқынулар Осложнения			
Қосалқы сырқаты Сопутствующее заболевание 1	1		
Қосалқы сырқаты Сопутствующее заболевание 2	2		
Патологоана- томиялық диагноз/өлім себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти			

17. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция)

Күні Дата Уақыты Время	Операцияның аты мен коды Название и код операции	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның түрі: 1-шұғыл, 2-жоспарлы Тип операции: 1-экстренная , 2-плановая	Операциядан кейінгі асқынулар Послеоперационное осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)	Дәрігер- лердің коды Коды врачей
Хирургиялық операциялар Хирургические операции						
___/___/___ ___:___						хирург
Код						ассистент
___/___/___ ___:___						анестезиолог
Код						хирург
						ассистент
Код						анестезиолог

18. МЭХ (МЭП) № _____, КШТ (КЗГ) № _____

19. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

19.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

Медициналық техниканың коды	Медициналық техниканың атауы	Қызметінің коды	Қызметінің атауы	Саны
№ К о д медицинской техники	Наименование медицинской техники	Код услуги	Наименование услуги	Количество
1 2	3	4	5	6

20. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМС келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) (астын сызыңыз) (подчеркнуть).

21. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): (жазылумен) выздоровление – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) - 5, перевод в стационар (указать какой)

_____ 20____ жылғы (года) " ____ " _____

22. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов):

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Ө л ш е м б і р л і г і Е д и н и ц а измерения	С а н ы Количество

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Ө л ш е м б і р л і г і Е д и н и ц а измерения	С а н ы Количество

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Ө л ш е м б і р л і г і Е д и н и ц а измерения	С а н ы Количество

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) _____
Код _____ Қолы (Подпись) _____

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО)

Код _____ Қолы (Подпись) _____

Күндізгі стационардан шыққан адамның картасы
066-4/е нысанын толтыру бойынша нұсқаулық

Күндізгі стационардан шыққан адамның картасы (бұдан әрі - СШК) босағандар мен жаңа туған нәрестелерді қоса алғанда стационардан шыққандардың барлығына толтырылады.

Күндізгі стационар атауы: медициналық ұйымның толық және қысқаша ресми атауы жіберіледі.

ҚҰЖЖ коды: ұйымның статистикалық картасынан қойылады.

Күндізгі стационардың орналасқан жері көрсетіледі (емхана немесе аурухана жанында).

СШК нөмірі: күндізгі стационар (№ 003-1/е нысаны) және үйдегі стационар (№ 003-1/е) науқасының карта нөмірімен сәйкес келуі тиіс.

1-6, 8-10 тармақтар: науқастың жеке басын куәландыратын және сөзінен құжаттар деректері.

"Медициналық тіркеу нөмірі": жоспарланатын жеке медициналық карта үшін ұсынылған.

11-15 тармақтар: күндізгі стационар (№ 003-1/е нысаны) және үйдегі стационар (№ 003-1/е) науқасының картасы негізінде толтырылады. Жіберген ЕПҰ мен бекітілген ЕПҰ коды және атауы, бөлімше түрі мен төсек бейінінің коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

16-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

17-тармақ: Диагносттарды кодтау үшін 10-ХАЖ қолданылады.

18-тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

19-20-тармақтар: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады 16-тармақ: Хирургиялық операция коды ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі. Егер операциялық араласу бірнеше рет болса, онда басқа операцияларға қарағанда операция күніне тәуелсіз, бірінші рет толтырылуы қажет "Негізгі операция" белгіленеді.

17-тармақ: МЭХ (медициналық-экономикалық хаттама) коды әрекеттегі ережелерге сәйкес ҚР ДСМ анықтамалығынан меншіктеледі.

18-тармақ: стационарлық науқастың медициналық картасы негізінде толтырылады.

21-тармақ: Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектер әрекеттегі ережелер мен анықтамалықтарға сәйкес толтырылады. Тіркеуге тек клиникалық бөлімшеге (зертхана, рентген, УДЗ және басқалар) қатысты сыртқы қызметтер жатады. Клиникалық бөлімше жұмысының көлеміне кіретін қызметтер (инъекциялар, антропометрия, АҚҚ өлшеуіш, дәрігердің тексеруі және т.б.) клиникалық бөлімше қызметтерінде әлдеқашан ескерілген және толтыруға жатпайды. Көрсетілген қызметтер мен манипуляциялар, қолданылған дәрі-дәрмектер туралы деректерді енгізу үшін орын жетіспесе, Көрсетілген қызметтер парағын қосымша бетпен кеңейту керек.

22-23-тармақтар: Емдеуші дәрігер мен бөлімше меңгерушісінің тегі, аты, әкесінің аты. Дәрігерлер коды медициналық ұйымның ішкі анықтамалығына сәйкес қойылады.

Ескерту: нысан ұйым бейініне сәйкес толтырылады және басып шығарылады.

Инструкция по заполнению формы 066-4/у
"Карты выбывшего из стационара дневного пребывания"

Карта выбывшего из стационара дневного пребывания (далее - КВС) заполняется на всех выбывших из стационара, включая родильниц и новорожденных детей.

Наименование стационара дневного пребывания: допускается полное и краткое официальное наименование медицинской организации.

Код ОКПО: проставляется из статистической карты организации.

Указывается место расположения дневного стационара (при поликлинике или при больнице).

Номер КВС: должен совпадать с номером карты больного дневного стационара (форма № 003-1/у) и стационара на дому (форма № 003-1/у).

Пункты 1-6, 8-10: данные из документов, удостоверяющих личность и со слов больного.

Регистрационный медицинский номер: предназначен для планируемых индивидуальных медицинских карт.

Пункты 11-15: заполняются на основании карты больного дневного стационара (форма № 003-1/у) и стационара на дому (форма № 003-1/у). Коды и название направившего ЛПО и ЛПО прикрепления, код типа отделения и профиля коек присваивается из справочника МЗ РК.

Пункт 16: код МЭП (медико-экономического протокола) присваивается из справочника МЗ РК в соответствии с действующими правилами.

Пункт 17: для кодирования диагнозов применяется МКБ-10.

Пункт 18: код хирургической операции присваивается из справочника МЗ РК.

Пункты 19-20: заполняются на основании медицинской карты стационарного больного.

Пункт 21: лист оказанных услуг и медикаментов заполняется в соответствии с действующими правилами и справочниками. Регистрации подлежат только услуги, внешние по отношению к клиническому отделению (лаборатория, рентген, УЗИ и прочее). Услуги, входящие в объем работы клинического отделения (инъекции, антропометрия, измерение АД, осмотр врача и прочее), уже учтены в услугах клинического отделения и не подлежат заполнению. При недостатке места для внесения данных о проведенных услугах и манипуляциях, использованных медикаментов необходимо расширить Лист оказанных услуг дополнительным вкладышем.

Пункт 22-23: фамилия, имя, отчество, подпись лечащего врача и заведующего отделением. Коды врачей проставляются в соответствии с внутренним справочником медицинской организации.

Примечание: форма заполняется и распечатывается в соответствии с профилем организации.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-1/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 066-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Примечание. Форма ведется в электронном виде

НАРКОЛОГИЯЛЫҚ СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АДАМНЫҢ СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА № _____

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған

емдеуге жатқызу коды

Код госпитализации, определенный

Бюро госпитализации

1. Тегі (Фамилия) _____

—

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

—

2. Туған күні (Дата рождения) / _____ / _____ / _____ /

кк/аа/жжжж (дд/мм/гггг)

3. Жынысы (Пол): ер (муж) - 1, әйел (жен) - 2

4. Ұлты (Национальность) _____

—

5. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

6. ЖСН (ИИН)

7. Медициналық тіркеу нөмірі

(Регистрационный медицинский номер)

8. Мекенжайы (Место жительства) _____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна,

область, административный район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

9. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащий), 2 - жұмыскер (рабочий), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионер), 5 - оқушы (учащийся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 8 - табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработный), 10 - басқалар (прочие).

9А. Білімі (образование): орта мектепте неше сынып бітірді (число законченных классов средней школы), оқымады (не учился) - 1, ми қабілетінің кемшілігі бар балаларға арнаулы мектеп (школа для умственно отсталых) - 2, арнайы орта (среднее специальное) - 3, аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее) - 4, жоғары (высшее) - 5, тағы басқа (прочее) – 6.

10. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСМ (ИВОВ) – 1, ҰОСҚ (УВОВ) – 2, интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист) – 3, бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 4, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 5, сәуле әсерін алған адам (лица, подвергшиеся радиации) – 6, ҰОСҚ теңестірілген адамдар (лица, приравненные к УВОВ) – 7, әскерге шақырылушы (призывник) – 8, еңбек мүгедегі (инвалид труда) – 9, қоныс аударушылар (переселенцы) – 10, басқалар (прочее) – 99.

11. Пациент жолданды (Пациент направлен): БМСК (ПМСП) - 1, КДК (КДП) - 2, өзі қаралды (сам обратился) - 3, жедел жәрдемнен (скорой помощью) - 4, басқа стационардан (другим стационаром) - 5, әскери комиссариаттан (военкоматом) - 6, басқалар (прочие) - 8, нарколог-дәрігер (врачом наркологом) - 9, сот органдары (судебные органы) - 10, құқық қорғау органдары (правоохранительными органами) - 11, үкіметтік емес ұйымдар (неправительственные организации) - 12 (астын сызыңыз (подчеркнуть)).

11А. Жолдаудың мақсаты (Цель направления): детоксикация (детоксикация) - 1, медициналық әлеуметтік оңалту (медико-социальная реабилитация) - 2, мәжбүрлеп емдеу (принудительное лечение) - 3, наркологиялық сараптама (наркологическая экспертиза) - 4, жолдаудың басқа мақсаттары (другие цели направления) - 5, (астын сызыңыз (подчеркнуть)).

12. Жолдаған ЕПҰ-ның коды мен аты: _____

Код и название направившего ЛПО: _____|_____

13. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей _____

организации) (10-ХАЖ коды (код МКБ-10) |_____

14. Тіркелген, БМСК көрсететін, МҰ-ның коды мен аты (Код и название

МО прикреплении, оказывающей ПМСП) _____

_____ | _____

15. Ауруханаға жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начало заболевания), 3 - шұғыл түрде 7 - 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7 - 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов)

16. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) (10 - ХАЖ коды (код по МКБ - 10)

17. Ауруханаға жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации)

_____/_____/_____ ____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

18. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты:(Дата и время выписки

(смерти))_____/_____/_____ ____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, мин (часы, мин)

19. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) _____

—

20. Бөлімше (Отделение): _____ Код _____

атауы (наименование) | _____ |

21. Төсек бейіні (Профиль койки): _____ Код _____

—

| _____ |

22. Реанимацияда болды ма (Находился ли в реанимации): иә (да), жоқ

(нет), күндері (дней) _____.

23.	Диагноз	10-ХАЖ (код по МКБ-10)	коды
1. Қорытынды клиникалық диагноз Заключительный клинический диагноз			
2. Асқынулар Осложнения			
3. Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1			
4. Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2			
5. Патологоанатомиялық диагноз Патологоанатомический диагноз/причина смерти			

23 А. Есірткіні пайдалану түрі (Вид употребляемого наркотика):

Есірткінің түрі (Вид наркотика)	Тұрақты пайдалану мерзімі (жыл)	Есірткіні алғашқы пайдаланған жасы	Пайдалану тәсілі	Пайдалану жиілігі

		(Срок регулярного употребления (год)	(Возраст первой п р о б ы наркотика)	(Способ употребления)	(Частота потребления)
Негізгі есірткі Основной наркотик					
Басқа есірткі (1) Другой наркотик (1)					
Басқа есірткі (2) Другой наркотик (2)					
1-каннабис (каннабис) 2-героин (героин) 3- апиын (опий) 4-басқа апиындар (другие опиаты) 5-эфедрон (эфедрон) 6-амфетаминдік қатардағы заттар (экстази, метамфетамин, амфетамин) (вещества	амфетами- нового ряда (экстази, метамфетамин, амфетамин) 7- колдан жасалған стимуляторлар (норэфедрон , фенилпропаноламин және	жаңа басқа) (кустарно изготовленные стимуляторы (норэфедрон, фенилпропаноламин и другие) 8-кокаин (кокаин) 9-барбитураттар (барбитураты) 10- басқа седативтілер (другие седативные)	11-барлық галлюциногендер (в с е галлюциногены) 12-ЛСД (ЛСД) 13-ұшып кететін заттар м е н ингалянттар (летучие вещества и ингалянты)	1-ине арқылы (инъекции) 2-шегу арқылы (курение) 3-пероральды (перорально) 4-демалу (арқылы (путем вдыхания)	1-әр күн сайын (ежедневно) 2- аптасына 2-6 күн (2-6 раз в неделю) 3- аптасына 1 күн және кем (1 раз в неделю и меньше) 4- сонғы 30 күн пайдаланбады (н е употреблял последние 30 дней) 9- белгісіз (неизвестно)
1 S – синтетические каннабиноиды					
7 S – синтетические стимуляторы					

24. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да) - 1, жоқ (нет) - 2.

24.1 Жазба актісінің (№, дата акта записи) № _____

күні ____/____/____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

25. МЭХ (МЭТ) № _____,

КШТ (КЗГ) № _____

—

26.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) (заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

27. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқа (прочие) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

28. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания): шықты (выписан) – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4

29. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): (жазылумен) выздоровление – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен (ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) - 5

33. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов):

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	С а н ы Количество

Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы

(Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	С а н ы Количество

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	Өлшем Количество	б і р л і г і

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО)_____ Код_____

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением) ТАӘ (ФИО)_____ Код_____

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-2/е нысаны медициналық құжаттама	

Ұйымның атауы	Медицинская	документация
Наименование организации	Ф о р м а	0 6 6 - 2 / у
	утверждена приказом и.о. Министра	
	здравоохранения Республики Казахстан	от
	"23" ноября 2010 года № 907	

Форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ОНКОЛОГИЯЛЫҚ СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АДАМНЫҢ КАРТАСЫ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған

емдеуге жатқызу коды

Код госпитализации, определенный

Бюро госпитализацией

Сырқатнаманың № (№ истории болезни) _____ МТН (РМН)

ЖСН (ИИН)

ҒЗИ үшін квота № (Для НИИ № квоты)	_____ әдеттегі (обычная);
Ж М М К	(В С М П) ;

01.Тегі (Фамилия)_____Аты (Имя)_____Әкесінің аты (Отчество)_____

02. Туған күні (Дата рождения): күні (число)_____ айы (месяц)_____ жылы (год)_____

—

03. Жынысы (Пол):

ер (мужской); әйел (женский)

04. Бойы (Рост) _____ 05. Салмағы (Вес) _____ 06. Ұлты (Национальность) _____

07. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), бір жасқа дейінгі баланы

емізетін анамен (бар/жоқ)/Госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком (да/нет), с

кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет).

08. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): қызметкер (служащий); жұмысшы

(рабочий); ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

зейнеткер (пенсионер); оқушы (учащийся); үй шаруасындағы әйел (домохозяйка);

жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом);
табынушы

(служитель культа); жұмыссыз (безработный); басқа (иное).

09. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): почтовый индекс

_____, обл. _____, ауданы (район) _____,
елді

мекені (населенный пункт) _____, көшесі (улица) _____,
үйінің

(дом) № _____, пәтерінің (кв.) № _____, тел. _____

10. Тұрғыны (Житель): қаланың (города); ауылдың (села);

10.1. Тіркелген, МСАК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен аты (Код и
название

медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП) _____

11. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): ҰОСҚ (УВОВ); ҰОСМ (ИВОВ)
;

интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист); басқа (иное);

12. Кім жолдады (Кем направлен): МСАК (ПМСП); КДЕ (КДП); жедел жәрдем (скорой

помощью); басқа стационар (другим стационаром); басқалар (прочие);

13. Науқасты жолдаған МҰ-ның коды мен атауы (Код и название направившей МО)

13.1. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-О) _____

14. Стационарға түскен күні (Дата поступления в стационар): күні (число) _____ айы

(месяц) _____ жылы (год) _____

15. Стационардан шыққан немесе қайтыс болған күні (Дата выписки из стационара или

смерти): күні (число) _____ айы (месяц) _____ жылы (год) _____

Өткізген төсек күндері (Проведено койко-дней): _____

16. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): бюджет; квота; ақылы

(платный); ЕМҚ келісім шарт бойынша (по договору ДМС), басқа (прочий)

17. Бөлімше (Отделение): _____

18. Төсек бейіні (Профиль) койки: _____

19. Ауруханаға жатқызу түрі (Вид госпитализации): жоспарлы (плановый); жедел

(экстренный)

20. Үстіміздегі жылы осы ауру салдарынан ауруханаға жатқызылуы (Госпитализирован в

текущем году по поводу данного заболевания впервые): иә (да); жоқ (нет)

20.1. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ), бір жасқа дейінгі

баланы емізетін анамен (бар/жоқ)/Госпитализирован: с лицом по уходу за ребенком

(да/нет), с кормящей матерью ребенка в возрасте до 1 года (да/нет).

21. Осы қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет осы жолы ауруханаға жатқан кезеңде қ

ойылды (Диагноз данного злокачественного новообразования установлен впервые в жизни в

период данной госпитализации): иә (да); жоқ (нет)

22. Жатқызылу мақсаты (Цель госпитализации):

алғашқы ісікті емдеу (лечение первичной опухоли); алғашқы ісікті емдеуді жалғастыру (продолжение лечения первичной опухоли); аурудың қайталануын емдеу (лечение рецидива заболевания); аурудың қайталануын емдеуді жалғастыру (продолжение лечения рецидива заболевания); қосымша тексеру (дообследование); кейінгі асқынуларды емдеу (лечение поздних осложнений); еңбекке жарамды ету (реабилитация); басқа (другая);

23. Реанимация бөлімшесінде, бөлмесінде болды (Находился в реанимационном отделении,

палате): иә (да); жоқ (нет)

23.1.Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней): _____

24. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

(С81-96) – түрлілігін көрсету (указать вариантность) _____резистенттік

(резистентность) _____

24.1. Ісіктің орналасуы (Локализация опухоли) _____ АХЖ-10 шифрі (шифр

МКБ-О) _____

24.2. Ісіктің морфологиялық түрі (Морфологический тип

опухоли) _____ АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-О) _____

24.3. Ісік процесінің сатысы (Стадия опухолевого процесса):

I а	II а	III а	IV а	in situ	
I б	II б	III б	IV б		қолданыл-
I с	II с	III с	IV с	(неприменимо)	майды
I сатысы (стадия)	II сатысы (стадия)	III сатысы (стадия)	IV сатысы (стадия)		белгісіз
				(неизвестно)	

24.4. TNM жүйесі бойынша сатысы (Стадия по системе TNM): T₍₀₋₄₎ _____; N_(0-4x)

_____; M_(0, 1, x) _____

24.5. Алыс метастаздардың орналасуы (Локализация отдаленных метастазов):

24.5.1. Асқынған сатыда алғаш рет анықталған ісіктер үшін (для первичной опухоли запущенного процесса):

алыс лимфа түйіндері (отдаленные лимфатические узлы)	ми (головной мозг)	сүйек миы (костный мозг)	ішперде (брюшина)
сүйектер (кости)	бауыр (печень)	бүйрек (почка)	аналық бездер (яичники)
өкпе мен/немесе өкпеқап (легкие и/или плевра)	басқа ағзалар (другие органы)	тері қабаты (кожа)	көп санды (множественные) белгісіз (неизвестна)
24.24.5.2. Процестің өрістеуі кезінде (при прогрессировании процесса):			
алыс лимфа түйіндері (отдаленные лимфатические узлы)	ми (головной мозг)	сүйек миы (костный мозг)	ішперде (брюшина)
сүйектер (кости)	бауыр (печень)	бүйрек (почка)	аналық бездер (яичники)
өкпе мен/немесе өкпеқап (легкие и/или плевра)	басқа ағзалар (другие органы)	тері қабаты (кожа)	көпсанды (множественные) белгісіз (неизвестна)

24.6. Диагнозды растау әдісі (Метод подтверждения диагноза):

морфологиялық (морфологический); цитологиялық (цитологический);
рентгенологиялық

(рентгенологический). изотопты (изотопный); эндоскопиялық (эндоскопический);
УДЗ

(УЗИ); КТ ЯМРТ (КТ(ЯМРТ)) ; тек клиникалық (только клинический); мәйітті
ашу

(вскрытие); миелограмма (миелограмма); иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование);

иммунологиялық(иммунологический); цитогенетика(цитогенетика); цитохимия(цитохимия);

Қан/несептегі М-гардиент (М-градиент в крови/моче); Көпше миеломадағы Lg (Lg при множественной миеломе); ИГХ (ИГХ); лабораторлық диагностика (Онкомаркерлер)

(лабораторная диагностика (Онкомаркеры)); ПЭТ-КТ (ПЭТ-КТ).

24.7 (C81-96) – нұсқалықты көрсету (указать вариантность):-L1; -L2; -L3; -L4; -L5;

-M0; -M1; -M2; -M3; -M4; -M5; -M6; -M7

24.8 (C81-96) – қауіп тобы (группа риска): 1- стандартты (стандартный); 2–жоғары

(высокая);

24.9 – резистілік (резистентность):1-бірінші; 2-екінші.

25. Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания):_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10)

25.1. Қосалқы сырқаттардың кезеңі (период сопутствующих заболеваний): уақытша сауығу

(ремиссия); өршуі (рецидив);

сауығу (реконвалесценция).

26. Патологоанатомиялық диагнозы (Патологоанатомический диагноз):

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10)

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10)

26.1.Қайтыс болу себебі (Причина смерти)_____

АХЖ-10 шифрі (шифр МКБ-10) _____

26.2 Мәйітті ашпай (Без вскрытия)_____

27. Осы жатқызылу кезеңінде жүргізілген емнің сипаты (Характер проведенного лечения за

период данной госпитализации):

радикалды (радикальный)	паллиативті (паллиативный)	симптоматикалық басқасы (прочий)	(симптоматический)

27.1. Емдеу көлемі (Объем лечения): толық (полный) толық емес (неполный)

27.2. Толық емделмеу себебі (Причина неполного лечения): науқастың емдеуді

жалғастырудан бас тартуы (отказ больного от продолжения лечения) емдеу үстінде

аурудың үдеуі (прогрессирование заболевания на фоне лечения) емдеудің
асқынулары

(осложнения лечения)

28. Емдеу түрі (Вид лечения): хирургиялық (хирургическое), сәулелік (лучевое),

химиятерапиялық (химиотерапевтическое), біріктірілген (хирургиялық+сәулелік)

комбинированное (хирургическое+лучевое)), кешенді (хирургиялық+химиятерапиялық,

хирургиялық+химиятерапиялық+сәулелік) комплексное (хирургическое+химиотерапия,

хирургическое+химиотерапия+лучевое), химиясәулелі (химиолучевое), симптоматикалық

(симптоматическое), басқасы (прочее)

29. Өткізілген операция (Проведенная операция): _____

АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9) _____

күні (дата(____ жыл (года)/ ____ / ____ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____

_____ АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9)

күні (дата(____ жыл (года) / ____ / ____ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____

_____ АХЖ-9 шифрі (шифр МКБ-9)

күні (дата(____ жыл (года)/ ____ / ____ Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____

29.1. Арнаулы құралдарды қолдану (Использование специальной аппаратуры)_____

29.2. Анестезия:_____

Дәрігер-анестезиолог (Врач анестезиолог)_____

29.3. Хирургиялық емдеудің асқынулары (Осложнения хирургического лечения): ____

30. Сәулемен емдеу (Лучевое лечение): операция алдында (предоперационное);

операциядан кейін (послеоперационное);

өздігінен (самостоятельное).

30.1. Сәулемен емдеу курсының басталған күні (Дата начала курса лучевого лечения):

күні (число) _____ айы (месяц) _____ жылы (год)_____

30.2. Сәулелеу тәсілі (Способ облучения):

Сыртқы сәулелендіру (Облучение внешнее):

Қашықтықтан (дистанционное) , Қуыс ішілік сәулелендіру (Облучение

внутриполостное),

Тін ішілік сәулелендіру (Облучение внутритканевое): .

Тіркескен сәулелендіру (Облучение сочетанное): қашықтықтан + қуыс ішілік

(дистанционное + внутриполостное) , қашықтықтан+ тін ішілік (дистанционное +

внутритканевое) , сыртқы аппликациялық (внешнее аппликационное облучение) ;

Сәулелендірудің басқа түрі (другие способы облучения) ;

30.3. Сәулелік ем түрі (Вид лучевой терапии):

Фотондық (Фотонная): жақын фокустық рентгендік (рентгеновская
близкофокусная);

терең рентгендік (рентгеновская глубокая); жоғарғы энергиялы тежеулік
сәулелендіру

(тормозное излучение высоких энергий), терең энергиялы фотонды-тежеулік
сәулелендіру

(фотонно-тормозное излучение глубоких энергий);

Бетта-терапия;

Корпустық (Корпускулярная): электрондар (электроны), ауыр зарядталған

бөлшектермен терапия (терапия тяжелыми заряженными частицами), нейтрондармен

корпускулярлы терапия (корпускулярная терапия нейтронами);

Тіркескен (Сочетанная): фотондық + электрондар (фотонная + электроны);

протондар + гамма (протоны + гамма); нейтрондар + гамма (нейтроны + гамма);

Гамматерапия; Басқа (Другая)

30.4. Сәулелік ем әдісі (Методы лучевой терапии):

Үздіксіз (Непрерывная): тін ішілік (внутритканевая); қуыс ішілік

(внутриполостная); I^{131} ; Au^{198} ; басқа (другая).

Фракциялау (Фракционирование): дәстүрлі (традиционное); толық өтетін курспен

(со сквозным курсом); бөлшектенген курспен (с расщепленным курсом); Дәстүрлік емес

фракциялау (Фракционирование нетрадиционное): дозаны күндізгі бөлшектеу (дневное

дробление дозы); іріленген (укрупненное); динамикалық (динамическое); ірі-

сәулелік терапиямен фракциялау ($>5ГР$) (фракционирование лучевой терапии – крупное) ($>5ГР$);

Сәулелік ем (Лучевая терапия): тотальді (тотальная); субтотальді

(субтотальная); нысананы бірқалыпсыз сәулелендіру (с неравномерным облучением

мишени);

30.5. Радиомодификаторларды қолдану (Использование радиомодификаторов):

ГБО–радиомодификатор (радиомодификатор-ГБО); электронды- акцепторлы байланысқан

радиомодификатор (радиомодификатор - электроноакцепторное соединении);

радиомодификатор-гипертермия (радиомодификатор-гипертермия); радиомодификаторгипоксия

(радиомодификаторгипоксия); радиомодификатор-гипотермия

(радиомодификатор-гипотермия); радиомодификатор - дәрілік препараттар

(радиомодификатор-лекарственные препараты); радиомодификатор – иммуномодуляторлар

(радиомодификатор- иммуномодуляторы); радиофармпрепараттар (радиофармпрепараты);

АОК - антиоксидантты комплекс (АОК-антиоксидантный комплекс); тіркескен

радиомодификаторлар (сочетание радиомодификаторов); басқалар (другие);

30.6. Сәулелендірудің қосынды ошақтық дозасы (Суммарная очаговая доза облучения):

ісікке (2 таңба) (на опухоль (2 знака)) _____ топ (гр); метастаздарға (3 таңба) (на

метастазы (3 знака)) _____ топ (гр);

30.7. Сәулелік емдеудің асқынулары (Осложнения лучевого лечения): жергілікті

(местные); регионарлық лимфа

түйіндер (на регионарные лимфоузлы);

жалпы (общие); асқынусыз (без осложнений). Сәулелік ем терапевті (аты-жөні)

Лучевой терапевт (ФИО): _____

31. Химиятерапиялық емдеу курсының басталған күні (Дата начала курса

химиотерапевтического лечения): күні (число _____ айы (месяц) _____
_____ жылы

(год) _____

31.1. Химиятерапия түрі (Вид химиотерапии): емдік (лечебная); адьювантты

(профилактикалық) (адьювантная (профилактическая)) ; адьювантты емес

(неадьювантная);

31.2. Химиятерапия схемасы (Схема химиотерапии) _____

31.3. С91-95.9) үшін химиятерапия бойынша емдеу сатылары (Этапы лечения по

химиотерапии для: (С91-95.9)) а) индукция (индукция); б) консолидация (консолидация);

в) реиндукция (реиндукция); г) қолдаушы терапия (поддерживающая терапия);

д) қайталануға қарсы курс (противорецидивный курс); е) симптоматикалық терапия

(симптоматическая терапия);

31.4.

Препаратты атауы (Наименование препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения)*	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

*) 1-бұлшық ет ішіне (внутримышечно); 2- вена ішіне (внутривенно); 3- артерия ішіне

(внутриартериально); 4- қуыс ішіне

(внутриполостное); 5- ауыз арқылы (перорально); 6- басқа (другой);

31.5. Химиятерапиясы кезінде тағайындалған протекторлық дәрілік заттар Протекторные лекарственные средства, назначенные при химиотерапии:	Өлшем бірлігі Единицы измерения	Қосынды доза Суммарная доза

31.6. Таргентты терапия (таргентная терапия):

Препараттың атауы (Наименование препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения)*	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

*) Таргетты терапияның жанама әсерлері (побочные эффекты таргетной терапии):
терілік

реакциялар (кожные реакций); гастроинтестинальды (гастроинтестинальные);

кардиотоксикалық (кардиотоксичность); кан кетулер (кровотечения); басқалар

(другие); жоқ (нет);

31.7. Сүйек резорбциясының ингибиторларымен терапия (терапия с ингибиторами костной

резорбции):

Препарат аты	Қабылдау басталған	Қабылдау аяқталған	Енгізу түрі	Өлшем бірлігі		Жиынтық мөлшері

(Наименование препарата)	у а қ ы т ы (Дата начала приема)	у а қ ы т ы (Дата окончания приема)	(Способ введения)*	(Единица измерения)	С а н ы (Количество)	(Суммарная доза)

*) Сүйек резорбциясының ингибиторлары терапиясының жанама әсерлері (побочные эффекты

терапии с ингибиторами костной резорбции): Тұмау тәріздес синдром (гриппоподобный

синдром); гастроинтестинальды синдром (гастроинтестинальный синдром); бүйрек

функциясының бұзылу синдромы (нарушение функции почек); бауырлық көрсеткіштердің

өзгерісі (изменение печеночных показателей); басқалар (другие); жоқ (нет).

32. Гормон терапиясының түрі (Вид гормонотерапии): қолданылмады (не

применялась); дәрілік (лекарственная);

дәрілік емес (нелекарственная); аралас (смешанная)

32.1.

Препараттың атауы (Наименование препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения)**	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

**) 1- бұлшық ет ішіне (внутримышечно); 2- тамыр ішіне (внутривенно); 3- тері ішіне

(внутрикожно); 4- ауыз арқылы (перорально); 5- басқа (другой).

32.2. Гормон терапиясының жанама әсерлері (Побочные эффекты гормонотерапии):

қышыма (зуд); салмақ қосуы (прибавка в весе); тері бөртпелері (кожная сыпь);

гематологиялық (гематологические); басқалар (другие); жоқ (отсутствуют).

33. Иммунотерапия:

33.1. Препараттың атауы (Наименование препарата)	Қабылдау басталған күні (Дата начала приема)	Қабылдау аяқталған күні (Дата окончания приема)	Енгізу түрі (Способ введения)***	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Саны (Количество)	Жиынтық мөлшері (Суммарная доза)

***) 1-ауыз арқылы (перорально); 2-тері астына (подкожно); 3-бұлшық ет ішіне

(внутримышечно); 4-басқа (другой).

34. Иммунотерапияның жанама әсерлері (Побочные эффекты иммунотерапии):
қышыма

(зуд); температуралық серпіліс (температурная реакция); тері бөртпелері (кожная

сып); гематологиялық (гематологические); басқалар (другие); жоқ (отсутствуют).

35. Арнайы емнің басқа түрлері (Другие виды специального лечения):

комплиментарлық (комплиментарные); басқалары (прочие)

36. МЭТ (МЭТ) № _____, КШТ (КЗГ) № _____

37. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану

(Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

37.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы

(Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

(заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)

№	Медициналық техниканың коды К о д медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің к о д ы Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	С а н ы Количество
1	2	3	4	5	6

38. RW-ға тексеру (Обследование на RW): оң (положительно); теріс

(отрицательно);

АИТВ инфекциясы (ВИЧ инфекцию): оң (положительно); теріс (отрицательно);

тексерілмеді (егер, пациент бас тартқан жағдайда) (не обследовался (в случае ,
если пациент отказался)).

39. Стационарда болу немен аяқталды (Исход пребывания в стационаре): шықты

(выписан); ауыстырылды (переведен);

қайтыс болды (умер); өздігінен кетіп қалуы (самовольный уход).

Терапиялық науқастар үшін (для терапевтических больных): толық регресс

(полный регресс); толық емес регресс (частичный регресс); процестің
стабилизациясы

(стабилизация процесса).

40. Емдеу немен аяқталды (Исход лечения): сауығу (выздоровление); жақсарды

(улучшение);

өзгеріссіз (без перемен); нашарлады (ухудшение)

41. Ұсыныс (Рекомендация): операциялық емдеу (оперативное лечение);

сәулелік ем (лучевая терапия); химиотерапия; симптоматикалық емдеу

(симптоматическое лечение); онкологтың бақылауы (наблюдение онколога);

басқалар (прочие);

42. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК)

(республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет

(ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша

(по договору ДМС), басқа (прочие) *(астын сызыңыз) (подчеркнуть)*

Дәрігер (Врач)): ТАӘ (ФИО)_____ Код _____ Қолы (Подпись)_____

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО)_____ Код _____ Қолы (Подпись)_____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-3/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 066-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Примечание. Форма ведется в электронном виде

**Психиатриялық стационардан шыққан адамның
СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
выбывшего из психиатрического стационара № _____**

Сноска. Форма в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Емдеуге жатқызу бюросы айқындаған

емдеуге жатқызу коды

Код госпитализации, определенный

Бюро госпитализации

1. Науқастың тегі, аты, әкесінің аты/

Фамилия, имя, отчество больного _____

2. Баланы қарайтын адаммен ауруханаға жатқызылды (бар/жоқ)

Госпитализирован с лицом по уходу за ребенком (да/нет).

3. Туған күні (Дата рождения)		
4. Жыныс(ы) пол ер / муж – 1 әйел / жен – 2		
5. Ұлты (Национальность)		
— —		

6. Тұрғыны (Житель): қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2 7. ЖСН (ИИН) _____ _____ _____ _____ 8 Тіркелген, БМСК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен аты (Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей ПМСП) _____ 9. Мекенжайы/ Место жительства _____ елі/страна _____ _____ облыс/область _____ _____ әкімшілік ауданы/административный район _____ елді мекен/населенный пункт _____ көше/улица _____ үй / дом пәтер/квартира _____ 9А. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): қызметкер/служащий - 1 жұмыскер/рабочий - 2 ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства) -3 зейнеткер/пенсионер - 4 оқушы/учащийся - 5 үй шаруасындағы әйел/ домохозяйка -6 жеке еңбекпен айналысатын тұлға/лицо, занятый	13. Шыққан күні / Дата выписки _____ _____ _____ _____ 14. Білімі /Образование: орта мектептің неше сыныбын бітірді / число законченных классов средней школы оқымады/не учился - 12 ми қабілетінің кемшілігі бар балаларға арналған мектеп / школа для умственно отсталых - 1 3 тәрбиеге көнбейтін жасөспірімдерге арналған мектеп / школа для трудновоспитуемых подростков - 14 орта арнаулы / среднее специальное - 15 аяқталмаған жоғары /незаконченное высшее- 16 жоғары / высшее - 17 басқалар / прочее - 15. Қайдан келіп түсті / Откуда поступил: үйінен / из дома - 1 психиатриялық стационардан ауыстырылды / переведен из психиатрического стационара - 2 басқа бейіндегі стационардан ауыстырылды / переведен из стационара другого профиля - 3 басқалар / прочие - 4 16. Жіберу мақсаты / Цель направления : емдеу / лечение - 1 әлеуметтік қауіпті науқасты емдеу / лечение социально опасного больного - 2 мәжбүрлеп емдеу /принудительное лечение - 3 сараптау / экспертиза – соттық / судебная - 4 әскери / военная - 5 басқа мақсаттағы жолдаулар / другие цели направления - 6 Диагноз Код диагноза	17. Жолдаған мекеменің диагнозы / Диагноз направившего учреждения _____ _____ _____ _____ _____ Диагноз коды / Код диагноза _____ _____ 17А. Түскен кезіндегі диагнозы/ Диагноз при поступлении _____ _____ _____ Диагноз коды / Код диагноза _____ _____ 18. Қорытынды диагноз / Заключительный диагноз: _____ _____ _____ _____ _____ Диагноз коды / Код диагноза _____ _____ 19. ПБЗ пайдалану салдарынан болған психикалық және мінез-құлықтық өзгерістер / Сопутствующее психическое и поведенческое расстройства вследствие употребления ПАВ _____ _____ _____ _____ 20. Аурудың нәтижесі / Исход госпитализации: аурудан жазылуы (көрнекті

индивидуальным трудом -7 табынушы/служитель культ а - 8 жұмыссыз/безработный - 9 басқалар/прочее -10 10. Стационардың коды / Код стационара	жақсаруы) /выздоровление (выраженное улучшение) -1 жақсаруы / улучшение - 2 өзгеріссіз / безизменений - 3 нашарлауы / ухудшение - 4 қайтыс болуы / смерть - 5 21. Исход пребывания: переведен – 1 , умер – 2, выбыл – 3
11. Бөлімше / Отделение:	
12. Түскен күні / Дата поступления	

А. Түскен күннен бастап өткізген төсек-күндері (демалыс күндерін

қоспағанда) (Проведено койко-дней (исключая дни отпуска))

Б. Отан соғысының мүгедегі/ Инвалид отечественной войны

В. Қосалқы соматикалық ауруы/ Сопутствующее соматическое заболевание

Г. Патологоанатомиялық диагнозы / Патологоанатомический диагноз

иә/ да – 1 _____

жоқ/ нет – 2 _____

10-ХАЖ бойынша коды /Код по МКБ-10

Д. Емделуі /

Лечение _____

Е. Түскен кездегі синдромы / Синдром при

поступлении _____

№ _____

—

22. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)					
№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	С а н ы Количество	
Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)					
№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і	С а н ы Количество	

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і С а н ы Количество	

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Ө л ш е м Единица измерения	б і р л і г і С а н ы Количество	

Дәрігер (Врач) ТАӘ (ФИО)_____ Код_____

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением): ТАӘ (ФИО)_____

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-ж/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы (Наименование организации)	Медицинская документация Ф о р м а № 0 6 6 - п / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 066-п/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ Код	бойынша организации	ұйым по	коды ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Денсаулық сақтау 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бекітілген № 066-5/е	Республикасы м.а. бұйрығымен нысанды		
Ұйымның атауы (Наименование организации)	Медицинская Форма № 066-5/у и.о. Министра Республики от 23 ноября 2010 года № 907	документация утверждена приказом здравоохранения Казахстан		

Форма ведется в электронном виде.

СТАЦИОНАРДАН ШЫҚҚАН АДАМНЫҢ СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ
(жүкті, босанған әйелге және жаңа туған
(өлі туған) нәрестеге)
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБЫВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА
(беременной, родильницы и новорожденного
(мертворожденного))
№__

Сноска. Приложение 1 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АТЫ (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) / _____ / _____ / _____ /

КК/аа/жжжж (ДД/ММ/ГГГГ)

3. Ұлты (Национальность) _____ 4. Тұрғыны (Жительница): _____

қаланың (города) – 1, ауылдың (села) – 2

5. ЖСН (ИИН)

| | | | | | | | | |

6. Медициналық тіркеу нөмірі

(Регистрационный медицинский номер)

7. Мекенжайы (Место жительства) _____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный

район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

8. Әлеуметтік мәртебесі (Социальный статус): 1 - қызметкер (служащая), 2 - жұмыскер (рабочая), 3 - ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства), 4 - зейнеткер (пенсионерка), 5 - оқушы (учащаяся), 6 - үй шаруасындағы әйел (домохозяйка), 7 – жеке еңбекпен айналысатын тұлға (лицо, занятое индивидуальным трудом), 8 - табынушы (служитель культа), 9 - жұмыссыз (безработная), 10 - басқалар (прочее).

9. Жеңілдік категориясы (Категория льготности): бала күнінен мүгедек (инвалид детства) – 1, ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию) – 2, сәуле әсерін алған адам (лицо, подвергшееся радиации) – 3, ҰОСҚ теңестірілген адам (лицо, приравненное к УВОВ) – 4, еңбек мүгедегі (инвалид труда) - 5, қоныс аударушы (переселенка) – 6, басқалар (прочие) – 7.

10. Пациент бағытталды (Пациент направлен): БМСК (ПМСП) - 1, КДК (КДП) - 2, өзі қаралды (сама обратилась) - 3, жедел жәрдемнен (скорой помощью) - 4, басқа стационардан (другим стационаром) - 5, басқалар (прочие) - 6, (астын сызыңыз (подчеркнуть)).

11. Жолдаған ЕПҰ-ның коды мен аты: _____

Код и название направившего ЛПО: _____

12. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации)

_____ 10-ХАЖ коды (код МКБ-10) _____

13. Тіркелген, БМСК көрсететін, медициналық ұйымның коды мен аты

(Код и название медицинской организации прикрепления, оказывающей

ПМСП) _____

14. Ауруханаға жатқызу түрі (Тип госпитализации): 1 - жоспарлы (плановая), 2 - шұғыл түрде ауырғаннан бастап 6 сағаттың ішінде (экстренная в первые 6 часов от начала заболевания), 3 - шұғыл түрде 7 - 24 сағаттың ішінде (экстренная в течение 7 - 24 часов), 4 - шұғыл түрде 24 сағаттан кейін (экстренная после 24 часов).

15. Осы ауру салдарынан биылғы жылы ауруханаға жатуы (Госпитализация в данном году по поводу данного заболевания):

бірінші рет (впервые) – 1, қайталап (повторно) – 2 _____

16. Келіп түскен кездегі диагнозы (Диагноз при |_____| поступлении): _____

10 -ХАЖ коды (код по МКБ-10)

17.1. Босану орны (Место родов): 1-стационарда (в стационаре), 2-үйде (на дому), 3-басқа жерде (в другом месте).

17.2. Алғашқы рет жүкті болған __ __

(Первобеременная): ☐ иә (да)-1 ☐ жоқ (нет)-2

17.3 Босандыру сипаты (Характер родов): 1 - физиологиялық (физиологические), 2 - патологиялық (патологические).

17.4 Босану саны (Которые по счету роды) _____

17.5 Жүктілікті ұзу немесе босану сәтіндегі жүктілік мерзімі, апта (Срок беременности на момент прерывания беременности, родов или смерти, недель) _____

—

17.6 Аборт турлері (Виды аборта): 1 - өздігінен (самопроизвольный), 2 - 12 аптаға дейінгі медициналық аборт (медицинский аборт до 12 недель), 3 - кіші аборт (мини-аборт), 4 - әлеуметтік көрсетімдер бойынша аборт (аборт по социальным показаниям), 5 - медициналық көрсетімдер бойынша аборт (аборт по медицинским показаниям), 6 - қылмыстық жолмен жасалған аборт (криминальный аборт).

17.7. Аборт медикаментті (Аборт медикаментозный)

17.8 Жаңа туған нәресте туралы мәліметтер (Сведения о новорожденном):

Туу күні уақыты Дата время рождения	Бала туды Ребенок родился *	Баланың жынысы П о л ребенка **	айы-күні жетіп/шала ***	Туу кезіндегі баланың физикалық өсуі Физическое развитие ребенка при рождении
				С а л м а ғ ы Масса (г)
				Б о й ы Рост (см)
				К е у д е ө л ш е м і Окружность груди (см)
				Б а с ө л ш е м і Окружность головы (см)
				С а л м а ғ ы Масса (г)
				Б о й ы Рост (см)
				К е у д е ө л ш е м і Окружность груди (см)
				Б а с ө л ш е м і Окружность головы (см)
				С а л м а ғ ы Масса (г)
				Б о й ы Рост (см)
				К е у д е ө л ш е м і Окружность груди (см)
				Б а с ө л ш е м і Окружность головы (см)

продолжение таблицы

Нәрестені егу (вакцинация)		Шығуы Исход ****	Тууына қатысты өлім (Вид смерти по отношению к родам) *****	10 - ХАЖ диагнозы Диагноз МКБ-10	Диагноз атауы Наименование диагноза
	күні дата				
БЦЖ					
ППВ (ОПВ)					
гепатит					
	күні дата				
БЦЖ					
ППВ (ОПВ)					
гепатит					
	күні дата				
БЦЖ					
ППВ (ОПВ)					
гепатит					

* 1 - тірі (живой), 2 - өлі (мертвый);

** 1 - ер (мужской), 2 - әйел (женский), 3 - анықталған жоқ

(не определен);

*** 1 - айы-күні жетіп (доношенный), 2 - шала (недоношенный), 3 -

мерзімінен асып (переношенный);

**** 1 – выписан, 2 - госпитализирован на 2 этап выхаживания, 3 -

умер в родильном доме, 4 - метворожденный;

***** 1 - туылғанға дейін (до родов) (антенатально), 2 - туу кезінде (во время родов)
) (интранатально), 3 - туылғаннан кейін (после родов),

4 - белгісіз (неизвестно).

18. Жас нәресте перзетханада емдеуден өтті (Новорожденный проходил _ лечение в
роддоме) |_|

19. Ауруханаға жатқызу күні мен уақыты (Дата и время госпитализации)

_____/_____/_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, минут (часы, минут)

20. Шыққан (қайтыс болған) күні мен уақыты: (Дата и время выписки

(смерти))_____/_____/_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг) сағаты, минут (часы, минут)

21. Өткізген төсек-күндері (Проведено койко-дней) _____

22. Бөлімше (Отделение): _____

_____ Код |_____|

атауы (наименование)

23. Төсек бейіні (Профиль _____

койки): _____ Код | _____|

24. Реанимацияда болды ма (Находился в реанимации): иә (да), жоқ

(нет) күндері (дней) _____

25.	Диагноз	1 0 - X A Ж (код по МКБ-10)	к о д ы
Қ о р ы т ы н д ы к л и н и к а л ы қ д и а г н о з Заключительный клинический диагноз		1.	
		2.	
А с қ ы н у л а р ы Осложнения			
Қосалқы сырқаты 1 Сопутствующее заболевание 1			
Қосалқы сырқаты 2 Сопутствующее заболевание 2			
Патологоанато- м и я л ы қ д и а г н о з / өлуінің себебі Патологоана- томический диагноз/причина смерти			

26. Аутопсия жүргізілді (проводилась): иә (да)-1, жоқ (нет)-2.

26.1 Жазба актісінің (№, дата акта записи) № _____ күні

_____/_____/_____

кк/аа/жж (дд/мм/гг)

27. Негізгі хирургиялық операция (Основная хирургическая операция):

К ү н і Д а т а У а қ ы т ы В р е м я	Операци- яның аты мен коды Название и к о д операции	Анестезия (коды) Анестезия (код)	Операцияның т ү р і : 1-шұғыл, 2-жоспарлы Т и п операции: 1-экстрен. 2-плановая	Опера- циядан кейінгі асқынулар Послеопер. осложнение	Арнаулы аппаратура (коды) Специальная аппаратура (код)	Дәрігерлердің к о д ы Коды врачей
Хирургиялық операциялар Хирургические операции						
___/___/___ ___:___						хирург
						а с с и - стент
Код						анесте- зиолог
___/___/___ ___:___						хирург
						а с с и - стент
Код						анесте- зиолог
___/___/___ ___:___						хирург
Код						а с с и - стент
___/___/___ ___:___						хирург
Код						а с с и - стент

28. МЭТ (МЭТ) № _____, КШТ (КЗГ) № _____

29. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану (Использование медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга)

29.1. Қаржылық лизинг шартымен сатып алынған медициналық техниканы қолдану парағы (Лист использования медицинской техники, приобретенной на условиях финансового лизинга) (медициналық техниканы лизингпен сатып алынған жағдайда толтырады) *(заполняется в случае приобретения в лизинг медицинской техники)*

№	Медициналық техниканың коды Код медицинской техники	Медициналық техниканың атауы Наименование медицинской техники	Қызметінің коды Код услуги	Қызметінің атауы Наименование услуги	Саны Количество
1	2	3	4	5	6

30. RW-ға тексеру (Обследован на RW):

оң (положительно),

теріс (отрицательно).

АИТВ инфекция (ВИЧ-инфекцию):

оң (положительно),

теріс (отрицательно).

31. Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-фактор _____.

32. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): республикалық бюджет (ММК) (республиканский бюджет (СМП)), республикалық бюджет (ЖММК) (республиканский бюджет (ВСМП)), жергілікті бюджет (местный бюджет), ақылы (платные), ЕМҚ келісім шарты бойынша (по договору ДМС), басқалар (прочие) *(астын сызыңыз) (подчеркнуть)*.

33. Ауруханада болуы немен аяқталды (Исход пребывания): шықты (выписан) – 1, ауыстырылды (переведен) – 2, қайтыс болды (умер) – 3, өздігінен кетуі (самовольный уход) – 4.

34. Немен аяқталды (Исход): қанағаттанарлық (удовлетворительный) – 1, жақсарумен (улучшение) – 2, өзгеріссіз (без перемен) – 3, нашарлаумен

(ухудшение) – 4, қайтыс болу (смерть) - 5.

35. Көрсетілген қызметтер мен дәрі-дәрмектердің парағы (Лист оказанных услуг и медикаментов)

Көрсетілген қызметтердің парағы (Лист оказанных услуг)				
№	Код	Ө л ш е м б і р л і г і Е д и н и ц а и з м е р е - н и я	С а н ы Количество	
Клиникалық бөлімшеде қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов в клиническом отделении)				
№	Код	Ө л ш е м б і р л і г і Е д и н и ц а и з м е - р е н и я	С а н ы Количество	

Операциялық және анестезиологиялық қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы
(Лист использованных операционных и анестезиологических медикаментов)

№	Код	Ө л ш е м б і р л і г і Е д и н и ц а и з м е - рения	С а н ы Количество	

Реанимация бойынша қолданылған дәрі-дәрмектердің парағы (Лист использованных медикаментов по реанимации)

№	Код	Ө л ш е м б і р л і г і Е д и н и ц а и з м е - рения	С а н ы Количество	

Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) _____ Код _____

Қолы (Подпись) _____

Бөлімше меңгерушісі

(Заведующий отделением) ТАӘ (ФИО) _____

Код _____ Қолы (Подпись) _____

A4 форматы

	Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 б ұ й р ы ғ ы м е н б е к і т і л г е н № 0 9 6 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама			
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская Форма № 096/у и.о. Министра Р е с п у б л и к и от 23 ноября 2010 года № 907 документация утверждена приказом здравоохранения К а з а х с т а н			

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

БОСАНУ ТАРИХЫ
ИСТОРИЯ РОДОВ
№ _____

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Бекітілген емдеу - профилактикалық ұйымы (ЛПО прикрепления) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, Имя, Отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Ұлты (Национальность) _____

Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі _____

(Номер документа удостоверяющего личность)

Түсті/Поступила 20__ жылғы (года) _____ Қан тобы/Группа крови _____

Гемоглобин _____

Түскен уақыты/Время поступления _____ Резус-тиістілігі/Резус

принадлежность _____

Шықты/Выбыла 20__ жылғы (года) _____

Өткізген төсек-күндер/ Антиденелер титрі/Титр-антител _____

Проведено койко/дней _____ Дәрігердің қолы/Подпись врача _____

Палата/Палата № _____ АИТВ-ға зерттеу/Обследование на ВИЧ _____

Зиянды әдет/ Гонореяға зерттеу/Исслед.на гонорею _____

Имеющиеся вредные привычки:

Темек шегу/ RW _____

Курение Аллерг.реакц./Аллергические реакции _____

(күніне қанша шылым шегеді/

кол-во сигарет в день)

Ішімдік ішуі/Употребление алкоголя

(жиілігі/как часто) _____

Есірткі қолдануы/

Употребление наркотических средств

(қандай түрлері/какие)

Кім жолдады(Кем направлена) _____

Тұрақты мекен-жайы: қала, ауыл (астын сызыңыз)/Постоянное место

жительства: город, село (подчеркнуть)

Мекенжайы (Адрес): _____

№ телефон _____

Жүкті, босанушы әйелдің медициналық сақтандыруы туралы деректер

(Данные о медицинском страховании, беременной, роженицы):

Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) _____

Сақтандыру түрі: міндетті, өз еркімен (астын сызыңыз) (Вид

страхования: обязательное, добровольное) (подчеркнуть)

Сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой компании)

Отбасылық жағдайы: неке тіркелген, тіркелмеген, жалғыз басты (астын

сызыңыз) (Семейное положение: брак зарегистрирован, не

зарегистрирован, одинокая (подчеркнуть))

Жүкті, босанған әйелдің жұмыс Күйеуінің тегі, аты-жөні

орны, кәсібі, лауазымы, білімі (Фамилия, имя, отчество мужа)

(Место работы, профессия, _____)

должность беременной, роженицы)

_____ Жұмыс орны (Место работы) _____

_____ Кәсібі (Профессия) _____

_____ Қызмет тел. (Телефон сл.) _____

Жүкті кезінде дәрігерге (акушерге) қаралды ма: иә, жоқ (астын

сызыңыз) (Посещала врача (акушерку) во время беременности: да, нет

(подчеркнуть)). Қанша рет (Сколько раз) _____ Консультация

атауы, дәрігердің тегі, телефон (Наименование консультации, врач,

телефон) _____

Түскен кездегі диагнозы (Диагноз при поступлении) _____

Клиникалық диагнозы (Диагноз клинический) _____

Қорытынды диагнозы (Диагноз заключительный) _____

Босану кезіндегі, босанудан кейінгі асқынулары (Осложнения в родах,
после родов) _____

Операция мен жәрдем аттары (Название операций и пособий) _____

Шығуы: шығарылды, ауыстырылуы, қайтыс болуы: жүкті кезінде, босану

кезінде, босанған соң (астын сызыңыз) (Выбыла: выписана, переведена,

умерла: беременной, во время родов, после родов (подчеркнуть)

Бойы (Рост) _____ см Салмағы (Вес) _____ кг

T⁰ _____

Нешінші жүктілік (Которая беременность) _____

босануы (роды) _____

Соңғы етеккірі (Последняя менструация) _____

Ұрықтың бірінші қозғалуы (Первое шевеление плода)

D.Sp. _____ D.Cr. _____ D.Tr. _____

Жамбас/Таз: c.ext _____ c.giag _____ T.vera _____

Іш шеңбері (Окружность живота) _____ см

Жатыр түбінің биіктігі (Высота дна матки) _____ см

Ұрықтың орналасуы, позициясы мен түрі (Положение плода, позиция и

вид) _____

Ұрықтың жүрек қағысы, орны, қағыс саны (Сердцебиение плода, место,

число ударов) _____

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежащая часть) _____

Қайда орналасқан (Где находится) _____

Босану қызметі (Родовая деятельность) _____

Ұрықтың шамаланған салмағы (Предполагаемый вес плода)

Дәрігер/Врач _____

Акушерка _____

Бірінші бала (Первый ребенок):

Жаңа туған нәрестенің гонобленорея профилактикасы

(Профилактика гонобленнореи новорожденного произведена)

_____ немен/чем

Апгар шкаласы бойынша нәрестені бағалау (Оценка состояния

новорожденного по шкале Апгар):

1-ші мин. _____ балл, 5 мин. _____ балл

Емшек емізуді бастау уақыты (К груди приложен)

Қашан (через) _____ мин., емшек берілген жоқ (себебі)

(не приложен (причина)) _____

Нәресте бөлімге ауыстырылды (Ребенок переведен в отделение)

Күні (Дата) _____ сағ.(час) _____ мин _____

Екінші бала (Второй ребенок):

Жаңа туған нәрестенің гонобленорея профилактикасы

(Профилактика гонобленнореи новорожденного произведена)

_____ немен/чем

Апгар шкаласы бойынша нәрестені бағалау (Оценка состояния

новорожденного по шкале Апгар):

1-ші мин. _____ балл, 5 мин. _____ балл

Емшек емізуді бастау уақыты (К груди приложен)

Қашан (через) _____ мин., емшек берілген жоқ (себебі)

(не приложен (причина)) _____

Нәресте бөлімге ауыстырылды (Ребенок переведен в отделение)

Күні (Дата) _____ сағ.(час) _____ мин _____

СЫРТАРТПА

АНАМНЕЗ

Жалпы сырқаттар (Общие заболевания) _____

Ерінің денсаулығы (Здоровье мужа) _____

Етеккірі (Менструация): басталуы (с) _____ жастан (лет)

Жыныс қатынасының басталуы (Начало половой жизни с) _____

жастан (лет)

Гинекологиялық сырқаттары (Гинекологические заболевания)

Алдыңғы жүктіліктері (босану, аборттар күндері, асқынулары,

оперативтік жәрдем, нәрестелерінің салмағы) (Предыдущие беременности

(даты родов, абортот, осложнения, оперативные пособия, масса (вес)

новорожденных) _____

Қанша баласы бар (Сколько детей):

тірі (живых) _____

өлі туған (мертворожденных) _____

қайтыс болғандар (умерло) _____

БОСАНУ АҒЫМЫ

(ТЕЧЕНИЕ РОДОВ)

Толғақ басталды (Схватки начались) _____

Қағанақ суы кетті (Воды отошли) _____

Судың мөлшері мен сапасы (Качество и количество о/вод) _____

Толық ашылуы (Полное открытие) _____

Күшену басталуы (Начало потуг) _____

Бала туылды (Ребенок родился):

Бірінші (Первый): күні (дата) _____ 20__ ж/г

сағ.(час) _____ мин. _____

Тірі, өлі, басымен, теріс келуі, аякпен келуі (астын сызыңыз)

(Живой, мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть))

Тірі туу межелері: тынысы, жүрек қағу, кіндік бауының солқылдауы,

бұлшық еттерінің жиырылуы (астын сызыңыз)

Критерии живорождения: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины,

произвольное сокращение мускулатуры (подчеркнуть)

Жынысы (Пол) _____ Салмағы (+Масса) _____ гр.Бойы (Рост) _____ см

Бас шеңбері (Окружность головки) _____ см, кеуденің (груди) _____ см

Екінші (Второй): күні (дата) _____ 20__ ж/г

сағ.(час) _____ мин. _____

Тірі, өлі, басымен, теріс келуі, аяқпен келуі (астын сызыңыз) (Живой,

мертвый, головкой, ягодицами, ножками (подчеркнуть)

Тірі туу/туылу критериялар/ межелері/ шарттарын: тынысы, жүрек қағу,

кіндік бауының солқылдауы, бұлшық еттерінің жиырылуы (астын сызыңыз)

Критерии живорождения: дыхание, сердцебиение, пульсация пуповины,

произвольное сокращение мускулатуры (подчеркнуть)

Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Масса) _____ гр.Бойы (Рост) _____ см

Бас шеңбері (Окружность головки) _____ см, кеуденің (груди) _____ см

Акушерка _____

Бала жолдасының түсуі: өз еркімен, бөлінді, қолмен алынды, әдіс

қолданылды

(Послед. выделился: самостоятельно, отделен, удален рукою, применен

прием) _____ арқылы/через

_____ сағ/час _____ мин

Бала орны бүтін, күмәнді (Детское место целое, под сомнением)

Барлық қабықтары түгел, күмәнді (Оболочки все, под сомнением) ____

_____ Бала жолдасының макроскопиясы (Макроскопия

последа) _____

Кіндік: ұзындығы (Пуповина): длина _____ см.

оралуы/обвитие вокруг _____

ерекшеліктері/особенности _____

Босану кезіндегі қансырау (Кровопотеря в родах) _____ мл

Психопрофилак. дайындық, қандай дәрімен жансыздандырылды: немен

(Психопрофилактик. подготовка, медикамент. обезболивание: чем) _____

_____ әсері толық, аздаған, әсері жоқ (астын

сызыңыз) (эффект полный, частичный, без эффекта (подчеркнуть)).

Босану ұзақтығы (Продолжительность родов)

Жалпы (Общая) _____ I кезең (пер). _____ II кезең (пер).

_____ III кезең (пер.) _____

Баланы қабылдаған (акушерка, дәрігер) (Приняла ребенка (акушерка,

врач)) _____

Бала жолдасын қараған (Послед осматривал) _____

Кезекші дәрігер (Деж. врач) _____

Акушер (Акушерка) _____

Осы жүктіліктің ағымы мен асқынулары (Течение и осложнения настоящей

беременности) _____

Түскен кездегі жағдайы, сыртқы қарау деректері (Состояние при

поступлении, данные наружного осмотра): _____

Жүрек (Сердце) _____

Тамыр соғуы (Пульс) _____

Оң қолда АҚҚ (АД на правой руке) _____

Сол қолда (на левой) _____

Тыныс алу ағзалары (Органы дыхания) _____

Ас қорыту ағзалары (Органы пищеварения) _____

Несеп- жыныстық жүйесі (Мочеполовая система) _____

Несеп қайнатқан кезде (Моча при кипячении) _____

Қолы (Подпись) _____

Босану тарихына № _____ жапсырма бет № 1

Вкладной лист № 1 к истории

родов № _____

Азаматша (гр-ка) _____

ЖҮКТІЛІКТІҢ, БОСАНУДЫҢ АҒЫМЫ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ

[illegible]

Босану тарихына № жапсырма бет № 2

Вкладной лист № 2 к истории родов №

Босанушы (Родильницы) _____

БОСАНУДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢ АҒЫМЫ ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Күні Дата	Жалпы жағдайы Общее состояние	Сүт бездерінің жағдайы Состояние молочных желез	Жатыр түбінің биіктігі Высота дна матки	Лохии	Функциялар Функции		Тағайындалымдар Назначения
					куықтың мочевого пузыря	ішектің кишечника	
1	2	3	4	5	6	7	8

[illegible]

п	t ⁰	т	к	т	к	т	к	т	к	т	к	т	к	т	к	т	к	т	к	т	к
		у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
120	41 ⁰																				
110	40 ⁰																				
100	39 ⁰																				
90	38 ⁰																				
80	37 ⁰																				
70	36 ⁰																				
60	35 ⁰																				

Босану тарихына № _____ жапсырма бет № 3

Вкладной лист № 3 к истории родов № _____

Босанушы (Родильницы) _____

Босану тарихына № _____ жапсырма бет № 4

Вкладной лист № 4 к истории родов № _____

Босанушы (Родильницы) _____

Қосымша зерттеу әдістері, басқа мамандардың кеңесі

(Дополнительные методы обследования и консультации специалистов)

К ү н і , Дата, час	с а ғ . Ж а ғ д а й ы Состояние	Е с к е р т у Примечание

Шыққан, ауыстырылған кездегі жағдайы (Состояние при выписке,
переводе) _____

Еңбекке жарамсыздық парағы берілді (Выдан листок нетрудоспособности)

№ _____

20__ ж. (г.) " __ " _____ бастап (с) 20__ ж. (г.) " __ " _____ дейін (по)

Нәресте (Новорожденный) _____ шықты (выписан) 20__ ж. (г.) " __ " _____

Қайда және қашан ауыстырылды (Переведен куда и когда)

Ауыстырылған кездегі диагнозы (Диагноз при переводе)

Нәресте қайтыс болды (Новорожденный умер) _____

жынысы (пол)

20__ж. (г.) "__" _____

күні (дата)

Өлі туылды (астын сызыңыз) (Мертворожденный (подчеркнуть)) _____

сағ.(час) _____ мин. 20__ж. (г.) _____ күні (дата)

Нәрестенің қайтыс болған кезінде немесе өлі туған кезде (В случае

смерти новорожденного или мертворождения): Патологоанатомиялық

диагнозы (Диагноз патолого-анатомический): _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

қолы (подпись)

Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) _____

қолы (подпись)

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 б ұ й р ы ғ ы м е н б е к і т і л г е н № 097/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 097/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма 097/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня

его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Нэрестениң даму тарихы

No

История развития новорожденного

	анасы мать	әкесі отец	нәресте ребенок
қан группа крови			
резус-тиістілік резус-принадлежность			

Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество новорожденного (при наличии)

Анасының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество матери
(при наличии)

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения)

Ұлты (Национальность) _____ Кәсібі (Профессия) _____

Некeнiң тiркелуi (керектi астын сызыңыз) (Брак зарегистрирован (нужное подчеркнуть): иә (да), жоқ (нет)

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Тұрақты мекенжайы, телефон (Постоянное место жительства, телефон) _____

	күнi число	айы месяц	жылы год	сағ . час	мин	
Туылды Родился						Қабылдау журналы (Приемный журнал) № _____ Нәресте палатасы (Палата ребенка) № _____
Түсті Поступил						Нәресте кереуеті (Кровать ребенка) № _____ Анасының палатасы (Палата матери) № _____
Шықты Выписан						Анасының кереует (Кровать матери) № _____ Нәресте ауыстырылған палата (Ребенок переведен в палату) _____
Қайтыс болды Умер						төсек (кровать) № _____ Ауыстырылған күні (Дата перевода) _____
Ауыстырылды						Төсек-күндер саны (Проведено койко-дней) _____
Переведен						
Қайда Куда						

Нәрестенің қорытынды диагнозы (заключительный диагноз новорожденного) _____

Анасының жағынан тұқым қуалаушылық (Наследственность со стороны матери) _____

— — — — — — — —

— — — — — — — —

Әкесі жағынан (отца) _____

— — — — — — — —

Гинекологиялық және акушерлік анамнез
Гинекологический и акушерский анамнез

Нешінші жүктілік (Которая беременность) _____ нешінші босану (которые роды) _____

Жүктілік кезіндегі сырқаттары мен асқынулары (Заболевания, осложнения во время беременности)

— — — — — — — —

— — — — — — — —

Босануы: I кезеңнің ұзақтығы (Роды: продолжительность I пер.) _____

II кезең (II пер.) _____

Босану ағымының ерекшеліктері, операциялар (особенности течения, операции) _____

- - - - -

Анестезия және ауыртпайтын дәрі-дәрмектер қолданылды ма? (егер "иә", көрсетіңіз
/ ж а з ы ң ы з _____ қ а н д а й)
(Применялись ли анестезия и анальгезирующие средства? (если "да", то указать какие))

Сусыз аралық (Безводный промежуток) _____

Емшек емізуді бастау уақыты қашан (Когда приложен к груди после родов) _____

Емшек берілген жоқ (себебі) (К груди не приложен (причина) _____

Даму кемістіктері (Пороки развития) _____

Босану кезіндегі зақымдануы (Родовые травмы) _____

- - - - -

Гонобленореяның алдын алу (дәрінің аты, сағаты) (Профилактика гонобленореи (название медикамента, время))

Кезекші акушер (Дежурный акушер) _____ Кезекші дәрігер (Дежурный врач) _____

Алдын-ала қойылған диагноз (Диагноз предварительный) _____

- - - - -

Күні/Дата _____ Кезекші дәрігер/Дежурный врач _____

Нәрестелер (бөлімшесінде) палатасында нәрестені алғашқы рет қарау

Первый осмотр ребенка в палате (отделении _____) новорожденных
детей

20 _____ ж/г " _____ " _____ сағ/час _____

_____ мин

қарау күні(дата осмотра)

Жалпы жағдайы (нәрестенің жатқан жатысы, айғайының сипаттамасы, тремор,
б ұ л ш ы қ е т т о н у с ы)
(Общее состояние (положение ребенка, характер крика, тремор, мышечный тонус))

- - - - -

- - - - -

- - - - -

— — — — —

— — — — —

Тері қабаты (Кожные покровы) _____

Көрнекі жылбысқы қабықтар (Видимые слизистые) _____

Кіндігінің қалдығы (Пуповинный остаток) _____

Басы (үйлесу жерлері, еңбектері, босану кезіндегі ісік) (Головка (швы, роднички,
р о д о в а я о п у х о л ь)

— — — — —

— — — — —

Көкірек клеткасының қалпы (Форма грудной клетки) _____

— — — — —

Емшек емізуді бастау уақыты (Когда приложен к груди) _____

Емізу жиілігі (частота кормления) _____

Емшекті қалай сорады (как сосет грудь)? _____

Емшек берілген жоқ (себебі) (К груди не приложен (причина)) _____

Тыныс алуы. Өкпесінің жағдайы. Тыныс жеткіліксіздігін Сильверман шкаласы
б о й ы н ш а б а ғ а л а у
(Дыхание. Состояние легких. Оценка по шкале Сильвермана при дыхательной
н е д о с т а т о ч н о с т и)

- - - - -

- - - - -

- - - - -

Жүрек (шекарасы, шулардың бар-жоғы, ырғақ сипаттамасы) (Сердце (границы,
наличие шумов, характер ритма))

- - - - -

_____Тамыр соғуы (Пульс) _____

Жүйке жүйесі (Нервная система) _____

— — — — —

— — — — —

Іш қуысы ағзалары (Органы брюшной полости) _____

— — — — —

Меконийдің кетуі (Отхождение мекония) _____

Несеп шығару (Мочеиспускание) _____

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы) _____

Анустың бар болуы (Наличие ануса) _____

Жамбас-сан буындарының жағдайы (Состояние тазобедренных суставов) _____

— — — — —

Қорытынды және алдын ала қойылған диагноз
Закключение и предварительный диагноз

Тағайындалымдар мен оларды негіздеу (Назначение и их обоснование)

Кезекші дәрігер/Дежурный врач _____

Мейіргердің нәрестені бақылауы кезіндегі деректері
Данные наблюдения медицинской сестры за новорожденным

Күні Дата	Өмірінің күні День жизни	t	Салмағы Масса (вес)	Жағдайының өзгеруі Изменение состояния			Сору рефлексінің белсенділігі Активность сосательных рефлексов	Үлкен дәрет сипаттамасы Характер стула	Несеп шығару Мочеиспускание	Кіндік түсу уақыты Время отпадения пуповины	1 2 3 4 5
				Асфиксия ұстамасы болуы Наличие приступов асфиксии (апноэ)	Жылбысқы слизистая	қабық тері кабатының кожных покровов					
				көздің глаз	ауыздың рта						

1	т									
	у									
2	к									
	в									

Егу/Вакцинация

Екпенің атауы Наименование вакцины	Күні Дата	Өмірінің күні День жизни	Дозасы Доза	Е к п е сериясының № серии вакцины	Жарамдылық мерзімі Срок годности	Егуге серпіліс Реакция на прививку	Қолы Подпись
Вирусты гепатитке қарсы Против вирусного гепатита							
Туберкулезге қарсы екпе Противотуберкулезная							
Полиомиелитке қарсы Против полиомиелита							

Анасының қолы (Подпись матери)_____

Егу жүргізілмеді (себебін көрсетіңіз) (Прививка не проводилась (указать причину))

— — — — — — — —

— — — — —

Тұқым қуалайтын аурулар скринингі (Скрининг на наследственную патологию)

№	Атауы (Наименование)	Қан алу күні, аудиологиялық скрининг жасау күні (дата забора крови, дата аудиологического скрининга)	Нәтежесі (Результат)

1	ФКУ (фенилкетонурия)		
2	ТБГ (туа біткен гипотиреоз) / ВГ (врожденный гипотиреоз)		
3	Аудиологиялық скрининг (аудиологический скрининг)		

"Отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен аудиологиялық неонатальдық скринингті жүргізу туралы есеп" кестесін енгізу/"Учет о проведении аудиологического неонатального скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии".

Әдіс атауы/ Название метода	Нәтиже/ Результат					
	Оң құлақ /Правое ухо			Сол құлақ /Левое ухо		
	Өтті/ Прошел	Өтпеді/ Не прошел**	Скрининг жүргізілмеді / Скрининг не проводился	Өтті/ Прошел	Өтпеді/ Н е прошел**	Скрининг жүргізілмеді/ Скрининг не проводился
Отоакустикалық эмиссияны тіркеу/Регистрация отоакустической эмиссии*						

* Баланың отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен аудиологиялық скринингті өту нәтижесі тиісті бағанада қанатбелгімен белгіленеді/ Результат прохождения ребенком аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии отмечается галочкой в соответствующей графе.

** "Өтпеді" деген отоакустикалық эмиссияны тіркеу нәтижесінде бала сурдологиялық кабинетке жіберіледі/При результате регистрации отоакустической эмиссии "Не прошел" ребенок направляется в сурдологический кабинет.

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

Жаңа туған нәрестені тасымалдау протоколы
Протокол транспортировки новорожденного

Дата рождения Туған күні	Гестациялық мерзімі Гестационный возраст	Постменструальды жасы Посменструальный возраст

Ж а с ы Возраст	Туған мезгіліндегі салмағы Масса тела при рождении	Қазіргі салмағы Фактическая масса тела
Нәресте жынысы Пол ребенка	Нәрестені көшіру себебі Причина перевода новорожденного	Тасымалдау ұзақтығы Длительность транспортировки

Анасының диагнозы/Материнский диагноз

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Жаңа туған нәресте диагнозы/Диагноз новорожденного ребенка

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Тасымалдау кезіндегі респираторлы көмек түрі/
Вид респираторной поддержки во время перевода

CPAP	IMV	Оттегі/Кислород

Жолдап жатқан мекемедегі нәрестенің негізгі тіршілік көрсеткіштері
Основные жизненные показатели новорожденного в направляющем медицинском учреждении

Жүректің жиырылу жиілігі/ Частота сердечного сокращения	Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері: PIP, реер, Ti, Rate, FiO ₂ /Вид дыхания, параметры аппарата ИВЛ: PIP, реер, Ti, Rate, FiO ₂	Орташа қан қысым/ Среднее артериальное давление	Дене қызуы/ Температура тела	Сатурациясы / Сатурация	Қанның қанты/ Сахар крови	pH/ pCO ₂ /рО ₂ / НСО ₃ /BE
	////	Сын.бағ. Мм.рт.ст	°C	%		////

Қабылдап жатқан мекемедегі нәрестенің негізгі тіршілік көрсеткіштері/
Состояние новорожденного в принимающем медицинском учреждении

Жүректің жиырылу жиілігі/ Частота сердечного сокращения	Тыныс алу түрі, аппарат параметрелері: PIP, реер, Ti, Rate, FiO ₂ /Вид дыхания, параметры аппарата ИВЛ: PIP, реер, Ti, Rate, FiO ₂	Қан қысымы: сист/диаст/ орташа/ Артериальное давление: сист /диаст/среднее	Дене қызуы/ Температура тела	Сатурациясы / Сатурация	Қанның қанты/ Сахар крови	pH/ pCO ₂ /рО ₂ / НСО ₃ /BE
	////	/ / Сын.бағ. Мм.рт.ст	°C	%		////

(Ж а лғ а с ы / п р о д о л ж е н и е)

Тасымалдау кезіндегі нәрестенің хал жағдайы/

Состояние новорожденного при переводе

Уақыт/время								
Жүректің жиырылу жиілігі/ Частота сердечного сокращения								

Т ы н ы с а л у ж и і л і г і / Частота дыхания									
О р т а ш а қ а н қ ы с ы м / Среднее артериальное давление									
Д е н е қ ы з у ы / Температура тела									
С а т у р а ц и я с ы / сатурация									
Вентиляция параметрлері/параметры вентиляции	PIP								
	PEEP								
	Ti								
	F _{set}								
	FiO ₂								
Қанның газды өкраны/Газовое состояние крови	pH								
	pCO ₂								
	pO ₂								
	HCO ₃								
	BE								
Тәуліктік сұйықтыққа мұқтаждылығы Суточная потребность в жидкости		Мл/кг/ т ә у Мл/кг/ сут	Инфузия жылдамдығы Скорость инфузии				Мл/ сағ Мл/ час		
Дәрі-дәрмек атауы/уақыт Лекарственные препараты/время									
Санация									
Тамақтануы/Кормление (мл)									
Диурез (мл)									
Үлкен дәреті/стул									
Тасымалдауда алған толық сұйықтық көлемі/Общий объем за время транспортировки (мл)		М л Мл	Диурез жылдамдығы/ Скорость диуреза				Мл/кг/сағ Мл/кг/час		

Нәрестеге
комфорт
дәрежесін
бағалау/
Оценка степени комфорта для новорожденного

М а з а с ы з / Возбужденный	Белсенді/ Активный	Медициналық Медицинский сон	ұйқы/ Уйқылы/ Сон

Седативті және паралитикалық дәрілерді қолдану/
Использование седативных и паралитических препаратов

Алды/Получил	Дәрі дәрмек аты жөні/ Название лекарственного препарата	Дозасы/ Доза препарата
И я / Д а Жоқ /Нет		

Атанасына нәрестенің тасымалдауы туралы толық мәлімет берілді/

Родители получили полную информацию по поводу транспортировки
новорожденного

Ия/да

Жоқ/нет

Егерде алмаса, онда неге?/Если родители не получили, то по какой причине?

— — — — —

Дәрігер аты жөні (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) врача _____

Медициналық бике аты жөні (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии)
медицинская сестра _____

Тасымалдау күні, уақыты/Дата и время перевода _____

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

Жаңа туған нәрестені тасымалдауға арналған құрал жабдықтармен
дәр-дәрмектердің дайындылығын тексеру парағы
Проверочный лист оборудования и медикаментов для транспортировки
новорожденного

№	Тексеру күні, уақыты/ Дата и время проверки дәрі-дәрмектердің атаулары/Наименование лекарственных препаратов	Медициналық аппараттар мен заттардың
1.	Транспорттық инкубатор/ Транспортный инкубатор:	
	Оттегі баллоны/Кислородный баллон	
	Ауа баллоны/Баллон с воздухом	
	Акумулятор /Акумулятор	
2.	Жасанды тыныс беру аппараты/Аппарат ИВЛ:	
	Тыныс беру контуры / Дыхательный контур	
	Ылғалдандырғыш/увлажнитель	
	Стерильная вода/Стерильді су	
3.	Реанимацияға арналған жинақ/Набор для реанимации:	
	Интубациялық түтікшелер № 2; 2,5; 3,0; 3,5; 4; 4,5 Интубационные трубки № 2; 2,5; 3,0; 3,5; 4; 4,5	
	Ларингоскоп № 1; 0; 00/Ларингоскоп № 1; 0; 00	
	Жабыстырғыш/Лейкопластырь	
	Жасанды вентиляция үшін өз бетімен ашылатын қап/Саморасправляющийся мешок для вентиляции	
	Мезгілінен ерте және мезгілінде туған нәрестелер үшін маскалар Маска для доношенного и недоношенного ребенка	
4.	Дәрі дәрмектер/Лекарственные препараты	
	Дофамин 0,5%	
	Адреналин 0,1%	
	Ф и з и о л о г и я л ы қ е р і т і н д і 0 , 9 % Физиологический раствор 0,9%	
	Гентамицин 4%	
	Ампициллин 250 мг	
5.	Аспирациялық катетерлер № 6, 8, 10, 12 Аспирационный катетер № 6, 8, 10, 12	
6.	Кардиомонитор	
	Неонатальды сатурациялық датчиктер Неонатальные сатурационные датчики	
	Неонатальды қан қысым манжеталары Неонатальные манжеты для измерения АД	

	Дене қызуын Датчики для измерения температуры тела	өлшейтін	датчиктер
7.	Перифериялық Периферические катетеры №	катетерлер	№
8.	Кіндік катетері/Пупочный катетер		
9.	Стерильді пинцет/Стерильный пинцет		
10.	Фонендоскоп		
11.			
	Дәрігердің қолы/ подпись врача		

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

(Бірініші беті/Первая страница)

Тасымалдау кезінде болған төтенше жағдай протоколы
Протокол о чрезвычайной ситуации во время перевода

	Тасымалдау командасы келмей тұрып/ До появления транспортной команды	Хал жағдайын тұрақтандыру кезінде/ Во время стабилизации	Тасымалдау кезінде/ Во время перевода	Қабылдайтын мекемеде/В принимающем учреждении
Жоспарланбаған экстубация/ Не запланированная экстубация				
pH > 7,5				
Экстравазация / Экстравазация				
Тасымалдау кезіндегі газдың жоғалуы/ Утечка газа во время перевода				
Жолда жоспарланбаған тоқтау/ Не запланированная остановка в дороге				
Коммуникациялық проблемалар/ Коммуникационные проблемы				
Медициналық аппаратпен байланысты проблемалар / Проблема связанная с оборудованием				
Клиникалық төтенше жағдай Клинический акцидент				

Дәрі дәрмекті кате беру/ Ошибка лекарства				
Тасымалдауды тоқтату/ Отмена перевода				
Нәрестенің жолда шетінеуі/ Смерть ребенка во время перевода				
Құжаттың дайын болмауы/ Не готовность документации				
Команда кеш келді/ Команда вернулась поздно				
Команда жолданған мекемеде 4 сағаттан аса болды/Команда находилась в направленном стационаре более 4 часов				

Төтенше жағдайдың сиппатамасы/Описание чрезвычайной ситуации во время транспортировки

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Дәрігер аты жөні (болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) врача _____

Медициналық бике аты жөні(болған жағдайда) /ФИО (при его наличии) медицинская сестра _____

Тасымалдау күні, уақыты/Дата и время перевода _____

(Келесі беті/следующая страница)

Тасымалдау кезінде болатын төтенше жағдайлар бойынша түсініктемелер
Разъяснение чрезвычайных ситуации во время транспортировки

1. Төтенше жағдай түрлері/виды чрезвычайных ситуации во время транспортировки

a. Нәрестенің жолда шетінеуі/Смерть ребенка во время транспортировки

b. Жоспарланбаған экстубация/Незапланированная экстубация

c. Экстравазация

d. $pH > 7,5$

e. Газдың жоғалуы/Утечка газа

2. Коммуникациялық/Коммуникационные

a. Сыртқы/внешний

b. Ішкі/внутренний

3. Аппаратпен байланысты/Связанные с оборудованием

a. Медициналық/медицинские

b. Медициналық емес/не медицинские

c. Көлікпен байланысты/связанная с автомобилем

4. Клиникалық жағдайлар/Клинические ситуации

a. Нәресте алып келгеннен кейін 48 сағат ішінде шетінесе/смерть ребенка в течении 48 часов после прибытия

b. Тасымалдау кезінде реанимация жүргізу/проведение реанимации во время транспортировки

c. Тасымалдау кезінде пневмоторакс пайда болу/Пневмоторакс во время транспортировки

d. Дене қызуы $36,5^0\text{C}$ төмен болу/Снижение температура тела менее $36,5^0\text{C}$

e. Гипогликемия < 2 ммоль/л

f. Артериальді гипотензия/Артериальная гипотензия

g. Басқада/Другие

5. Дәрі дәрмекпен байланысты қателіктер/Ошибки связанные с медикаментами

a. Дәрідәрмекпен байланысты/Связанная с лекарством

b. Сұйықтықпен байланысты/Связанная с инфузионным препаратом

6. Тасымалдауды тоқтату/Прекращение транспортировки

a. Қабылдайтын мекеменің бас тарту салдарынан/Из-за отказа принимающей стороны

б. Нәресте хал жағдайының нашарлауынан/В связи с ухудшением состояния ребенка

7. Жолда жоспарланбаған тоқтау/Незапланированная остановка во время транспортировки

а. Көлікке байланысты/связанная с автомобилем

б. Қызметкерге байланысты/связанная с сотрудником

с. Басқа/Другие

8. Документациямен байланысты/Связанная с документацией

а. Тасымалдау командасына байланысты/связанная с транспортной командой

б. Жолдайтын мекеме салдарынан/Связанная с отправляющей стороны

9. Тасымалдайтын команда кеш келді/Транспортная команда вернулась поздно

10. Қызметкерлерге байланысты/Связанная с сотрудниками

а. Дәрігерге байланысты/Связанная с врачом

б. Медбикеге байланысты/Связанная с медсестрой

с. Жүргізушіге байланысты/Связанная с водителем

11. Басқа/Другие

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
(Вкладной лист к истории развития новорожденного)

Нәрестенің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)
новорожденного)

Балаға мамандардың консультациялары
Консультация ребенка специалистами

Пульмонологтың тексеріп-қарау нәтижелері (Результаты осмотра пульмонолога)

— — — — — — — —

— — — — —

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Отоларингологтың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра отоларинголога)

— — — — — — — —

— — — — —

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Кардиологтың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра кардиолога)

— — — — — — — —

— — — — —

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Басқа мамандардың тексеріп-қарау нәтижелері (результаты осмотра других специалистов)

— — — — — — — —

— — — — —

Диагноз

Тағайындаулар (Назначения):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультациялау күні (Дата консультации)

Офтальмологтың тексеру нәтижелері/результаты осмотра офтальмолога

Шағымдар, ауру сыртартпасы _____

Жалобы, анамнез заболевания

	OD	OS
Реакция на свет, в т.ч. реакция зрачка на свет		
КІҚ (ВГД пальпаторно)		
Қ о с а л қ ы а п п а р а т Придаточный аппарат		
А л д ы ң ғ ы к е с і н д і с і Передний отрезок		
С ы н у о р т а с ы Преломляющие среды		

Көзтүбі (Глазное дно) _____

Қ о с ы м ш а	д е р е к т е р	(у д з)	
Дополнительные данные: (УЗИ)			

Диагнозы: _____

Диагноз _____

- - - - -

Тағайындаулар/назначения:

1.

2.

3.

Ұсыныстар: рекомендации: _____

- - - - -

- - - - -

Консультант _____

қолы (подпись)

Консультация күні/Дата консультации

Жаңа туған нәрестенің даму тарихының қосымша парағы
Вкладной лист к истории развития новорожденного

Науқас жағдайының негізгі көрсеткіштері мен жаңа туған нәрестелердің
реанимациясы және қарқынды терапиясы бөлімшесіндегі тағайындаулар картасы
Карта основных показателей состояния больного и назначений в отделении (палате)
реанимации и интенсивной терапии новорожденных

[illegible]

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____ Кезекші дәрігер (Дежурный врач)

Кезекші мейіргер/мейіраға (Дежурная медицинский(ая) сестра/брат) _____
 _ Кезекші мейіргер/мейіраға (Дежурная медицинский (ая)сестра/брат)_____

* режимдер *режимы выставяются имеющиеся на аппаратах ИВЛ в зависимости от производителя

Е с к р т п е :

СФМ	—	сұйықтыққа	физиологиялық	мұқтаждық/
Рег	—	ос	—	ішкі / внутрь
к/т	—	көк	тамырға / внутривенно	к/т
к	—	көмірсу / углеводы	м	к
м	—	май / жиры	м.т. — масса тела	м

д.м. – дене массасы/масса тела

Tin - время вдоха Tex – время выдоха f – set (IMV) – установленная частота аппаратного дыхания fiO2 - концентрация подаваемого кислорода IMV peak – пиковое давление MAP – среднее давление в дыхательных путях PEEP – положительное давление в конце выдоха HFO frequency – частота высоко частотной вентиляции HFO amplitude – амплитуда высокочастотной вентиляции IMV im - измеряемый на вдохе минутный объем, создаваемый принудительными вдохами во время высокочастотной вентиляции DCO2 –коэффициент вывода углекислого газа Vt – im – измеряемый дыхательный объем во время вдоха, создаваемый высокочастотными импульсами Vthf –усредненный дыхательный объем при высокочастотном вентилировании pH – степень кислотности pO2 – парциальное напряжение кислорода pCO2 – парциальное напряжение углекислого газа	Tex – время выдоха f – set (IMV) – установленная частота аппаратного дыхания fiO2 - концентрация подаваемого кислорода IMV peak – пиковое давление MAP – среднее давление в дыхательных путях PEEP – положительное давление в конце выдоха HFO frequency – частота высоко частотной вентиляции HFO amplitude – амплитуда высокочастотной вентиляции IMV im - измеряемый на вдохе минутный объем, создаваемый принудительными вдохами во время высокочастотной вентиляции DCO2 –коэффициент вывода углекислого газа Vt – im – измеряемый дыхательный объем во время вдоха, создаваемый высокочастотными импульсами Vthf –усредненный дыхательный объем при высокочастотном вентилировании pH – степень кислотности pO2 – парциальное напряжение кислорода pCO2 – парциальное напряжение углекислого газа BE – дефицит оснований

BE – дефицит основания	Sat O2 – сатурация	Sat O2 – сатурация
Пульс	Пульс	Пульс
АД – артериальное давление	АД – артериальное давление	АД – артериальное давление
ЧД – частота дыхания ребенка	ЧД – частота дыхания ребенка	ЧД – частота дыхания ребенка
Температура	Температура	Температура
CPAP – спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением в дыхательных путях	CPAP – спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением в дыхательных путях	CPAP – спонтанное дыхание с постоянным положительным давлением в дыхательных путях
IPPV/IMV – режим принудительной перемежающей вентиляции	IPPV/IMV – режим принудительной перемежающей вентиляции	IPPV/IMV – режим принудительной перемежающей вентиляции
SIMV – синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция	SIMV – синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция	SIMV – синхронизированная перемежающаяся принудительная вентиляция
SIPPV/AC/PTV - искусственная вентиляция легких с перемежающимся положительным давлением, синхронизируемая с самостоятельным дыханием пациентом	SIPPV/AC/PTV - искусственная вентиляция легких с перемежающимся положительным давлением, синхронизируемая с самостоятельным дыханием пациентом	SIPPV/AC/PTV - искусственная вентиляция легких с перемежающимся положительным давлением, синхронизируемая с самостоятельным дыханием пациентом
PSV – режим вентиляции с поддержкой давления	PSV – режим вентиляции с поддержкой давления	PSV – режим вентиляции с поддержкой давления
VIVE – раздельное регулирование потока на вдохе и выдохе	VIVE – раздельное регулирование потока на вдохе и выдохе	VIVE – раздельное регулирование потока на вдохе и выдохе
Примечание:		Примечание*: г
ФПЖ – физиологическая потребность в жидкости		организациями,
Per os – внутрь		

A4 форматы

Формат A4

	Нысанның БҚСЖ бойынша коды Код формы по ОКУД _____ ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 102/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 102/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

отделения (палаты) новорожденных

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончен)

Журнал 1-ші (физиологиялық) және бөлек 2-ші

обсервациялық нәрестелер бөлімшелерінде

жүргізіледі

Журнал ведется в 1-м

физиологическом) и отдельно во

2-м—обсервационном

отделениях новорожденных

102/е н. 3 беті

стр. 3 ф. № 102/у

Туған	кездегі
При рождении	

Р/с № п/п	Босану тарихы мен нәрестенің даму тарихының № истории родов и истории развития новорожденного	Бала бөлімшеге қайдан түсті және түскен күні Откуда ребенок поступил в отделение и дата поступления	Анасының тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество матери и отца	Қаланың, ауылдың тұрғыны (көрсетіңіз) Жительница города, сельской местности (указать)	Туған күні (күні, айы, сағ., мин.) Дата рождения (число, мес. час, мин.)	Жынысы Пол	Салмағы Масса	Бойы Рост	Апгар шкаласы бойынша бағалау Оценка по Апгар	Бала мерзімінде, мерзімінен бұрын туылды Ребенок донош. недоношен.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Нәрестелік кезеңінің ағымы науқастанып (сырқаттанып) туған балалар үшін клиникалық диагнозы Течение периода новорожденности, клинический диагноз для детей, родившихся больными (заболевшими)	Туберкулезге қарсы егу: иә, жоқ Вакцинация БЦЖ да, нет	Аяқталуы Исход	Шыққанда ауыстырылғанда) При выписке (переводе)		Баланың шыққаны туралы, балалар емханасына хабарланғаны туралы белгі (иә, жоқ) Отметка об уведомлении детской поликлиники о выписке ребенка да, нет)	Ескерту (басқа ұйымға ауыстырылғанда, көрсеткіштері, басқа мәліметтер) Примечание (при переводе в др. организацию, показания, другие сведения)
		Шықты, ауыстырылды (қайда), қайтыс болды, күнін көрсетіңіз Выписан, переведен(куда), умер указать дату	Жағдайы (жалпы жағдайы), қанының кіндік қалдығынын және т.б. Жағдайы Состояние (общ. состояние), сост. крови, пуповинного остатка и др.	Баланың салмағы Масса (вес) ребенка		
12	13	14	15	16	17	18

Приложение 2 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 2 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого

официального опубликования); от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.07.2016 № 665 (вводится в действие с 01.01.2017); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 001-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-4/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы	Медицинская документация
Наименование организации	Форма 001-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Консультацияға, диагностикалық зерттеуге

(керектісінің астын сызыңыз)

ЖОЛДАМА

№ _____

НАПРАВЛЕНИЕ

на консультацию, диагностическое исследование

(нужное подчеркнуть)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 022-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 022-2/У Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**ПСИХИКАЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТЫ ҚОЛДАНУ ЖӘНЕ МАС БОЛУ КҮЙІ
ФАКТІСІН
АНЫҚТАУ ҮШІН МЕДИЦИНАЛЫҚ КУӘЛАНДЫРУДЫ ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ
ФАКТА
УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА И СОСТОЯНИЯ
ОПЬЯНЕНИЯ**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

					Куәландыратын тұлғаның жеке б а с ы н куәландыратын	

р.с.№ п/п	Куәландыруды өткізу күні және уақыты Дата и время проведения освидетельствования	Куәландыратын тұлғаның ТАӘ Ф И О освидетельствуемого лица	Туған жылы (жасы) Год, рождения (возраст)	Тұрғылықты ж е р і Место жительства	құжат атауы, нөмірі Наименование, номер документа, удостоверяющего личность освидетельствуемого лица	Жұмыс орны және лауазымы Место работы и должность
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Куәландыруға қашан, кім жіберді Когда, кем направлен на освидетельствование	Тұлғаны жеткізген құжат сериясы, нөмірі, ресми жолдама нөмірі Серия, номер документа доставившего лица, номер официального направления	Куәландыруға жіберу себебі Причина направления на освидетельствование	Осы факт бойынша куәландыру, бірінші, қайталап Освидетельствование по данному факту первичное, повторное	Акт нөмірі және куәландыру нәтижесі Номер акта и результат освидетельствования	Куәландыру өткізген дәрігердің (медициналық қызметкердің) тегі, қолы Фамилия врача (медицинского работника), проводившего освидетельствование, подпись
8	9	10	10a	11	12

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 023 /е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 023/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой 023/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Тәуелсіз сарапшының есеп картасы
У ч е т н а я к а р т а
независимого эксперта

Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты(болғанжағдайда)/Отчество (при его
наличии) _____ ЖСН/ИИН _____

Туған күні (күні/айы/жылы) (Дата рождения (день/месяц/год) ____/____/____

Жынысы: ер, әйел (Пол: муж, жен) _____

Туған жері (Место рождения) _____ елі(страна)

Ұлты (Национальность) _____

Тұрғылықты орны (Место жительства):

Облыс (область) _____ аудан(район) _____

Елді мекені (Населенный пункт) _____

Көшесі, үй (Улица, дом) _____

Жұмыс телефоны (Телефон рабочий) _____ (Ұялы телефон)
сотовый _____, e-mail _____

Жоғары оқу орнының бітірген жылы (Год окончания высшего учебного заведения) _____

Диплом № (№ диплома) _____

Диплом бойынша мамандығы (Специальность по диплому) _____

Ғылыми дәрежесі (Ученая степень) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Лауазымы (Занимаемая должность) _____

Мемлекеттік тілді білуі (Знание государственного языка) _____

Орыс тілін білуі (Знание русского языка) _____

Шет тілін білуі (Знание иностранного языка) _____

Мамандықтары бойынша ақпарат (Информация о специализациях):

Мамандығы/Специальность	Өткен жылы/Год прохождения

Соңғы аккредиттеуден өткен күні (Дата прохождения последней аккредитации) _____

Нәтижесі (Результат) _____

Аккредиттеу куәлігінен ауыру күні (Дата лишения свидетельства об аккредитации) _____

Шетелде маман ретінде жұмысы (Работа за рубежом в качестве специалиста):

Ел (страна) _____ бастап (с) _____ ж.(г.) дейін (по) _____
ж.(г.)

Ел (страна) _____ бастап (с) _____ ж.(г.) дейін (по) _____
ж.(г.)

Ел (страна) _____ бастап (с) _____ ж.(г.) дейін (по) _____
ж.(г.)

Баспа жұмыстары туралы ақпарат (Информация о печатных работах)

Жарияланымдар саны (Количество публикаций):

а) барлығы (всего): _____, соның ішінде (в т.ч.) республикалық баспада (в республиканской печати) _____, ТМД(СНГ) _____, халықаралық(международной) _____

Монографиялар, оқулықтар саны (Количество монографий, учебников): _____

Әдістемелік ұсынымдар саны (Количество методических рекомендаций): _____

Отчет независимого эксперта

Т ә у е л с і з с а р а п ш ы е с е б і

Есептік жыл _____

Отчетный год _____

I. Медициналық қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік органдармен қатыстырылуы

Привлечение государственным органом в сфере оказания медицинских услуг

1. Медицина қызметкерлері үшін біліктілік емтихан өткізу

Проведение квалификационного экзамена для медицинских работников

1) Біліктілік емтихан өткізуге қатысу жағдайларының саны -

Количество случаев участия в проведении квалификационного экзамена -

Олардан:

Из них:

Жоғары санатқа - _____

На высшую категорию - _____

1-санатқа - _____

На 1 категорию - _____

2-санатқа - _____

На 2 категорию - _____

2) Біліктілік емтиханның қай бөлімін өткізу үшін:

Медициналық қызметкерлердің біліктілік есептердің талдауы - _____

Сұхбаттасу - _____ қатыстырылды.

К проведению какой части квалификационного экзамена привлекался:

Анализ квалификационных отчетов медицинских работников - _____

Собеседование - _____

2. Мемлекеттік органдардың және денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларын аттестаттау

Аттестация руководителей государственных органов и организаций здравоохранения

Мемлекеттік органдардың басшыларын аттестаттаудан өткізуге қатысу жағдайларының

саны - _____

Количество случаев участия в проведении аттестации руководителей государственных органов - _____

Мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымдарының басшыларын аттестаттаудан өткізуге қатысу жағдайларының саны - _____

Количество случаев участия в проведении аттестации руководителей государственных организаций здравоохранения - _____

3. Қорытынды берумен бірге медициналық қызметтерді жарнамалау материалдарына сараптама

Экспертиза материалов рекламы медицинских услуг с выдачей заключений

Қарастырылған жарнамалық материалдар саны - _____

Количество рассмотренных рекламных материалов - _____

4. Медициналық көмек сапасына байланысты азаматтар өтінішін қарау

Рассмотрение обращений граждан, связанных с качеством медицинской помощи

Әр қайсына қысқа сипаттамамен бірге жеке және заңды тұлғалардың өтініштерін қарау жағдайларының саны:

Количество случаев рассмотрения обращений физических и юридических лиц с кратким описанием каждого:

Өтініште баяндалған негізгі деректер

основные факты, изложенные в обращении _____

- - - - -

қарау нәтижелері бойынша көрсетілген деректер дәлелденді ме _____ (ия/жоқ)

подтвердились ли указанные факты по результатам рассмотрения _____ (да/нет)

- клиникалық жағдайдың қандай сараптама әдістері қолданылды

-какие методы экспертизы клинического случая были использованы

- медициналық құжаттама сараптамасы

- экспертиза медицинской документации
 - емделушіні тексеру
 - осмотр пациента
 - медициналық жұмыскерлермен сауалнама
 - опрос медицинских работников
 - сараптама нәтижелері
 - результаты экспертизы
-
-
-
-

5. Мемлекеттік органмен жоспарлы және жоспардан тыс тексеруді өткізуге қатыстырылу

Привлечение к проведению плановых и внеплановых проверок государственным органом

Жоспарлы және жоспардан тыс тексеруге тарту жағдайлар саны

Количество случаев привлечения к плановым и внеплановым проверкам

тексерудің негізгі сұрақтары _____

основные вопросы проверки _____

тексеру барысындағы медициналық қызмет сараптамасының нәтижелері _____

результаты экспертизы медицинской деятельности в ходе проверки _____

II. Денсаулық сақтау басқармасының мемлекеттік органдарымен және құқық қорғау органдарымен сарапшының қатыстырылуы

Привлечение эксперта государственными органами управления здравоохранением и правоохранительными органами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
—	—	—	—	—	—	—	—
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
—	—	—	—	—	—	—	—
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
—	—	—	—	—	—	—	—
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

III. Халықпен, медициналық қызметкерлермен, басқа мүдделі тұлғалармен сарапшының қатыстырылуы

Привлечение эксперта населением, медицинскими работниками, другими заинтересованными лицами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

IV. Халықпен және басқа мүдделі тұлғалармен қатыстырылу

Привлечение населением и другими заинтересованными лицами

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

— — — — —

V. Денсаулық сақтау басқарма органдармен қатыстырылу

Привлечение органами управления здравоохранения

Сараптау қызметтеріне және сараптама нәтижелеріне жүгіну себептерінің қысқаша сипаттамасы

Краткое описание причин обращения за экспертными услугами и результатов экспертизы

— — — — —

— — — — —

A4 форматы Формат A4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 027/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) _____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента _____

Туғанкүні, айы, жылы/День, месяц, год рождения _____

Көшірме жіберілген ұйымның атауы мен мекенжайы (название и адрес организации
к у д а н а п р а в л я е т с я в ы п и с к а)

Науқастың үйінің мекенжайы (Домашний адрес)_____

Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий)_____

Күндері: а) амбулатория бойынша: сырқаттары (Даты: а) по амбулатории:
з а б о л е в а н и я)

стационарға жіберілуі (направления в стационар)_____

б) стационар бойынша: түсуі (по стационару: поступления) _____

шығуы (выбытия)_____

Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное
заболевание, сопутствующее осложнение)_____

Шағымдары

(Жалобы):_____

- - - - -

Anamnesis Morbi: _____

A n a m n e s i s v i t a e :

Аллергоанамнез

ауыртпалы емес (не отягощен)

а у ы р т п а л ы (о т ы г о щ е н) :

Тұқым қуалаушылық (Наследственность):

ауыртпалы емес (не отягощена);

а у ы р т п а л ы (о т ы г о щ е н а) :

Дәрі-дәрмек қабылдауы (Прием медикаментов):

қабылдамайды (не принимает)

қ а б ы л д а й д ы (н е н і , қ а ш а н , н е г е)
(п р и н и м а е т (ч т о , к о г д а и з а ч е м)) :

Эпидемиологиялық (эпидемиологический) анамнез:

ауыртпалы емес (не отягощен)

ауыртпалы (отягощен) :

Гемотрансфузиялар (гемотрансфузии)

Хирургиялық интервенциялар (Хирургические вмешательства)

В гепатитінің вирусы қарсы вакцинация (вакцинация против вируса гепатита В)

Иммунопрофилактика:

өткізілді (проводилась)

жоқ (нет)

басқа (др.)

БЦЖ тыртығы (Рубчик БЦЖ):

өлшемі (размер) : мм.

Диспансерлік тізімде тіркелуі (Состоит на диспансерном учете):

жоқ (нет);

ия (да):

Қажеттілігі бойынша* (Сведения по необходимости*)

* Туылған кездегі салмағы (При рождении вес): гр. бойы (рост): см.

*Тамақтануы (Вскармливание):

табиғи (естественное до)

жасанды (искусств);

аралас (смешанное)

* Соңғы туберкулинді сынама (Последняя туберкулиновая проба)/ /201 г

Нәтижесі (Результат)

оң (положительный);

теріс (отрицательный);

мәлімет жоқ (нет данных)

* Психофизикалық дамуы жасына сәйкес келуі (Психофизическое развитие соответствует возрасту):

ия (да);

жоқ (нет):

Status praesens, statusnervosus	
Жағдайы (Состояние): қанағаттанарлық (удовлетворительное); орташа дәрежелі (средней степени); ауыр, (тяжелое, за счет)	Конституциясы(Конституция): астеникалық (астенич.) гиперстеникалық (гиперстенич.)
_____ Есі (Сознание): анық (ясное); басқа (др): _____ Сөйлеу (Речь): анық(ясная); басқа(др): _____ Есту (Слух): мазаламайды (не беспокоит); төмендеген(снижен) Көру (Зрение): мазаламайды(не беспокоит); төмендеген (нарушено) Белсенділігі (Активность): сақталған (сохранена); шектелген (ограничена); қатаң шектелген (резко ограничена)	қ а л ы п т ы (н о р м а) ; Жүріс-тұрысы науқас жасына сәйкес (Поведение соответствует возрасту пациента): ия (да); ж о қ (н е т) Эмоционалды статусы (Эмоциональный статус): қалыпты (нормальный); лабильді (лабильный) Ұйқысы (Сон): қалыпты (нормальный); бұзылған (нарушен): _____ Тәбеті (Аппетит): қалыпты (нормальный); жоғарлаған (повышен) төмендеген (снижен), (қай уақыттан бастап (с каких пор)):
Глазго кома шкаласы бойынша науқас есінің жағдайын бағалау (Оценка состояния сознания пациента по шкале комы Глазго):	
Тері жамылғысы және көрінетін шырышты қабаттар (кожные покровы и видимые слизистые)	
Т е м п е р а т у р а _____ С Көрінетін шырышты қабаттары (Видимые слизистые): қалыпты (таза, ылғалды)/в норме (чистые, влажные); б а с қ а с ы (д р .) :	
_____ Араң (Зев): қалыпты (в норме);	

гиперемияланған (гиперемирован);

басқа (др.): _____

Бадамша бездері (Миндалины):

қалыпты (в норме);

гипертрофияланған (гипертрофированы);

б а с қ а (д р .) : _____

Терісі (Кожа):

қалыпты (түсі физиологиялы/кызғылт/қалыпты; таза)/в норме (цвет физиол. / розов. / норм.; кожные покровы чистые);

бозарған (бледная);

сарғайған (желтушная);

жер түсті (землистая);

кызарулар (покраснения);

цианоз;

депигмент.;

закымданулар (повреждения);

экхимоз;

бөртпе (сыпь) _____

Ылғалдылығы (Влажность):

қалыпты (в норме);

ылғал (влажная);

айқын (выраженный) гипергидроз;

құрғақ (сухая);

әжімді (морщинистая);

т у р г о р т ө м е н д е г е н (т у р г о р с н и ж е н);

Лимфа түйіндері (Лимфатические узлы):

ұлғаймаған (не увеличены);

басқа Ісінулер (Отеки):	(др.): _____
жоқ (нет);	
бар (есть) локализация:	
Бұлшықеттік және (мышечная и костно-суставная система)	буын-сүйектік жүйе
Буын-сүйектік жүйе (Костно-суставная система):	
жасына сәйкес (соответствует возрасту);	
деформациясы бар (есть деформации) _____	

Бұлшықеттік жүйе (Мышечная система):	
ауытқусыз (без патологий);	
гипотонус;	
гипертонус	
Тыныс алу жүйесі (дыхательная система)	жүйесі
Тыныс алу жиілігі (Частота Дыхательных Движений): _____ мин.	
өлшенбеген (не измерялось);	
тыныс алу жүйесінде ақаулар жоқ (в дыхательной системе патологии нет)	
Тыныс алу (Дыхание):	
кеуделік (грудное);	
іштік (брюшное);	
аралас (с смешанное)	
Еңтігу (Одышка):	
инспираторлы (инспираторная);	
экспираторлы (экспираторная);	
аралас (смешанная);	
қосымша бұлшықеттердің қатысуы (участие вспомогательной мускулатуры)	
Жөтел (Кашель):	
бөліндісіз (непродуктивный);	
бөліндімен, қақырық (продуктивный, мокрота): _____	
Аускультация:	

везикулярлы (везикулярное);

катаң (жесткое);

әлсіреген (ослабление);

сырылдар

(хрипы): _____

Перкуссия:

өткізілмеді (не проводилась);

короптық (коробочный);

тұйық (притупление);

өкпелік дыбыс (легочной звук) Басқа (Другое): Сатурация: O₂-% _____

Жүрек - қантамыр
(сердечно-сосудистая система)

жүйесі

Жүрек жиырылысының жиілігі (Частота Сердечных Сокращений): ____ мин.

өлшенбеген

(не

измерялось)

Артериальды қысымы (Артериальное Давление): ____ мм сынап бағанасы (мм рт ст)

өлшенбеген(не измерялось);

Жүрек-қан тамыр жүйесі ақаусыз (Сердечно-сосудистая система без патологии)
Симптомдар (Симптомы): кеудедегі ауру / салдану / синкопе / жүрек соғысы / аяқтарындағы ауру сезімдері / бозғылт / көкшіл аяқ-қолдар (боль в груди / онемение / синкопе / сердцебиение / боли в ногах / бледные /
синюшны е конечности)

Жүрек шекарасы (Границы сердца): жоғарғы (верхняя): _____ оң (правая): _____ сол (левая): _____

Жүрек тондары (Тоны сердца):

ырғақты (ритмичные);

ырғақты емес (неритмичные)

айқын (ясные);

тұйықталған (приглушенные);

катаң

(глухие)

Басқа (Другое):

Асқазан - ішек

жолдары

(желудочно-кишечный тракт)

Асқазан-ішек тракты ақаусыз (тілі ылғалды, іші қатаймаған, ішек перистальтикасы қалыпты, ағзалар ауырмайды, үлкеймеген)

Желудочно-кишечный тракт без патологии (язык влажный, живот не напряжен, перистальтика кишечника в норме, органы безболезн. не увеличены);

Тілі (Язык):

кұрғақ (сухой);

жабылған (немен?) (обложен) _____;

жаралы элементтер (язвенные элементы) _____

Симптом:

жұту бұзылысы (нарушение глотания)

гиперсаливация

қыжыл (изжога)

жүрек айну (тошнота)

құсу (рвота)

б а с қ а (д р .) _____

Ішім (Живот) қатайған (напряжен): _____,

пальпация кезінде ауру сезімі (при пальпации болезненный): _____

Ішек перистальтикасы (Перистальтика кишечника):

жоғарылығы (повышена);

төмендеген (снижена);

ж о қ (о т с у т с т в у е т)

Бауыры (Печень):

қабырға доғасы қырынан ____ см. ұлғайған (увеличена на ____ см. из под края реберной дуги);

қабырға доғасы қырынан ____ см. кішірейген (уменьшена ____ см. от края реберной дуги)

пальпация кезінде ауырсыну (при пальпации болезненна)

Консистенция:

жұмсақ эластикалы (мягкая эластичная)

қ а л ы ң э л а с т и к а л ы (плотная э л а с т и ч н а я)

Өт қабығы (Желчный пузырь): қабықты симптом (пузырные симптомы)

теріс (отрицательные);

о ң (п о л о ж и т е л ь н ы е) _____

Көкбауыр (Селезенка):

ұлғайған (увеличена) _____ * _____ см. _____

пальпация	кезінде	ауырсыну(припальпацииболезненна)
Консистенция:		
жұмсақ эластикалы (мягкая эластичная)		
қ а л ы ң	э л а с т и к а л ы	(п л о т н а я э л а с т и ч н а я)
Дәреті (Стул):		
диарея;		
іш кату (запоры);		
қ а р а	м а й л ы	н ә ж і с (д е г т е о б р а з н ы й с т у л);
Басқа (Другое):		
З ә р ш ы ғ а р у ж ү й е с і (мочевыделительная система)		
ЗШЖ ақаусыз (зәр шығаруы еркін, түсі мөлдір, соққылау симптомы теріс)		
МВС без патологии (мочеиспускание свободное, цвет мочи прозрачный, симптом поколачивания отрицательный)		
Зәр шығаруы (Мочеиспускание):		
дизурия		
ауырсынусыз (безболезненное);		
ауырсынумен (болезненное)		
зәр ұстамауы бар (есть недержание мочи)		
б а с қ а	(д р .)	-----
Зәр түсі (Цвет мочи):		
лайланған (мутная);		
концентрленген (концентрированная);		
тұнбасымен (с осадком);		
гематурия;		
б а с қ а	(д р .)	-----
Оң соққылау симптомы (Симптом поколачивания положительный)		
оң (справа)		
сол (слева)		
е к і	ж а қ т а	(с о б е и х с т о р о н)
Бүйрек, қуық, несепағар нүктелерінің пальпациясы (Пальпация почек, моч.пузыря, мочеточниковых точек):		

өткізілмеді (не проводилась)	
ауырсынусыз (без боли);	
ауырсынудымен	(болезненна):
Басқа (Другое):	
S t a t u s g e n i t a l i s (Акушерлік статус/Акушерский статус)* қажеттілігі бойынша (по необходимости)	
Жатыр түбі биіктігі (Высота ДнаМатки):_____ см. Пікіріңіз (Комментарии):_____	
----- Іші (Живот)	
овоидты (овоидной);	
дөңгелек (округлой);	
басқа (др.) _____	формалы (формы)
Жатыр тонусы (Тонус матки):	
қалыпты (норма);	
толғақты (схватки) _____	
Ұрық орналасуы (Положение плода):	
бойлық (продольное);	
қиғаш (косое);	
көлденең (поперечное);	
----- Келе жатқан бөлігі (Предлежащая часть):_____	
----- Ұрық жүрек соғысы (Сердцебиение плода):	
айқын (ясное);	
тұйық (приглушенное);	
катаң (глухое);	
жоқ (отсутствует);	
ырғақты (ритмичное);	
ырғақты _____	емес (неритмичное)
Ұрық қозғалысы (Шевеление плода):	
белсенді (активное);	

әлсіз (слабое);

жоқ (отсутствует)

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы):

өзгеріссіз (без изменений);

өзгерген (изменены): _____
Айнамен қарау (Осмотр в зеркалах):

өткізілмеген (не проводился)
Шырыштары (Слизистая)

қалыпты (норма);

басқа (др.) _____
Жатыр мойны (Шейка матки)

эрозияланған (эрозирована);

эрозияланбаған (не эрозирована);

б а с қ а (д р .) _____
Бөлінділер (Выделения)

шырыш (слизистые)

ақ етеккір (бели)

сулы (водянистые)

қанды (кровянистые)

б а с қ а (д р .) _____
PV:Қынап (Влагалище)

туғандікі (рожавшей);

тумағандікі (нерожавшей);

өзгерістер (изменения): _____
Жатыр мойны (Шейка матки)

сақталған (сохранена);

жұмсарған (размягчена);

қысқарған (укорочена);

тегістелген	(сглажена);
Жатыр аузының ашылуы (Открытие маточного зева на)	_____ см.
Жатыр мойнының орналасуы (Шейка маткирасположена):	
артында (кзади);	
алдында (кпереди)	
жамбастың өткізілген осімен (по проводной оси таза)	
Жатыр мойнынң ұзындығы (Длина шейки матки):	_____см.
Цервикальді өзек (Цервикальный канал):	
жабық (сомкнут);	
өткізіледі (проходим)	_____ см.
Ұрық көпіршігі (Плодный пузырь):	
тұтас (цел);	
анықталмайды (не определяется)	
Келетін бөлігі (Предлежащая часть):	
бас (головка);	
жамбас (тазовый конец)	
басқа (др.):_____	
Statuslocalis * қажеттілігі бойынша (по необходимости)	
_____ _____ _____ _____ _____	
Зерттеу (результаты обследования)	нәтижелері
Қан (Кровь):	
қан тобы (группа крови)_____ ;	
Rh-фактор_____	
резус-фактор бойынша антиденелер (антитела по резус-фактору)_____ ;	
Адам иммундық тапшылығы вирус (вирус иммунного дефицита человека)_____	
Қанның жалпы талдауы (Общий анализ крови)_____	
----- _____	

Биохимия:

коагулограмма

кангормондары(гормоныкрови):

басқа(др.):
Зәр(Моча):
Нәжіс(Кал):
Ультрадыбыстыкзерттеу(ультразвуковоеисследование):

R - г р а ф и я :

Басқа(Другие):

Өткізілгенемжәнеауруағымы
(проведенное лечение и течение болезни)

Наукастың ауруханадан шығуы (аударымы) кезіндегі жағдайы (Состояние пациента при выписке (при переводе))

Телемедицина:

өткізілмеді (не проведена);

өткізілді(проведена)

Өткізілген болса, қай мекемемен? (Если проведена, то с какой организацией?)

Қандай мамандармен? (с какими специалистами?)

Телемедицина қорытындысы (Заключение телемедицины):

Өтінім мақсаты (Цель заявки):

Консультация;

Операция;	
Биоматериал тасымалдау (Транспортировка биоматериалов);	
Науқас	(Транспортировка
тасымалдау	пациента)
Ұшақпен/тікұшақпен тасымалдау ғана науқастың немесе туысының ақпараттандырылған келісімі алынды (Информированное согласие пациента или родственника/опекуна на транспортировку воздушным судном взято):	
ия (да);	
ж о қ	(н е т)
Өтінім негіздемесі (Обоснование заявки): _____	

Дәрігердің тегі, аты-жөні

(Фамилия, инициалы врача): _____ Қолы (Подпись): _____

(при наличии/ болған жағдайда)

Байланыс номері (Контактный номер): _____

Мекеме басшысының тегі, аты-жөні

(Фамилия, инициалы руководителя организации): _____ Қолы (Подпись): _____

(при наличии/ болған жағдайда)

Байланыс номері (Контактный номер): _____

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 028/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 028/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 028/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 029/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 029/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**ЕМШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
УЧЕТА ПРОЦЕДУР**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Бөлме (Кабинет) _____

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

ЕСКЕРТПЕ: Бір жолғы емшаралар үшін жеңілдетілген нысандағы журналды

жүргізуге болады, онда 5 - бағаннан кейін емшара жүргізілген күнді

белгілеу үшін тек бір баған болады.

ПРИМЕЧАНИЕ:

(Для разовых процедур можно вести журнал упрощенной формы, в котором

после гр. 5 оставляется только одна графа для отметки даты проведения

процедуры)

Р/с п/п	№	Тегі, әкесінің Фамилия, отчество	аты, аты имя,	Жасы Возраст	Үй інің мекенжайы Домашний адрес	емшаралардың атауы (препарат) Наименование процедуры (препарат)	Тағайындалған емшаралар саны Количество назначенных процедур	Д о з а
1	2		3	4	5	6	7	

продолжение таблицы

Е м ш а л а р Даты проведения процедур																			ж ү р г і з і л г е н		к ү н д е р	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26				

ЕКШ-ы БАР НАУҚАСҚА ЖОЛДАМА ПАМЯТКА ДЛЯ БОЛЬНОГО С ЭКС

НАУҚАСТЫҢ НАЗАРЫНА!

Кардиостимулятор қойылған науқастар өз жасына сәйкес, жеңіл

жұмыстарға араласып, басқалармен қатар өмір сүре береді.

Аппаратты күн сайын қан тамыры соғуымен (міндетті түрде 1 минут бойы)

немесе айына 1 рет ЭКГ арқылы тексеру ұсынылады. Басқарылатын

аппараттардың бақылау ырғағын теріге магнит қойып өлшеу керек.

Бақылау ырғағы бастапқыдан минутына 8 импульске ауытқуы аппараты

ауыстырудың қажеттілігін айғақтайды. Ауыр жұмыс істеуге, шалт қимылдауға, күшті электромагнитті бөгелуі мен дірілі бар жұмыстармен айналысуға болмайды.

ВНИМАНИЮ БОЛЬНОГО!

Больной с кардиостимулятором может вести обычный образ жизни в соответствии с возрастом и выполнять легкую физическую работу.

Рекомендуется еженедельная проверка аппарата по пульсу (считать обязательно в течение 1 минуты) или ЭКГ 1 раз в месяц.

У управляемых аппаратов контрольный ритм измерять при наложении на кожу магнита.

Изменение контрольного ритма на 8 импульсов в минуту от исходного свидетельствует о необходимости замены аппарата.

Противопоказаны тяжелые физические нагрузки, резкие движения, работа, связанная с вибрацией, повышенные электромагнитные помехи.

Шұғыл жағдайлардағы ұсыным

Рекомендации при неотложных случаях

Жүрек қағысының күрт баяулап, есінен танып ұстамасы ұстаған кезде,

шұғыл хирургиялық көмек көрсетілгенге дейін симпатомиметикалық

препараттар қабылдау керек, мысалы: тілдің астына изадриннің $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$

таблеткасын үш сағат сайын. Тері астына 0,5 мл. 0,1% атропин немесе

эфедрин ерітіндісін енгізу қажет.

При резком замедлении ритма сердечных сокращений, появлении приступов

с потерей сознания до оказания экстренной хирургической помощи

необходимо принимать симпатомиметические препараты, например изадрин

под язык по $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$ табл. через 3 часа.

Подкожно ввести 0,1% раствор атропина или эфедрина по 0,5 мл.

Шұғыл медициналық көмек көрсететін ең жақын аурухананың мекенжайы

(диспансерлік қадағалауға тұрған ұйымда толтырады)

Адрес ближайшей больницы для оказания неотложной медицинской помощи

(заполняется по месту диспансерного наблюдения)

А4 Формат А4	форматы	БСН	бойынша	ұйым	коды	-----
		Код организации по БИН _____				
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 029-1/е нысанды медициналық құжаттама				
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 029-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907				

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой 029/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Ерітілген цитостатиктер есебінің

журналы

Журнал

учета разведенных цитостатиков

20 __ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начат) 20 __ жылғы (года) " __ " _____
_ аяқталды (окончен)

Цитостатикті ерітуге берілген күні / дата выдачи цитостатика для разведения	Берген тұлғаның аты-жөні (болған жағдайда), қолы/ФИО (при его наличии) и подпись выдавшего лица	Саны/ кол-во	Ерітілген күні/ дата разведения	Цитостатикті ерітуге жіберген бөлімшенің атауы/ наименования отделений направивших заявки на разведение цитостатика	Шығын (мг, құты/амп. саны)/ расход (мг, количество во флаконе /ампуле)	Цитостатиктің жалпы қалдығы/ общий остаток цитостатика	Жойылатын қалдықтың өлшері (мг, құты/амп. саны) / д о з а утилизируемого остатка (мг, количество во флаконе/ампуле)	Құтының, ампуланың ашылған уақыты, цитостатиктің нұсқаулығы бойыншасақтау уақыты және температурасы/ время вскрытия флакона/ ампулы, срок и температура хранения остатка цитостатика по инструкции	Е1 тұна Ф ра
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге толтырылған өтінімдерді тіркеу
Ж у р н а л ы
Ж у р н а л
 регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении
 Отделение _____
 20 __ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начат) 20 __ жылғы (года) " __ " _____
 аяқталды (окончен)

№ п/п	Күні / дата	Өтінім №/ № заявки	Бөлімше / отделение	Наукастың а у р у тарихының № / № истории болезни пациента	Наукастың аты-жөні/ Ф И О пациента (болған жағдайда), қолы/при его наличии)	Емдеуші дәрігердің аты-жөні/ Ф И О лечащего врача(болған жағдайда), қолы/при его наличии)	Тағайындалған цитостатиктің атауы (халықаралық патенттелмеген атауы), мөлшері/ Наименование назначаемого цитостатика (международное непатентованное наименование), доза
1	2	3	4	5	6	7	8

Цитостатикалық дәрілік заттарды орталықтандырылған еріту кабинеті медицина қызметкерлері № 2;3;4 ұяшықтары нтолтырады. Бас мейірбике клиникалық бөлімшеден дәрігерлердің барлық өтініштерін жинайды, клиникалық бөлімшеде цитостатиктерді ерітуге өтініштер үшін тіркеу журналында тіркейді (клиникалық бөлімшенің бас

мейірбикесі № 4 ұяшықтан басқа барлық ұяшықтарды толтырады, № 3 ұяшық еріткеннен кейін толтырылады) және цитостатиктерді тіркеу орталықтандырған кабинетке тапсырады

Медицинские работники кабинета централизованного разведения цитостатических лекарственных средств заполняют ячейки №2;3;4. Старшая медицинская сестра клинического подразделения собирает все заявки от врачей подразделения, регистрирует в журнале регистрации заявок на разведение цитостатиков в клиническом подразделении (ст. медсестра клинического подразделения заполняет все ячейки кроме №4, ячейка №3 заполняется после разведения) и передает в кабинет централизованного разведения цитостатиков

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ

для записи заключений врачебно-консультационной комиссии
20__ жылғы (года)

К	Науқасты				Жұмыс орны	Кәсібі
ү	жіберген	Науқастың			(кәсіпорынмен	(атқаратын
н	дәрігердің	тегі, аты,	Туған күні	Науқастың	цехтың, ұйымның	жұмысы,
і	тегі	әкесінің аты	Д а т а	мекенжайы	а т ы)	лауазымы)
Д	Фамилия	Фамилия, имя,	рождения		Место работы	Профессия
					(название	

	а	врача,	отчество		Адрес	предприятия	и (выполняемая
	т	направившего	больного		больного	ц е х а ,	работа,
	а	больного				организации)	должность)
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Наукастың ДКК-ға жіберілу диагнозы немесе себебі Диагноз или повод, по которому больной представлен на ВКК	Еңбекке жарамсыздық парағының № листка нетрудо-способности	Осы диагноз бойынша еңбекке жарамсыздық күндер саны Число дней нетрудо-способности по данному диагнозу	Комиссия қорытындысы (диагнозы, емделуге жолдау, жұмысын ауыстыру, еңбекке жарамсыздық парағы қанша күнге ұзартылды, МЭС-ке жолдану күні, МЭС қорытындысы т. б.) Заключение комиссии (диагноз, направление на спец. лечение, перемена работы, число дней продления листка нетрудоспособности, дата направления на МСЭ, заключение МСЭ и т.д.	Комиссия мүшелерінің қолы Подписи членов комиссии	Ескерту Примечания
9	10	11	12	13	14

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министірілігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Дәрігерлік – консультациялық комиссияның қорытындысы

Заключение врачебно – консультационной комиссии № _____

от "___" _____ 20__ года

Жеке тұлғаға берілді (Выдана физическому лицу)

Тегі (Фамилия) Аты (Имя)

Әкесінің аты (Отчество)

Туған күні (дата рождения) _____ Жынысы (пол) _____

Үйінің мекенжайы, телефоны (домашний адрес, телефон)

Жұмыс орны (место работы)

Диагнозы

Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы (заключение

врачебно – консультационной комиссии) _____

Комиссия төрағасы (председатель комиссии) _____

(ТАӘ) (ФИО) қолы (подпись)

Хатшы (секретарь)

(ТАӘ) (ФИО) қолы (подпись)

М.О

М.П.

Форма

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды _____ Б С Н бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 _____

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АНЫҚТАМА

СПРАВКА

Берілген күні/дата выдачи 20 ж./г. "... ".....

1. Т.А.Ә./Ф.И.О. _____

(в соответствии с документами,

удостоверяющими личность)

1-1. ЖСН/ИИН __. __.

2. Туған күні/дата рождения: _____ күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/
год

3. Мекен жайы/адрес (место постоянного жительства):

4. Диспансерлік есепте тұратыны//На диспансерном учете: состоит/не

состоит (нужное подчеркнуть).

Мөрдін
орны
Место
печати

Анықтама берген
Ф.И.О. врача, выдавшего справку _____

дәрігердің

Т.А.Ә/ Қолы/
Подпись

Күні 20 ____ жылғы " ____ " _____

Дата " ____ " _____ 20 ____ г.

Форма

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды _____ Б С Н бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 035-3/ у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 _____

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**ЕурАзЭҚ кіретін елдердегі еңбекші-мигранттың
денсаулық жағдайы жөніндегі медициналық қорытынды
Медицинское заключение о состоянии здоровья
трудящегося-мигранта государства-члена ЕврАзЭС ____ №**

место для фотографии

қорытынды беретін мекеменің (ұйымның)

атауы және мекенжайы

(наименование и адрес учреждения

(организации), выдавшего заключение)

1. Т.А.Ә.(толықтай)/

Ф.И.О.(полностью) _____

2. Жынысы / Пол _____

3. Туған күні / Дата рождения _____

4. Жеке басты куәландыратын құжат/

Документ, удостоверяющий личность _____

(құжаттың түрі, нөмірі, берілген күні және

берген мекеме, ЖСН/

вид документа, номер, дата выдачи

и кем выдан, ИИН)

5. Тұрғылықты мекенжайы /

Адрес постоянного места жительства _____

6. Тексеру нәтижесі /Результаты обследования*:

6.1. АИТВ инфекциясы: анықталды/анықталған жоқ**/ ВИЧ - инфекция:

выявлено/не выявлено**

6.2. ЖЖБИ (мерез, венериялық лимфогранулема (донованоз), шанкроид):

анықталды/анықталған жоқ ** / ИППП (сифилис, венерическая

лимфогранулема (донованоз), шанкроид):

выявлено/не выявлено**

6.3. Алапес (Гансен ауруы) анықталды/анықталған жоқ ** / Лепра

(болезнь Гансена): выявлено/не выявлено**

6.4. Психикалық аурулардың, нашақорлықтың белгілері:

анықталды/анықталған жоқ ** / Признаки психических заболеваний,

наркомании:

выявлено/не выявлено**

6.5. Туберкулез: анықталды/анықталған жоқ ** / Туберкулез: выявлено/не выявлено
**

Мемлекеттік денсаулық сақтау мекемесінің (ұйымының) басшысы /

Руководитель государственного учреждения (организации)

здравоохранения:

(Т.А.Ә., қолы / Ф.И.О., подпись)

М.О./ М.П.

Ескертпе:

*18 жасқа дейінгі баламен жатқан жағдайда 6.1-6.5-тармақшалары бойынша мәлімет, сонымен қатар АҚДС, полиомиелитке, қызылшаға, қызамыққа, паротитке, "В" вирустық гепатитіне, туберкулезге қарсы жасалған егулер (ауырған аурулары)

жөніндегі мәлімет, соңғы 3 жылдық туберкулез диагностикасының нәтижелері ұсынылады

**** қажетінің астын сызыңыз.**

Примечание:

*в случае пребывания с ребенком в возрасте до 18 лет предоставляются сведения по п.п. 6.1-6.5, а также сведения о наличии проведенных ранее прививках (перенесенных заболеваниях) – АКДС, против полиомиелита, кори, краснухи, паротита, вирусного гепатита "В", туберкулеза, результаты туберкулинодиагностики за 3 последних года

**** нужное подчеркнуть.**

Толтыру күні / Дата заполнения:

20 __ ж. " ____ " ____ /

" ____ " ____ 20 __ г.

Қолданылу мерзімі: 3 ай /

Срок действия: 3 месяца

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 035-4/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы	Медицинская документация Форма № 035-4/у утверждена приказом
Наименование организации	исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Жұмыс істеп жүрген мигранттың тексеріп-қарауға жіберу жолдамасы.
Направление трудящегося мигранта на медицинское обследование

Сноска. Приложение дополнено Формой 035-4/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 036/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 036/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**ЕҢБЕККЕ ЖАРАМСЫЗДЫҚ ПАРАҚТАРЫН ТІРКЕУ
КІТАБЫ
КНИГА
РЕГИСТРАЦИИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/с № п/п	Осы емдеу ұйымы берген еңбекке жарамсыздық парағының № № листка нетрудоспособности выданного данной мед.организацией		Басқа емдеу ұйымы берген еңбекке жарамсыздық парағының № № листка нетрудоспособности выданного другой мед.организацией		Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Науқастың мекенжайы Адрес больного	Жұмыс орны мен атқаратын жұмысы Место работы и выполняемая работа
	бірінші первый	жалғасуы продол- жение	бірінші первый	жалғасуы продол- жение				
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

Диагнозы		Дәрігердің тегі Фамилия врача		Жұмыстан босатылуы Освобожден от работы		Барлық жұмыстан босатылған күндері Всего календарных дней освобождения от работы	Науқасты басқа емдеу ұйымдарына жіберу туралы белгілер Отметка о направлении больного в другие лечебные организации
алғашқы первичный	қорытынды заключительный	еңбекке жарамсыздық парағын берген выдавшего листок нетрудоспособности	еңбекке жарамсыздық парағын аяқтаған закончившего листок нетрудоспособности	қай күннен бастап с какого числа	қай күнге дейін по какое число		
10	11	12	13	14	15	16	17

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 038/е нысанды медициналық құжаттама

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

СӨСҚ ЖӨНІНДЕГІ ІС-ШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ УЧЕТА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФЗОЖ

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

маманның Т.А.Ә. (болған жағдайда) лауазымы, учаске №, АЕҰ № (Ф.И.О. (при его наличии) специалиста, должность, № участка, № АПО)

Р/с № № п/п	Күні Дата	Уақыт мөлшері Количество времени	Іс-шараның түрі В и д мероприятия	Тақырып Тема	Тыңдаушыларды қ а м т у Охват слушателей	Тыңдаушылардың с а н ы Количество слушателей
1	2	3	4	5	6	7

СӨСҚ, АУРУЛАРДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ ЖӨНІНДЕГІ ІС-ШАРАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ ЖУРНАЛЫН толтыру туралы ескертпе ПРИМЕЧАНИЯ по заполнению ЖУРНАЛА УЧЕТА МЕРОПРИЯТИЙ ПО ФЗОЖ

1. "Уақыт мөлшері" бағанында жиынды өткізуге жұмсалған уақытты минутпен көрсетіңіз.

(В графе 3 "Количество времени" указать в минутах время, затраченное на проведение мероприятия).

2. "Іс-шараның түрі" бағанында деректерді біріздендіру үшін алфавит әріптерін пайдалану ұсынылады.

(В графе 4 "Вид мероприятий" для унификации данных предлагается использование букв алфавита):

Л – лекция;

ОС – оқыту семинары (обучающий семинар);

ҚН (СП) – қабырғалық ақпаратты, плакаттарды, қабырға газеттерін ұйымдастыру немесе жаңалау (организация или обновление стендовой информации, плакатов, стенгазет; (ҚН-қабырғалық насихат (СП - Стендовая пропаганда)

ББ – буклеттер, үндеулер, үнпарақтар (үндеу, үнпарақ) тарату (раздача буклетов, брошюр, листовок);

БАҚ (СМИ) – бұқаралық ақпарат құралдарында сөйлеу (выступления в СМИ);

ДК (КЗ) – денсаулық клубтары (жас ата-аналар, диабетпен ауыратын адамдар және т.б. үшін) (клубы здоровья (для молодых родителей, диабетиков и др.));

А – түрлі медициналық-әлеуметтік зерттеулер (анкеталау) (различные медико-социальные исследования (анкетирование)).

3. "Тақырып" бағанында өткізілген жиындардың тақырыптамаларын келесі біріздендірілген бағыттырмен көрсетіңіз

(В графе 5 "Тема" указать тематику проведенных мероприятий по следующим унифицированным направлениям):

ТЕМ (ТАБ) – темекі шегудің профилактикасы (профилактика табакокурения)

НАШ (НАР) – нашақорлықтың профилактикасы (профилактика наркомании)

1. АЛК – алкоголизмнің профилактикасы (профилактика алкоголизма)

2. ФИЗ – физикалық белсенділік пен шынығу (физическая активность и закаливание)

3. ДАС (ИМТ) – дененің артық салмағы (избыточная масса тела)

4. ДМ (РП) – дұрыс тамақтану (рациональное питание)

5. ЕҚ (ВСК) – емшекпен қоректендіру (грудное вскармливание)

6. ДСБ (ДЕТ) – дені сау бала (здоровый ребенок)

7. РЕП – ұрпақты болу денсаулықты қорғау (охрана репродуктивного здоровья)

8. ЖЖ (ПС) – жанұяны жоспарлау (планирование семьи)

9. ЖИИ (ОКИ) – жіті ішек инфекцияларының профилактикасы (профилактика острых кишечных инфекций)

10. ЖТИ (ОРИ) – жіті тыныс инфекцияларының профилактикасы (профилактика острых респираторных инфекций)

11. ЖП (ПТ) – жарақаттанушылықтың профилактикасы (профилактика травматизма)
12. ҚОД (ОСЗ) – қоршаған орта мен денсаулық (окружающая среда и здоровье)
13. ТУБ – туберкулездің профилактикасы (профилактика туберкулеза)
14. ВГ – вирустық гепатиттің профилактикасы (профилактика вирусного гепатита)
15. ЖҚЖИ (ИППП) – жыныстық қатынас арқылы жұғатын инфекциялардың профилактикасы (профилактика инфекций, передающихся преимущественно половым путем)
16. ЖИТС (СПИД) – АИТВ профилактикасы (профилактика СПИД/ВИЧ)
17. СТР – стресстерді профилактикалау (профилактика стрессов)
18. СМ (ЗШ) – салауатты мектептер (лицейлер, гимназиялар) (здоровые школы (лицей, гимназии))
19. СОО (ЗУ) – салауатты оқу орындары (университеттер, академиялар, колледждер) здоровые учебные заведения (университеты, академии, колледжи))
20. СЖО (ЗР) – салауатты жұмыс орындары (здоровые рабочие места)
21. СЕМ (ЗГ) – салауатты елді мекендер (қалалар, аудандар, кенттер, ауылдар) (здоровые населенные пункты (города, районы, поселки, села))
22. Б (П) – басқа бағыттар (прочие направления)

4. "Тыңдаушыларды қамту" іс-шараға қатысушылар саны мен халық тобының медициналық-жастық сипаттамасын (С-сау, Д1-тәуекел факторымен, Д2-жіті патологиясымен, Д3-созылмалы патологиясымен) көрсетіп, таяқша арқылы тыңдаушылардың орта жасын көрсетіңіз

(В графе 6 "Охват слушателей" указать количество участников мероприятия и общую медико-возрастную характеристику группы населения (З - здоровые, Д1 – с факторами риска, Д2 – с острой патологией, Д3 – с хронической патологией), через тире указать средний возраст слушателей).

5. Егер лекция қандай да бір ұйымда өткізілсе, онда тыңдаушылардың Т.А.Ә. көрсетпей-ақ, олардың санын көрсетуге болады. Ол жағдайда соңғы екі бағанда ұйымның мөрімен бекітілген басшының Т.А.Ә. мен қолы болуы тиіс.

В графе 7 (Если лекция проводилась в какой-либо организации (школа, предприятие), можно не перечислять Ф.И.О. слушателей, а только указать их количество. Тогда в двух последних графах должны стоять Ф.И.О. руководителя, заверенная печатью организации).

Дәл осы журналда келесі көрсеткіштердің көрсетілуімен ай бойы істелген жұмыс қорытындысы шығарылады (В этом же журнале подвести итоги работы за месяц, указав):

үшінші бағанда (в третьей графе) – санитариялық-ағарту жұмыстарына жұмсалған жалпы уақыт мөлшері (общее количество времени, затраченное на проведение санитарно-просветительной работы),

төртінші бағанда (в четвертой графе) – санитариялық-ағарту жұмыс түрлерінің саны (количество видов санпросвет работы),

бесінші бағанда (в пятой графе) – СӨС түрлі бағыттары бойынша өткізілген іс-шаралар саны (количество мероприятий по различным направлениям ЗОЖ)

алтыншы бағанда (в шестой графе) – санитариялық-ағарту іс-шараларымен қамтылған халықтың жалпы саны (общее число населения, охваченного санитарно-просветительскими мероприятиями).

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 038-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 038-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Медицина ұйымының
ақпараттық – оқыту жұмысын тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации информационно–образовательной работы
медицинской организации**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 038-2/ е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 038-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Медициналық қызметкердің

халық арасында СӨС насихаттау, аурулардың алдын алу жөніндегі

(4-сағаттық жұмыс атқаруды іске асыру)

жұмысын тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации работы медицинского персонала

по пропаганде ЗОЖ, профилактике заболеваний среди населения

(по реализации 4-х часовой отработки)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Рентген-диагностикалық бөлімшесінің, УДЗ және
компьютерлік томография бөлмесінің жұмысын есепке алу
КҮНДЕЛІГІ
ДНЕВНИК
учета работы рентгенодиагностического отделения, кабинета
УЗИ и компьютерной томографии
20__ жылғы (года) _____ айы (месяц) бойынша (за)**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Ескертпе:

Күнделікті № 050/ есеп нысаны "Рентгенологиялық зерттеулер журналы"

жазбалары негізінде рентгенолог-дәрігерлер толтырады.

Ай күндеріне сәйкес 2-30 - бағандарға, тексерілуші ағзаның орналасуына

сәйкес, науқастарға жүргізілген зерттеу туралы мәліметтер жазылады.

3 - баған сандары 4, 5, 6, 7, 8 - бағандар сандарының қосындысына теңесуі

мүмкін, бірақ әдетте ол қосындыдан кем болуы тиіс, өйткені бір

зерттеу кезінде жарықпен қарау, бірнеше суреттер,

электрорентгенограммалар, флюорограммалар және т.б. жасалуы мүмкін.

10 - бағанның 11-15 - бағандармен, 16 - бағанның 17-27 - бағандармен,

22 - бағанның 23-27 - бағандармен ара қатынастары жоғарыда көрсетілгендей

болады. 2 - бағанның сандары 3, 10, 16, 22 - бағанның сандары қосындысына

теңесуі тиіс. 29-30-бағандар сандарының қосындысы 8, 15, 21, 27 -

бағандар сандарының қосындысына теңесуі мүмкін; егер бір арнаулы

әдістеме кезінде бірнеше суреттер жасалса, олардан артық болуы

мүмкін.

Примечание:

Дневник заполняется врачами-рентгенологами на основании записей

"Журнала рентгенологических исследований", учетная форма № 050/у.

Соответственно числам месяца в гр. 2-30 вносятся сведения о видах

исследований, проводимых больным в соответствии с локализацией

обследуемых органов. Числа в гр.3 могут равняться сумме чисел гр.

4, 5, 6, 7, 8, но, как правило, должны быть меньше этой суммы, т.к.

при одном исследовании было сделано просвечивание, несколько снимков,

электрорентгенограмм, флюорограмм и т.д.

Аналогично соотношение графы 10 с суммой граф 11-15; гр. 16 с суммой

гр. 17-21, гр. 22 с суммой граф 23-27. Числа в графе 2 должны

равняться сумме чисел граф 3, 10, 16, 22. Сумма чисел в гр. 29 и 30

может быть равна сумме чисел в гр. 8, 15, 21, 27, но может быть

больше их, если при одной специальной методике сделано несколько

снимков.

	Рентге- нологиялық зерттеулердің	К е у д е о р г а н д а р ы			
		Органов грудной клетки			
		Олардың ішінде жасалғаны			
		Из них сделано			

Барлық зерттеулер Всего исследований	жарықпен қарау просвечиваний	суреттер (рентгенограммалар) снимков (рентгенограмм)	электро-рентгенограммалар электро-рентгенограмм	флюорограммалар (диагностикалық флюорограмм (диагностических	арнаулы зерттеулер спец. исследований	Всего исследований	жарықпен қарау просвечиваний
16	17	18	19	20	21	22	23

продолжение таблицы

Б а с қ а Прочих органов				о р г а н д а р	Жарықпен қарау саныннан – кеуде органдарының профилактикалық рентгеноскопиясы	Арнаулы әдістерді қолданумен жасалды При применении специальных методов сделано
Олардың ішінде жасалғаны Из них сделано				профилактикалық рентгеноскопиясы		
суреттер (рентгенограммалар) снимков (рентгенограмм)	Электро-рентгенограммалар электро-рентгенограмм	флюорограммалар (диагностикалық) флюорограмм (диагностических)	арнаулы зерттеулер специальных исследований	И з ч и с л а просвечиваний число профилактических рентгеноскопий о р г а н о в грудной клетки	жарықпен қарау просвечиваний	суреттер снимков
24	25	26	27	28	29	30

А4 форматы

Формат А4

		КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің	м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 039-6/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Эндоскопиялық бөлімшенің (бөлмесінің) жұмысың есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета работы эндоскопического отделения (кабинета)

(за) 20__ жыл(год) _____

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/с № № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Жолдаған ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	Зерттелетін орналасу орны Исследуемая локализация
	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Барлық зерттеу Всего исследований	оның ішінде емдеу шаралары в том числе лечебных процедур	Материалды цитоморфологиялық зерттеуге алу Взятие материала на цитоморфологическое исследование	Емдеу шаралары Лечебные процедуры
8	9	10	11	12

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің)

жұмысын есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета работы отделения (кабинета) функциональной диагностики

20__ жылғы (года) _____

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/с № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекен-жайы Адрес	Жіберген ұйымның диагнозы Диагноз направившей организации	Алғашқы, қайталап тексеру Обследование первичное, повторное	
						барлық зерттеулер всего исследований	оның ішінде бірінші из них первичных
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Стационарда, емханада, үйде тексеру Обследование в стационаре, поликлинике, на дому			Зерттеу нәтижесі Результат исследования
о.і. стационарда в т.ч. в стационаре	о.і. емханада в т.ч. в поликлинике	о.і. в т.ч. на дому	
9	10	11	12

А4 форматы

Формат А4

КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО	

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 042/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 042/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 042/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 044/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 044/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 044/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А3 форматы

Формат А3

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 046/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 046/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Физиотерапиялық бөлімшенің (бөлменің)
КҮНДЕЛІГІ
ДНЕВНИК
физиотерапевтического отделения (кабинета)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 047/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 047/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 047/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 050/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 050/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Рентгенологиялық, ультрадыбыстық және компьютерлік-томографиялық зерттеулерді жазу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ записи рентгенологических, ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований (за) 20__ жыл бойынша (год)

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ЕСКЕРТПЕ:

8 бағанда зерттеу аймағы көрсетіледі: екі және одан көп

орналасуларды бір жолда зерттегенде, олардың әрқайсысы жеке жолда

жазылады.

9 бағанда жүргізілген зерттеулер көрсетіледі: арнаулы

әдістермен толық (мысалы, ангиография, томография және т.б.),

қалғандары алғашқы әріптерін жазу арқылы қысқартылған түрде: Ж-жарық

пен қарау, С-суреттер, Э-электрорентгенограмма.

10 бағанда суреттердің (үлдірлердің),

электрорентгенограммалардың, флюорограммалардың арнаулы әдістерді

қолдану арқылы жасалған суреттерді де қоса барлық жасалған

суреттердің саны көрсетіледі.

12 бағанда көрсетілген сан бір жолда екі немесе одан көп

орналасуларды зерттеген кезде әр қайсысы бөлек жазылудан басқа

жағдайда зерттеу саны мен зерттелген адамдардың саны сай келуі тиіс.

ПРИМЕЧАНИЕ:

В графе 8 указывается область исследования: при одномоментном

обследовании двух и более локализаций, каждая из них вписывается

отдельной строкой.

В графе 9 указываются проведенные исследования: специальными

методами полностью (например, ангиография, томография и т.д.)

остальные—сокращенно путем внесения начальных букв: П — просвечивание,

С — снимки, Э — электрорентгенограммы.

В графе 10 указывается количество сделанных снимков (пленок),

электрорентгенограмм (формат), флюорограмм, включая и снимки,

сделанные с применением специальных методов.

№ 050/е н. 2 беті

Стр. 2 ф. № 050/у

Зерттеу күні Дата исследований	Р / с № п/п	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Бөлімшенің аты мен мекенжайы Адрес или название отделения	Стационарлық (амбулаторлық) науқастың медициналық картасының № медицинской к а р т ы стационарного (амбулаторного) больного	Рентген бөлмесіне жолданған кездегі диагнозы Диагноз п р и направлении в рентге- новский кабинет
1	2	3	4	5	6	7

№ 050/е н. 3 беті

Стр. 3 ф. № 050/у

Зерттелу аймағы Область исследова- ния	Наукасты зерттеу түрі – рентгенологиялық, УДЗ, компьютерлік томография Виды исследования больного – рентгенологическое , УЗИ , компьютерная томография	Диагностикалық флюорограмма суреттерінің, электрорентгенограммалардың (олардың форматы) с а н ы Число снимков диагностических флюорограмм, электрорентгенограмм (их формат)	Рентгенолог-дәрігердің, компьютерлік томография дәрігерінің диагнозы, УДЗ дәрігерінің ұйғарымы Диагноз врача-рентгенолога, врача компьютерной томографии, заключение врача УЗИ	Рентгенологиялық зерттеулердің с а н ы Ч и с л о рентгенологичес-ких исследований	Алынған дозаның жалпы саны Общая сумма полученной дозы (мЗв)
8	9	10	11	12	13

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 051/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы	Медицинская документация	Форма № 051/у
Наименование организации	Утверждена и.о. Министра Республики	приказом здравоохранения Казахстана
	от 23 ноября 2010 года № 907	

Сәуле терапиясына ұшыраған науқастың
МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
больного, подвергающегося лучевой терапии

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы	БСН бойынша ұйым коды
Формат А4	Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген №051-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 051-1 /у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой 051-1/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сәуле терапиясының журналы / Журнал лучевой терапии

1. Сәулелендіру терапиясы аппаратында науқастарды сәулелендірудің тіркеу журналы/Журнал регистрации облучения больных на аппарате лучевой терапии _____
1)

№ №	Мерзімі	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	ID код 2)	Бөлімше	Жергілікті оқшаулау	Сәулелену түрі 3)	Алаңдар саны	Дәрігер	Ауысым Мейірбикесі
№ №	Дата	Фамилия больного (при его наличии)	№ медицинской карты стационарного больного	ID код 2)	Отделение	Локализация	В и д излучения 3)	Количество полей	Врач	Медицинская сестра смены

Ескерту/Примечания:

1) Мұқаба мен негізгі бетінде аппараттың түрі көрсетіледі, мысалы: TrueBeam сызықтық үдеткіші, Teragam гамма-аппараты, Gamma Med. брахитерапевтикалық аппараты, Gulmay рентгенотерапевтикалық аппараты/На обложке и титульном листе указывается тип аппарата, например: линейный ускоритель TrueBeam, гамма-аппарат Teragam, брахитерапевтический аппарат GammaMed. рентгенотерапевтический аппарат Gulmay.

2) Науқастардың электронды ақпараттық жүйесін тіркелген жағдайда науқастың ID коды жазылады/ID код больного записывается при наличии электронной информационной системы регистрации больных.

3) Гамма-терапевтикалық және рентгенотерапевтикалық аппараттар үшін, сонымен қатар сәулелендірудің бір түрі ғана бар үдеткіші үшін "Сәулелендіру түрі" бағанын қоспаса болады/Для гамма-терапевтических и рентгенотерапевтических аппаратов, а также ускорителей с одним видом излучения графу "Вид излучения" можно не включать.

Науқастың нөмірі сол күні жүргізіледі/Нумерация больных ведется за текущий день

2. Сәулелендіру терапиясының жоспарын тіркеу журналы/Журнал регистрации планов лучевой терапии

№ №	Мерзімі	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	ID код	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	Бөлімше	Жергілікті оқшаулау	Аппарат	Метод ЛТ ¹⁾	Алаңдар саны	Аппликатор , РОД ²⁾
№ №	Дата	Фамилия больного (при его наличии)	Фамилия больного (при его наличии)	ID код	№ медицинской карты стационарного больного	Отделение	Локализация	Аппарат	Метод ЛТ ¹⁾	Количество полей	Аппликатор , РОД ²⁾

Ескерту/Примечания:

1)"Тәсіл" бағанында жоғарытехнологиялық терапияның тәсілі көрсетіледі: КФЛТ, БХТ, IMRT, RapidArc, SRS./ В графе "Метод" указывается метод высокотехнологичной терапии: КФЛТ, БХТ, IMRT, RapidArc, SRS.

2)Брахитерапияны жоспарлаған жағдайда толтырылады/ Заполняется при планировании брахитерапии

3) Жоғарытехнологиялық терапияны жоспарлаған жағдайда толтырылады:IMRT, RapidArc, SRS. Үдеткіште дозиметриялық верификация жоспарының әдісі мен нәтижесі көрсетіледі/ Заполняется при планировании высокотехнологичной терапии: IMRT, RapidArc, SRS. Указывается метод и результат дозиметрической верификации плана на ускорителе.

4) ФИО медицинского физика.

3. Алдын-ала сәулелік топомерикалық дайындықтан өткен (центрация)
н а у қ а с т а р д ы

тіркеу журналы / Журнал регистрации больных, прошедших предлучевую топометрическую подготовку (центрацию)

№ №	Мерзімі	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Науқастың аты жөні (болған жағдайда)	Стационарлық науқастың медициналық картасының №	Бөлімше	Диагноз	Бірінші./ екінші	Аппарат	Дәрігер консультант	Сәулелік терапевт
№ №	Дата	Фамилия больного (при его наличии)	Фамилия больного (при его наличии)	№ медицинская карта стац. больного	Отделение	Диагноз	Первичный / повторный	Аппарат	В р а ч консультант	Врач лучевой терапевт

Ескерту/ Примечания:

Егер алдын-ала сәулелік дайындықты топометрист-дәрігер өткізсе, қосымша бағананы енгізу керек/ Если предлучевую подготовку проводит врач-топометрист, то необходимо вставить дополнительную графу.

Негіздеме. Сәулелендіру терапиясын өткізу барысы негізгі үш кезеңнен тұрады: алдын-ала сәулелік топометриялық дайындық, сәулелендіру терапиясы дозиметриялық жоспарды есептеу, сәулелендіру терапиясы аппаратында сәулелендіру орындау. Жоғарыда берілген үлгісі бар әрбір кезең үшін жеке тіркеу журналдары жүргізілуі тиіс. Аппараттарда науқастарды сәулелендіруді тіркеу журналы мен сәулелендіру терапиясының жоспарын тіркеу журналын жүргізу "Қазақстан Республикасы халқына онкологиялық көмек көрсетуін ұйымдастыру стандартынан" тапсырыс берілді, № 452, 02 тамыз 2013ж. ҚР Денсаулық сақтау Министрлігімен бекітілді.

Сәулелендіру терапиясы белгеленген науқастарға алдын-ала сәулелендіру топометриялық дайындықты өткізу есебі үшін және сәулелендіру терапиясын жоспарлау бойынша жұмыс есебі үшін бөлек журналдар болуы тиіс, себебі бұл әр түрлі персоналы бар екі бөлек жұмыс түрі. Алдын-ала сәулелендіру топометриялық дайындық топометрия (центрация) кабинеттерінде рентгендік симуляторлар мен компьютерлік томографтарда жүргізіледі. Жүргізуде дәрігерлер мен мейірбикелер қатысады. Сәулелендіру терапиясының есептеу жоспарларын медициналық физиктер жоспарлаудың компьютерлік жүйелерінде немесе қолдан есептеу жасайды. Жоспарлау деректерін медициналық физиктер жоспарларды тіркеу журналына енгізеді. Сәулелендіру

терапиясының қандай әдісі қолданылды, сәулелендіру терапиясының кез-келген түрін өткізу бойынша есеп пен алдағы статистика үшін тіркеу жасау өтек маңызды. Модульдік қарқындылығы бар сәулелендіру терапиясын және стереотаксикалық сәулелендіру терапиясын (IMRT, RapidArc, SRS) өткізу барысында жоспардың дозиметриялық верификациясын жүргізу маңызды. Оны да медициналық физиктер жүргізіп журналға тіркейді. Журналда керекті деректерді тіркеу үшін сәйкес бағаналар қарастырылады.

Обоснование. Процесс проведения лучевой терапии складывается из трех основных этапов: предлучевая топометрическая подготовка, расчет дозиметрического плана лучевой терапии, выполнение облучения на аппаратах лучевой терапии. Для каждого этапа должны вестись свои регистрационные журналы, формы которых предложены выше. Ведение журналов регистрации облучения больных на аппаратах и журналов регистрации планов лучевой терапии предписано "Стандартом организации оказания онкологической помощи населению республики Казахстан", утв. приказом МЗ РК от 02 августа 2013 г., № 452.

Для учета проведения предлучевой топометрической подготовки больным, которым назначена лучевая терапия, и учета работы по планированию лучевой терапии должны быть отдельные журналы, так как это различные виды работ, в которых занят различный персонал. Предлучевая топометрическая подготовка проводится в кабинетах топометрии (центрации) на рентгеновских симуляторах и компьютерных томографах, в проведении участвуют врачи и медсестры. Расчет планов лучевой терапии выполняют медицинские физики на компьютеризованных системах планирования или ручным расчетом, данные планирования физики вносят в журнал регистрации планов. Для дальнейшей статистики и отчетов по проведению различных видов лучевой терапии важно регистрировать, какой метод лучевой терапии используется. При проведении лучевой терапии с модулированной интенсивностью и стереотаксической лучевой терапии (IMRT, RapidArc, SRS) обязательно проведение дозиметрической верификации планов, которую проводят и регистрируют в журнале также медицинские физики. Для регистрации необходимых данных в журнале предусмотрены соответствующие графы.

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 058/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 058/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Инфекциялық ауру, тамақтан, кенеттен кәсіби улану, екпеге

әдеттегіден бөлек реакция болғаны туралы

ШҰҒЫЛ ХАБАРЛАМА

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ

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

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 060/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 060/у Утверждена приказом

Ұйымның Наименование организации	атауы и.о.	Министра Республики	здравоохранения Казахстан
		от 23 ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Инфекциялық ауруларды тіркеу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета инфекционных заболеваний

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

"__" _____ 20 жылы (года) "__" _____ 20 жылы (года)

(начат) басталды аяқталды (окончен)

Ескертпе: 13 және 14 бағандар тек санитариялық-эпидемиологиялық

станцияларда толтырылады. (Примечание: графы 13 и 14 заполняются

только в санитарно-эпидемиологических станциях)

Мәлімдеменің телефонмен хабарланған (қабылданған) күні мен сағаты және алғашқы шұғыл хабарламаның			Ж а с ы (3 жасқа дейінгі	Үйінің мекенжайы (қала,	Жұмыс, оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының

Р/с № № п/п	жіберілген, (алынған) күні, кім жіберді, кім қабылдады Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения кто передал, кто принял	Мәлімдеме жасаған емдеу ұйымының атауы Наименование лечебной организации, сделавшего сообщение	Науқастың тегі, аты, әкесінің а т ы Фамилия, и м я отчество большого	балалардың туған жылы мен айын көрсітіңіз) Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и г о д рождения)	ауыл, көше, үй №, пәтер №) Домашний адрес, (город, село, улица, дом № кв. №)	атауы, тобы, сыныбы, соңғы барған күні Наименование места работы, учебы, дошкольной детской организации, группа, класс, дата последнего посещения
1	2	3	4	5	6	7

Алғашқы қаралған күні (қай дәрігерге қаралды) (Дата первичного обращения (к какому врачу обратился))	Ауырған күні (Дата заболевания)	Диагнозы мен оның қойылған күні (Диагноз и дата его установления)	Жатқызылған күні, орны (Дата, место госпитализации)	Өзгертілген (нақтыланған) диагнозы мен оның қойылған күні (Измененный (уточненный)) диагноз и дата его установления)	Эпид. тексерілу күні.Тексерген адамның тегі (Дата эпид. обследования. Фамилия обследовавшего)	Ауру туралы хабарланды (тұрақты мекенжайы бойынша СЭС, балалр ұйымына, оку және жұмыс орнына және т. б.) (Сообщено о заболеваниях (в СЭС по месту постоянного жительства, в детскую организацию по месту учебы, работы и др))	Зертханалық зерттеу мен оның нәтижелері (Лабораторное обследование и его результаты)	Ескер (Приме)
8	9	10	11	12	13	14	15	16

A5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 065-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 065-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Венерологиялық аурумен ауырған адамға ЕСКЕРТУ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ лицу, заболевшему венерической болезнью

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 073/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 073/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 073/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 074/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 074/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 074/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы	Медицинская документация Форма № 088/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907 ____
Наименование организации	

Медициналық-әлеуметтік сараптамаға жіберу

Направление на медико-социальную экспертизу

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды ----- Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Республикасы министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м . а . 2 0 1 0 жылғы " 2 3 " қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 0 8 8 - 1 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	атауы	Медицинская документация Ф о р м а 0 8 8 - 1 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы

Журнал регистрации и реабилитации инвалидов

Р/с № № п/п	Күні Дата	ТАӨ ФИО	Туған күні, жасы Дата рождения, возраст	Үйінің мекенжайы және телефоны Домашний адрес и телефон	Жұмыс орыны Место работы	Мүгедектің тобы Группа инвалидности	Клиникалық диагнозы Клинический диагноз	Куәландыру үлгісі бастапқы (1) салдарлық (2) Т и п освидетельствования первичное (1) повторное (2)	Қорытынды Заклучение Мүгедектің тобы Группа инвалидности (1) Есептен алынған тобы Группа снята (2) Еңбекке жарамсыз парағы ұзартылды Продлен больничный лист (3)	Оңалту Реабилитация Тәуліктік стационар Круглосуточный стационар (1) Емханадағы күндізгі стационар Дневной стационар в поликлинике (2) Амбулатория (3) Санаториялық-курорттық ем – Санаторно – курортное лечение (4) Үйдегі стационар Стационар на дому (5) Реконструктивтік хирургия Реконструктивная хирургия (6)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Медициналық оңалтудың нәтижесі Результат медицинской реабилитации Орындалмаған Неисполнение(1) Аяқталмаған (жартылай) Незавершенное (частичное)	(2) Қайтыс болған мүгедек

Толық Полное(3) Жақсарған Улучшение(4) Сауыққан Выздоровление(5) Нашарлаған Ухудшение (6) Динамикасыз Без динамики (7)	Умерло инвалидов	
12	13	
А4 форматы Формат А4		БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 088-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 088-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой 088-2/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Пациенті/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының
м е д и ц и н а л ы қ б ө л і г і
20__ жылғы "___" _____ № _____
М е д и ц и н с к а я ч а с т ь
индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида

1). Мүгедектің тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)_____

Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

2) ЖСН/ИИН _____

3) Туған күні _____ жылы _____

Дата рождения

4) Мекенжайы, үй телефоны _____

Адрес, домашний телефон

5) ОЖБ бірінші рет, қайта жасалды (қалыптастыру, түзету) (керекті асты сызылсын)

ИПР разработан впервые, повторно (формирование, коррекция) (нужное подчеркнуть)

6) Мүгедектік санаты (болған кезде) _____

Категория инвалидности (при наличии)

7) Оңалту диагноз _____

Реабилитационный диагноз

8) Аурулардың халықаралық жіктемесі (бұдан әрі АХЖ-10) бойынша шифр _____

Шифр по Международной классификации болезней (далее МКБ-10)

9) Медициналық оңалтудың кезеңі мен көлемі (керекті асты сызылсын):

Этап и объем медицинской реабилитации (нужно подчеркнуть)

10) кезеңі мен көлемі – науқастарды (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндегі) оңалту үшін, екінші кезең – "Оңалту II А", "Оңалту II Б", үшінші кезең – "Амбулаторлық оңалту II", қосымша кезең – қолдаушы (мүгедектер мен балалар үшін), қайталама (балалар үшін)

(этап и объем - для реабилитации больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей) второй этап - "Реабилитация II А", "Реабилитация II Б", третий этап - "Амбулаторная реабилитация II", дополнительный этап – поддерживающая (для инвалидов и детей), повторная (для детей))

11) кезең – басқа бейіндегі науқастарды оңалту үшін екінші кезең (стационарлық), үшінші кезең (амбулаториялық)

(этап - для реабилитации больных других профилей второй этап (стационарный), третий этап (амбулаторный))

12) Білімі _____

Образование

13) Кәсібі (мамандығы) _____

Профессия (специальность)_____

14) Оңалту-сараптамалық қорытынды:

Реабилитационно-экспертное заключение:

15) басқа бейіндер үшін оңалту болжамы (қолайлы, тиісінше қолайлы, күмәнді, қолайсыз (асты сызылсын);

(для других профилей реабилитационный прогноз (благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный (подчеркнуть));

оңалту әлеуеті: жоғары, қанағаттанарлық, төмен, оңалту әлеуетінің болмауы (асты сызылсын);

(реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствие реабилитационного потенциала (подчеркнуть));

16) оңалту болжамы және оңалту әлеуеті аурулар (неврологиялық және нейрохирургиялық, кардиологиялық және кардиохирургиялық, травматологиялық және ортопедиялық бейіндер) үшін халықаралық критерийлерге сәйкес

(для больных (неврологического и нейрохирургического, кардиологического и кардиохирургического, травматологического и ортопедического профилей) реабилитационный прогноз и реабилитационный потенциал в соответствии с международными критериями).

№	Бейіндер Профили	Оңалтуға дейін До реабилитации	Оңалтудан кейін После реабилитации	Нәтижелерді бағалау Оценка результатов
1.	Неврология, нейрохирургия Неврология, нейрохирургия			
2.	Кардиология, кардиохирургия Кардиология, кардиохирургия			

3.	Травмотология, ортопедия Травмотология, ортопедия			

17) Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар*

Мероприятия по медицинской реабилитации*

р / с	Медициналық оңалту жөніндегі іс-шаралар мен қызметтер Мероприятия и услуги по медицинской реабилитации	Медициналық оңалту мерзімдері С р о к и медицинской реабилитации	Орындалғаны туралы белгі (+, -) Отметка об исполнении (+, -)	Орындамау себебінің негіздемесі Обоснование причин не выполнения
		Медициналық оңалту күні, ұзақтығы, жүргізген ұйым (көрсетілсін) Дата, длительность, организация проведения медицинской реабилитации (указать)		
1	Дәрі-дәрмекті терапия Медикаментозная терапия физикалық оңалту Физическая реабилитация Физиотерапия Физиотерапия Психотүзету Психокоррекция Эрготерапия Эрготерапия Әлеуметтік қызметкер консультациясы Консультация социального р а б о т н и к а Пациентті оқыту Обучение пациента			
2	Реконструктивті хирургия Реконструктивная хирургия			
3	Қосымша қызметтер (енгізу керек) Дополнительные услуги (вписать)			

Ескертпе: * - мультидисциплинарлық команданың бейіні бар маманы толтырады

Примечание: * - заполняет профильный специалист мультидисциплинарной команды

18) Медициналық-әлеуметтік оңалту бойынша ұсыным*

Рекомендации по медико-социальной реабилитации*

Іс-шаралар, қызметтер, техникалық құралдар Мероприятия, услуги, технические средства	Өткізу мерзімдері (іске асыратын ай және жыл) Сроки проведения (месяц и год реализации)	Пациент мұқтаж ететін нақты түрлері Конкретные виды, в которых нуждается пациент
Протездеу және ортездеу Протезирование и ортезирование		
Медициналық оңалтудың техникалық құралдарымен қамтамасыз ету Обеспечение техническими средствами медицинской реабилитации		
Санаторлық емдеу (бейіні көрсетілсін) Санаторное лечение (указать профиль)		
Пациентті үй жағдайларында оңалту әдістеріне оқыту Обучение пациента методам реабилитации в домашних условиях		
Б а с қ а л а р ы Другие		

Ескертпе:* - мультидисциплинарлық команданың бейіні бар маманы/медициналық реабилитолог толтырады

Примечание:* - заполняет профильный специалист/медицинский реабилитолог мультидисциплинарной команды

19) Медициналық оңалту нәтижелерін бағалау (кажетінің асты сызылсын):

(Оценка результатов медицинской реабилитации (нужное подчеркнуть)):

20) бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара), бұзылған функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), алынған нәтижелердің негізінде оң нәтиженің болмауы (восстановление нарушенных функций (полное или частичное), компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата) на основании полученных результатов

Күні 20 __ жылғы " ____ " _____

Дата

МДТ басшысының электрондық цифрлық қолтаңбасымен (бұдан әрі ЭЦҚ) куәландырылды _____

Удостоверено электронная цифровая подпись (далее ЭЦП) руководителем МДК (Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии))_____

или дәрігерлік-консультациялық комиссия төрағасының ЭЦҚ-сымен куәландырылды

Удостоверено ЭЦП председателя врачебно-консультационная комиссия

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

21) ОЖБ медициналық бөлігін іске асырудың нәтижелерін бағалау (асты сызылсын) :

бұзылған функцияларды қалпына келтіру (толық немесе ішінара),

бұзылған функциялардың орнын толтыру (толық немесе ішінара), оң нәтиженің болмауы

(Оценка результатов реализации медицинской части индивидуальная программа реабилитации (ИПР) (подчеркнуть):

восстановление нарушенных функций (полное или частичное),

компенсация нарушенных функций (полная или частичная), отсутствие положительного результата).

Медициналық-әлеуметтік сараптама (МӘС) бөлім басшысының ЭЦҚ-сымен куәландырылды

Удостоверено ЭЦП руководителя отдела Медико-социальная экспертиза (МСЭ)

(Тегі, аты, әкесінің аты (болған кезде)
/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Ескертпе. ОЖБ медициналық бөлігі электрондық түрде толтырылады.

ОЖБ медициналық бөлігін электрондық түрде толтыру кезінде автоматтандырылған режимде ақпараттық жүйеде қалыптастырылатын бірегей нөмір беріледі.

Примечание. Медицинская часть ИПР заполняется в электронном виде.

Медицинской части ИПР присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

A5 форматы

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 089/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 089/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Өмірінде бірінші рет белсенді туберкулез, көбінесе жыныстық
жолмен жұғатын инфекция, трихофития, микроспория, фавус,
қышыма, трахома, психикалық ауру диагнозы қойылған
науқас туралы
ХАБАРЛАМА
ИЗВЕЩЕНИЕ**

**о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного
туберкулеза, инфекций, передающихся преимущественно половым
путем, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы,
психического заболевания**

**Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018
№ ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня
его первого официального опубликования).**

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 090/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 090/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Ескерту. Медициналық ақпараттық жүйелер болған кезде нысан электрондық түрде
жүргізіледі**

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

Хабарлама/Извещение Выберите элемент.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Жалпы бөлім/Общая часть

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста.Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом квартира

Байланыс телефоны/Контактный телефон Место для ввода текста.

Отбасылық жағдайы/Семейное положение Выберите элемент.

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом
квартира

Жұмыс/оқу орны/балалар мекемесі/Место работы/учебы/детского учреждения
Место для ввода текста.

Ұйымның мекенжайы/Адрес организации Место для ввода текста.

Лауазымы/Должность Место для ввода текста.

Күні/Дата: ауруы/заболевания Место для ввода даты.

бастапқы өтініш/анықтау/первичного обращения/выявления Место для ввода даты.

диагноз қою/установления диагноза Место для ввода даты.

емдеуге жатқызу/госпитализации Место для ввода даты.

АХЖ-10 диагноз коды/Диагноз код МКБ-10 наименование код

Жұпалы аурулар кезінде толтырылады/Заполняется при инфекционных
заболеваниях

Егер улану – қайда өткенін көрсету/Если отравление – указать где произошло
Место для ввода текста.

Неден уланды/чем отравлен Место для ввода текста.

Байланысатын тұлғалар/Контактные лица:

Т.А.Ә./Ф.И.О. Место для ввода текста.

Пациентке қарым-қатынасы/Отношение к пациенту Место для ввода текста.

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом
квартира

Байланыс/контакты Место для ввода текста.

МҰ атауы (толтыратын)/Наименование МО (заполнившей) Выберите элемент.

(МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

Пациент қайда жіберілді/Куда направлен пациент Выберите элемент.

(МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

Іс-шаралар мен қосымша мәліметтерді алғашқы эпидемияға қарсы жүргізу/

Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и дополнительные
сведения Место для ввода текста.

хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә./Ф.И.О. врача заполнившего извещение
Место для ввода текста.

Толтыру күні және уақыты/Дата и время заполнения Место для ввода даты.

Хабарламаны кім қабылдады/Кто принял извещение Тегі/Фамилия Фамилия Аты/
Имя Имя

Әкесінің аты/Отчество Отчество

Кәсіптік аурулар кезінде толтырылады/Заполняется при профессиональных
заболеваниях

Жалпы жұмыс өтілі/Общий стаж работы Место для ввода текста. Жұмыс өтілі (
зиянды өндірістік факторлармен байланыс)/Стаж работы (в контакте с вредными
производственными факторами) Место для ввода текста.

Зиянды өндірістік фактор, аурулар туындады/Вредный производственный фактор,
вызвавший заболевание Место для ввода текста.

Егер улану – қайда өткенін көрсету/Если отравление – указать где произошло
Место для ввода текста.

Неден уланды/чем отравлен Место для ввода текста.

МҰ атауы (толтыратын)/Наименование МО (заполнившей) Выберите элемент.

(МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә./Ф.И.О. врача заполнившего извещение
Место для ввода текста.

Толтыру күні және уақыты/Дата и время заполнения Место для ввода даты.

Қатерлі ісік ауруы кезінде толтырылады/Заполняется при онкозаболевании

Ісік анықталған жағдай/Обстоятельства выявления опухоли Выберите элемент.

Ісік процесінің сатысы/Стадия опухолевого процесса: Выберите элемент.

АХЖ-10 диагноз коды/Диагноз код МКБ-10 наименование код

Диагнозды растау әдісі/Метод подтверждения диагноза Выберите элемент.

МҰ атауы (толтыратын)/Наименование МО (заполнившей) Выберите элемент.

(МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

Пациент қайда жіберілді/Куда направлен пациент Выберите элемент.

(МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә./Ф.И.О.

врача заполнившего извещение Место для ввода текста.

Толтыру күні және уақыты/Дата и время заполнения Место для ввода даты.

Ағзаның немесе ағзаның бөліктерінің реципенті туралы трансплантация кезінде

толтырылады/Заполняется при трансплантации о реципиенте органа или части органа

Күні/Дата: трансплантациялау ағзасы орындалады (ағзаның бөлігі)/выполнения

трансплантации органа (части органа) Место для ввода даты. Шығарылу күні/выписки

Место для ввода даты. АХЖ-10 диагноз коды/Диагноз код МКБ-10 наименование код

МҰ атауы (толтыратын)/Наименование МО (заполнившей)

Выберите элемент. (МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

Пациент қайда жіберілді/Куда направлен пациент

Выберите элемент. (МҰ тіркелімі)/(из регистра МО)

хабарламаны толтырған дәрігердің Т.А.Ә./Ф.И.О. врача заполнившего извещение
Место для ввода текста.

трансплантология бөлімшесінің меңгерушісінің Т.А.Ә./Ф.И.О. заведующего
отделением трансплантологии Место для ввода текста.

Толтыру күні және уақыты/Дата и время заполнения Место для ввода даты.

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 090-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 090-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ағзалар (ағзалардың бөліктері) реципиенті туралы хабарлама
И з в е щ е н и е
о реципиенте органа (части органа)

Сноска. Приложение дополнено Формой 090-1/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 091/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 091/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның Наименование организации	атауы Республики	Казахстан
	от 23 ноября 2010 года № 907	

**Өмірінде алғаш рет нашақорлық диагнозы анықталған науқас туралы
ХАБАРЛАМА-ҚАҒАЗ
ИЗВЕЩЕНИЕ**

о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании (F

)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойыша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 092/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 092/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Спорттық ауыр жарақат туралы
ХАБАРЛАМА
ИЗВЕЩЕНИЕ
о тяжелой спортивной травме

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 093/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 093/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 093/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 093-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 093-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ГБО СЕАНСТАРЫН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ СЕАНСОВ ГБО

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сеанстың күні мен нөмірі Дата и номер сеанса	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Жіберген бөлімшенің (ұйымның) аты Название направившего отделения (организации)	Ауру тарихының, картаның № № карты, истории болезни	Д и а г н о з ы	Компрессия	
					жылдамдығы скорость атм/мин	уақыты время
1	2	3	4	5	6	7

Журналдың оң жағы (Правая сторона журнала)

Изопрессия		Декомпрессия		Сеанстың жалпы уақыты Общее время сеанса (мин.)	Асқынулар Осложнения	Сеанс жүргізген адамның қолы Подпись проводившего сеанс	Ескертпе Примечание
қысым давление кг./см ²	уақыты, мин. время, мин.	жылдамдығы скорость атм/мин	уақыт время				
8	9	10	11	12	13	14	15

Формат А5	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907	
Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы АНЫҚТАМАҒА ТЕКСЕРУ ТАЛОНЫ		
№ _____		
КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К С П Р А В К Е		
о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя		
Берілді 20__ жылғы (года) " __ " _____ (выдана)		
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____		
Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____		
Жұмыс орны (Место работы) _____		
Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы (наименование предприятия, организации, хозяйства) _____		
Диагноз _____		
Қорытынды диагнозы (Заключительный диагноз) _____		
Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға) (Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве и л и в б ы т у)		
Жұмыстан босатылды (Освобожден от работы)		
(с) _____ 20__ жылдан (года) бастап		
(по) _____ 20__ жылға (год) дейін		
Анықтама берген дәрігердің тегі (Фамилия врача, выдавшего справку)		
Жұмыстан босатылды (Освобожден от работы)		
қай күнен бастап (с какого числа) _____ 20__ жылдан (года)		
қай күнмен бітеді (по какое число включительно) _____ 20__ жылға (года)		
Дәрігердің лауазымы мен тегі (Должность и фамилия врача) _____		
Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____		
Жұмысқа кірісуі (Приступить к работе) _____ 20__ ж.(г).		
күні мен айы жазбаша (прописью число и месяц)		
Дәрігердің лауазымы, тегі және қолы (Должность, фамилия и подпись врача)		

емдеу (печать)	ұйымының лечебной	мөрі организации)

Жаңа анықтама берілді (Выдана новая справка) № _____
жалғасы (продолжение)

продолжение

Формат А5	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 094/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 094/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907
Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы А Н Ы Қ Т А М А № _____ С П Р А В К А о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя Берілді 20__ жылғы (года) " __ " _____ (выдана) Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____	
Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____ Жұмыс орны (Место работы) _____ Кәсіпорынның, ұйымның, шаруашылықтың атауы (наименование предприятия, организации, хозяйства)	
Диагноз _____ Қорытынды диагнозы (Заключительный диагноз) _____	
Еңбекке жарамсыздық түрі (сырқаттануы, өндірістегі немесе тұрмыстағы қайғылы оқиға) (Вид нетрудоспособности (заболевание, несчастный случай на производстве или в быту)) Режимі (Режим) _____ МӘС-ға (ДЕС) жолданады (направлен на МСЭ (ВТЭ)) _____ 20__ жылға (года) Стационарда болды (Находился в стационаре) (с) _____ 20__ жылдан (года) бастап (по) _____ 20__ жылға (год) дейін Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ МӘС-да (ДЕС) куәландырылды (Освидетельствован МСЭ (ВТЭ)) _____ 20__ жылғы (года) МӘС-ның (ДЕСК) ұйғарымы (Заключение МСЭ (ВТЭ)) _____	
Уақытша басқа жұмысқа ауыстырылуы (Перевести временно на другую работу) с) _____ 20__ __ жылдан (года) бастап	

(по) _____	20__	жылға	(год)	дейін
М Э С К	(Д Е С К)			м ө р і
(П е ч а т ь	М С Э			(В Т Э)
Бас дәрігердің қолы	(Подпись	главного	врача)	_____
Төрағаның қолы (Подпись председателя) _____				

Формат А4	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095/у У т в е р ж д е н а и.о. Министра приказом Р е с п у б л и к и здравоохранения Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907			

продолжение

Формат А4	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095/у У т в е р ж д е н а и.о. Министра приказом Р е с п у б л и к и здравоохранения Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907			

	А Н Ы Қ Т А М А С П Р А В К А № _____ студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы (керегінің астын сызыңыз) (о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего

АНЫҚТАМАНЫҢ БАҚЫЛАУ ТАЛОНЫ КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ № _____ Берілген күні (Дата выдачи) _____ Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____ Оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы (Наименование учебного заведения, детской дошкольной организации) _____ Ауру диагнозы (Диагноз заболевания) _____ Босатылды (Освобожден) бастап (с) _____ (по) _____ аралығында Босатылуы ұзартылды (Освобождение проделано): бастап (с) _____ (по) _____ аралығында Анықтаманы берген дәрігердің тегі (Фамилия врача, выдающего справку) _____ Ескерту (Примечание): Бақылау талондары берілген анықтамаларды есепке алу үшін қажет (Контрольные талоны служат для учета выданных справок).	школу, детскую дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)) Берілген күні (дата выдачи) "___" _____ 20__ жылғы (года) Студентке, оқушыға, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балаға (керегінің астын сызыңыз) (студенту, учащемуся, ребенку, посещающему дошкольную организацию (нужное подчеркнуть)) оқу орнының, мектепке дейінгі балалар ұйымының атауы (название учебного заведения, дошкольной организации) Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____ Туған күні (жылы, айы, 1 жасқа дейінгі балалар үшін - күні) (Дата рождения (год, месяц, для детей до 1 года-день)) _____ Ауру диагнозы (келмеуінің басқа себептері) (Диагноз заболевания (прочие причины отсутствия)) _____ Жұқпалы аурумен ауырған науқастармен жанасуы (жоқ, иә, қандай науқастармен) (Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими)) _____ астын сызыңыз, жазыңыз (подчеркнуть, вписать) сабақтан, мектепке дейінгі балалар ұйымына барудан босатылды (освобожден от занятий, посещений детской дошкольной организации) бастап (с) _____ (по) _____ аралығында бастап (с) _____ (по) _____ аралығында Е м х а н а М . О . М.П. Дәрігердің қолы (Подпись врача) поликлиники

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қ а з а қ с т а н Денсаулық сақтау министрлігі	Р е с п у б л и к а с ы м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095/1 е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Сноска. Приложение дополнено Formой 095-2/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы Формат A5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____	A5 форматы Формат A5	БСН бойынша ұйым коды _____ _____ Код организации по БИН _____ _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095-2/е нысанды медициналық құжаттама	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 095-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 095-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Анықтаманың бақылау талоны
Контрольный талон к справке
№ _____
Берілген күні (Дата выдачи) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии)				
Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы №				
а н ы қ т а м а				
С п р а в к а	№			
ЖСН/ИИН	о временной нетрудоспособности			
Туған күні (Дата рождения)	Босату себептері: 1. инвазиялық әдіс өткізу, 2. ортопедиялық протезді стационарлық жағдайда өткізу, 3. санаторийлық-курорттық ұйымдарда емді аяқтау, 4. ұлды (қызды) асырап алу, 5. сырқаттанған туысқа күтім жасау бойынша, 6. карантиндық, 7. ауысымның соңына дейін еңбекке жарамсыздық белгілері болған кезде (кәсіпорындардың және ұйымдардың медициналық пунктерінің медицина қызметкерлері береді) (к е р е г і н ің а с т ы н с ы з ы ң ы з)			
Қызмет, жұмыс орны (Место службы, работы)	Причины освобождения: 1. проведение инвазивных методов обследования, 2. ортопедическое протезирование в стационарных условиях, 3. долечивание в санаторно-курортных организациях, 4. усыновление (удочерение) новорожденного ребенка (детей), 5. по уходу за больным родственником, 6. карантин, 7. наличие признаков нетрудоспособности до конца смены (выдается медицинскими работниками медицинских пунктов предприятий и организаций) (н у ж н о е п о д ч е р к н у т ь)			
	Берілген күні (Дата выдачи) 20__жылғы (года) "___" _____.			
	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)			
	ЖСН/ИИН			
Ауру диагнозы (босату басқа себептері) (Диагноз заболевания (прочие причины освобождения))	Туған күні (Дата рождения)	ӨАОЖ коды (Код КАТО):		
	Науқастың мекенжайы (Адрес больного):	облысы (область)		
	елді мекен (населенный пункт)			
	Ауданы (район)	көшесі (орамы) (улица)	үй № (дом №) _____ корпус _____ пәтер (квартира) № _____	
	Қызмет, жұмыс орны (Место службы, работы)			
	Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____			
	Ауру диагнозы (босату басқа себептері) (Диагноз заболевания (прочие причины освобождения)) _____			
	Жұқпалы аурумен ауырған науқастармен жанасуы (жоқ, иә, қандай науқастармен) (Наличие контакта с инфекционными больными (нет, да, какими)) _____			
	астын сызыңыз, жазыңыз (подчеркнуть, вписать)			
	Жұмыстан босатылуы (освобождение от работы)			
Босатылды (Освобожден)	қ а й күннен			Дәрігерлік консультациялық комиссия (ДКК) төрағасының

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 099/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 099-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-2/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 099-2/у Утверждена приказом

Ұйымның атауы	и.о. Министра	здравоохранения
Наименование организации	Республики	Казахстан
	23 ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма 099-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды
	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы	Медицинская документация Форма № 099-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын

пайдалану туралы тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета использования канала телекоммуникаций

телемедицинским центром

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/с №№ п/п	Мерзімі Дата	Басталау _____ сағ. _____ мин. Время начала сеанса _____ час. _____ мин.	уақыты Аяқталу _____ сағ _____ мин. Время окончания сеанса _____ час. _____ мин.	Жалпы ұзақтығы, мин Общая продолжительность в мин.
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Байланыс сеансының түрі Вид сеанса связи	Байланыс сеансының түрі Цель сеанса связи	Сеанс нәтижесі Результат сеанса	Жауапты қызметкердің ТАӘ ФИО ответственного лица
6	7	8	9

Формат А5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Аудандық телемедицина орталығының қызметі туралы

ЕСЕБІ

ОТЧЕТ

о деятельности районного телемедицинского центра

20__ жылғы (года) " __ " _____

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 099-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 099-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 099-5/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 100/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы (Наименование организации)	Медицинская документация Форма № 100/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сот-психиатриялық сараптаманың
қорытындысы
№ _____

Заклучение

судебно-психиатрической экспертизы

20__ жылғы (года) "___" _____

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Комиссия өткізілу орны (место комиссионного

осмотра) _____

Сот-психиатриялық сараптаманың өндірісінің мерзімі (срок производства

судебно-психиатрической экспертизы): 20__ жылғы (года) "___" _____

20__ жылғы (года) "___" _____ дейін.

Сот-психиатриялық сараптамаға жататын адам (лицо, подлежащее

судебно-психиатрической экспертизе)

аты, тегі, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

туған жылы/год рождения _____

бап бойынша айыпталушының (обвиняемого по статье)_____

немесе мәселені шешуге қатысты куә, жәбірленуші, жауапкер адамның,

адамның әрекетке қабілеттілігін анықтау (астын сызу керек) (или

являющегося свидетелем, потерпевшим, истцом, ответчиком; лицом, в

отношении которого решается вопрос о дееспособности (подчеркнуть)).

Сот-психиатриялық сараптаманың өндірісінің негіздері (основания для

производства судебно-психиатрической

экспертизы)_____

Сот-психиатриялық сараптама өндірісі туралы қаулы (анықтама) шығарған

орган (лауазымды тұлға) (орган (должностное лицо) вынесшее

постановление (определение) о производстве судебно-психиатрической

экспертизе

орган, ТАӘ, атқаратын қызметі, шығарған күні (орган, ФИО,

занимаемая должность, дата вынесения)

Бастапқы, қайталанған, қосымша сараптама. Соңғы екі жағдайда

сараптама, сарапшылардың қорытындылары қашан, кім жүргізгендігі

көрсетіледі (Экспертиза первичная, повторная, дополнительная. В двух

последних случаях указывается когда, кем проводились экспертизы,

заключение экспертов)

Сарапшылардың алдына қойылған мәселелер (вопросы, поставленные перед

экспертами):

1. _____

2. _____

3. _____

Сот-психиатриялық сараптаманы өткізген комиссия құрамы

(судебно-психиатрическую экспертизу провела комиссия в составе):

Жетекші сарапшы (ведущий эксперт):	тегі, аты, мамандығы, әкесінің аты, мамандығы білімі, бойынша сарапшылық жұмыс				
	өтілі, ғылыми дәрежесі және ғылыми атағы, лауазымы; (фамилия, имя, отчество,				
	образование, экспертная специальность, стаж работы по специальности, ученая				
	степень и ученое звание, занимаемая должность)				
Комиссия мүшелері (члены комиссии):	тегі, аты, мамандығы, әкесінің аты, мамандығы білімі, бойынша сарапшылық жұмыс				
	өтілі, ғылыми дәрежесі және ғылыми атағы, лауазымы; (фамилия, имя, отчество,				
	образование, экспертная специальность, стаж работы по специальности, ученая				
	степень и ученое звание, занимаемая должность)				

Қазақстан Республикасының Қылмыстық кодексінің 352-бабы бойынша сарапшылар жалған қорытынды бергендігі немесе одан бас тартқандығы үшін қылмыстық жауапкершілікке тартылатыны туралы ескертілді (Об уголовной ответственности за отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье 352 Уголовного кодекса Республики Казахстан эксперты предупреждены).

қол қою (ропись)

Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы беттерде баяндалады (заклучение судебно-психиатрической экспертизы излагаются на следующих страницах)_____.

Сот-психиатриялық сарапшылық зерттеу кезінде қолданылған әдістемелер (использованные методики при судебно-психиатрическом экспертном исследовании)_____

А5 форматы

Формат А5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 101/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 101/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сотталған адамды психиатриялық куәландыру

қорытындысы

№ _____

Заклучение

психиатрического освидетельствования осужденного

Сыналушы (на испытуемого) _____

Туған жылы (год рождения) _____ (осужденного по статье) _____

_____ бабы бойынша сотталған

Мерзімі (на срок) _____

Жазалану мерзімінің басталуы (Срок наказания исчисляется с)

Сотталған адамды психиатриялық куәландыруды құрамы мынадай

сот-психиатриялық комиссиясы стационарлық, амбулаториялық (астын

сызыңыз) жағдайда өткізді (Психиатрическое освидетельствование

осужденного произвела судебно-психиатрическая комиссия в

амбулаторных, стационарных (подчеркнуть) условиях в составе):

Төраға (председателя) _____

Комиссия мүшелері (членов комиссии) _____

Баяндаушы-дәрігер (врача-докладчика) _____

Қаулы негізінде (на основании постановления) _____

_____ (от) 20__ жылғы (года) _____ күні

Төменде көрсетілген сарапшының құқығы мен міндеті (Права и

обязанности эксперта, предусмотренные от) _____

ҚК (УК) _____

қорытынды шығарудан бас тартуы немесе біле тұра жалған қорытынды

шығарғаны үшін жүктелетін жауапкершілік туралы (об ответственности за

отказ или дачу заведомо ложного заключения по статье. _____

ҚК(УК) _____ бабы бойынша сарапшыларға ескертілді

(эксперты предупреждены) "Қорытындының" қалған бөлімдері келесі

(Остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих) _____

беттерде жазылады (листах).

*Бұрынғы өмірі туралы деректер (құқық бұзу кезеңін қоса), сырқатының дамуы, егер ондай болса; физикалық, неврологиялық, психикалық жағдайлары және зертханалық зерттеулер деректерін жазу; диагнозы мен сарапшылық ұйғарым қорытынды бөлімде негізделеді және көрсетіледі.

(*Сведения о прошлой жизни (включая период совершения правонарушения), развития заболевания, если таковое имеется: описание физического, неврологического, психического состояния и данные лабораторных исследований; заключительная часть, в которой указывается и обосновывается диагноз и экспертное заключение)

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж коды _____ Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м
Қазақстан Денсаулық Министерство Республики Казахстан	с а қ т а у Республикасы министрлігі здравоохранения	Қазақстан Денсаулық м . а . " 23 " бұйрығымен № медициналық құжаттама	с а қ т а у 2010 қарашадағы 103 / е	Республикасы министрінің ж ы л ғ ы № 907 бекітілген н ы с а н д ы
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская Ф о р м а Утверждена Министра Республики "23 " ноября 2010 года № 907	документация 103 / у приказом здравоохранения Казахстан от	и.о.

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ИКСИ ЭҚҰ ШАРАСЫН ӨТКІЗУ ХАТТАМАСЫ ПРОТОКОЛ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУРЫ ЭКО ИКСИ

ТАӘ (ФИО) Жасы (Возраст)..... Бедеулік түрі

(Форма бесплодия)

Цикл күні (День цикла).....
телефон.....

Стимуляциялау кестесі (Схема стимуляции).....

Стимуляциялау дәрігері (Врач стимуляции) Стимуляция №.

(№ стимуляции).....

Аспирация № (№ аспирации)
.....

Фолликулдар пункциясы (Пункция фолликулов)

Күні (Дата) Хирург
.....

Фолликулдар саны (Количество фолликулов).....

Уақыты (Время) сағат (час) минут (минута)

Эмбриолог Ооциттердің барлық саны (Количество
ооцитов

всего).....

Анастезиолог.....

Фолликулдарды жуу (Промывание фолликулов): иә (да) жоқ (нет)

Жуу үшін орта көлемі (Объем среды для промывания) мл.

Пайдаланылатын құралдар (Используемые инструменты):

Вакуумдық сорғышы бар пункциялық жүйелер (Пункционные системы с

вакуумным отсосом) Wellace Cook

Шишалар (Флаконы) - Falcon

Ооциттерді іздеуге арналған шыныаяқтар (Чашки для поиска ооцитов) -

Falcon

Ооциттерді жууға арналған шыныаяқтар (Чашки для отмывания ооцитов)

-Falcon

Ооциттерді жууға арналған орта (*Среда для отмывания ооцитов*) -

Flushing medium+IVF

Шәуетті өңдеу (Обработка спермы)

Шәует (табиғи, мұздатылған): (Сперма) (нативная, размороженная): **М**

Д № Эякулят, тест, биопсия.

	Өңдеуге дейін До обработки	Өңдеуден кейін После обработки
Ж а л п ы концентрациясы (м л н / м л) (О б щ а я концентрация (млн/мл)		
А ж ә н е В қ о зғ а л м а л ы с а н . к о н ц е н т р (Концентрация подвижных к а т . А и В)		
М о р ф о л о г и я (норма %)		

Жуу ортасы: *Sperm preparation medium* (Среда отмывания: *Sperm*

preparation medium)

Центрифугалау: жай немесе градиентте-*Supra sperm* (Центрифугирование:

простое или в градиенте- *Supra sperm*)

Қалқып шығу уақыты (Время всплытия) минут

Шәуетті өңдеу эмбриологы (Эмбриолог обработки спермы):.....

ИКСИ-ға арналған микроқұралдар (Микроинструменты для ИКСИ):

Сорғыш (Присоска): Cook Humagen

Ооциттерді ұрықтандыру және егу (Оплодотворение и культивирование ооцитов)

Ұрықтандыру ЭКУ/ИКСИ (Оплодотворение ЭКО/ИКСИ)	ооциттер жетілуінің дәрежесі (степень зрелости ооцитов) : М 2 -	Ұрықтандырылған жасушалардың саны Қосымша хетчинг(ВХ): иә ж о к 2 Р N _ _ _ _ Аномальдық ұрықтандыру ____ ВХ өткізуге көрсетілімдер: Ұрықтанған жоқ ____ - қайталанатын бағдарлама Сапалы ұрықтардың саны ____ - жас ≥ 37 Бластоцисттердің қалыптасу - ФСГ жоғары деңгейі жиілігі _____ Бөлшектеу жиілігі ____ - ZP ≥ 18 мкм Фрагменттерді алып тастау: и ә ж о к
Күні(Дата) 2012	M1-	
Уақыты (Время) сағат (час) минут (минута)	G V - Дегенеративтік жасушалар (Денеративные клетки):	Количество оплодотворенных Вспомогательный хетчинг(ВХ): клеток 2 Р N ____ да нет Аномальное оплодотворение ____ Показания к проведению ВХ: Нет оплодотворения ____ - повторная программа Количество качественных - возраст ≥ 37 эмбрионов _____ Частота формирования бластоцист ____ - высокий уровень ФСГ Частота дробления ____ - ZP ≥ 18 мкм Удаление фрагментов: да нет
Ұрықтандыру эмбриологы (Эмбриолог оплодотворения) :		

Ұрықтарды егу (Культивирование эмбрионов)

Ооциттің (эмбрионның) реттік нөмірі (Порядковый номер ооцита (эмбриона))	0 - к ү н (д е н ь) Күні (Дата)..... 2012 жыл (год) Уақыты (Время): сағат (час) минут (минута) Ұрықтандыру ортасы (среда оплодотворения) Эмбриолог: _____					
	Ооцит жетілуінің сатысы (Стадия зрелости))ооцита	Цитоплазманың аномалиясы (Аномалия цитоплазмы)	Р В аномалиясы (Аномалия РВ)	Р S аномалиясы (Аномалия PS)	Z P аномалиясы (Аномалия ZP)	Нысан аномалиясы (Аномалия формы)
	1					
	2					

5 - к ү н (д е н ь)
К ү н і (Д а т а)
2012 жыл (год) Уақыты (Время): сағат (час) минут (минута)
Ұрықтандыру ортасы (среда оплодотворения).....
Эмбриолог: _____

[illegible]

Ұрықтарды бағалаудың ең жоғарғы баллы – 7. Кез келген аномалия бар болған жағдайда 0,5

балл алынып тасталады. Әр аномалияның барлығы бір рет қана есепке алынады.

Максимальная оценка эмбрионов 7 баллов. При наличии любой аномалии отнимается 0,5

балла. Наличие каждой аномалии учитывается только один раз.

Пациенттің ТАӘ (ФИО пациентки)
.....

Ұрықтарды тасымалдау (Перенос эмбрионов)

Күні (Дата) 2012 жыл (год).....

Уақыты (Время)..... сағат (час) минут (минута)

Ұзақтылығы (Продолжительность)..... минут (минута)

Дәрігер (Врач).....

Эмбриолог.....

Мейіргер (Медсестра).....

Тасымалданатын ұрықтардың сипаттамасы - болған жағдайда (бұдан әрі –

ҰС)

(Характеристика переносимых эмбрионов – при наличии (далее - ПЭ)

Д а м у (С т а д и я развития)	с а т ы с ы	Ұ С Количество ПЭ	с а н ы	Ұ С Качество ПЭ	с а п а с ы

Катетер түрі (Тип катетера): ТҰ түрі (селективті/ селективті емес)

Cook, Wellace

Катетерге қайта жинау (Вид ПЭ (селективный/ неселективный))

(Повторный набор в катетер)):

иә (да) жоқ (нет)

Катетерде ұрықтардың тұрып қалуы Түсініктеме (Комментарии).....

(Задержка эмбрионов в катетере):

иә (да) жоқ (нет).

Асқынулар (Осложнения): жоқ (нет),

пулевкалар (пулевки), зонд

Тасымалдау ортасы (Среда

переноса).....

Тасымалдау ортасының көлемі

(Объем среды переноса).....

Ұрықтарды қайта тасымалдау (Повторный перенос эмбрионов)

Себебі (Причина).....

.....

Күні (Дата).....2012 жыл (год)

Уақыты (Время)..... сағат (час) минут (минута)

Ұзақтығы (Продолжительность) минут (минута)

Катетердің түрі (Тип катетера).....

.....

Тасымалдау ортасы (Среда переноса).....

.....

Тасымалдау ортасының көлемі (Объем среды переноса).....

.....

Ұрықтарды мұздату және сақтау (Замораживание и хранение эмбрионов)

Күні (Дата) 2012 ж. (г.)

Уақыты (Время)..... сағат (час) минут (минута)

Мұздатылды (Заморожено): ОО 2PN 2-4 бл. 6-8 бл. > 8 бл. бластоцист

(бластоциста) морулалар (морула) барлығы (всего)

.....

Сабан саны (Число соломок) _____ Сабан түсі

(Цвет соломки)_____ Таңба (Маркировка)_____

Дюар _____ Контейнер

_____ Шөміш (Ковш) _____

Мүздату эмбриологы (Эмбриолог заморозки)
.....

Қысқартулар/Сокращение: ИКСИ – сперматозоидтың интрацитоплазмалық
инъекциясы (ИКСИ -

Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида)

ЭКҰ - экстракорпоралдық ұрықтандыру (ЭКО - экстракорпоральное
оплодотворение)

Форма

Формат А4	Код организации по ОКПО _____
Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Медицинская документация Ф о р м а 1 0 3 / у - 1 2 Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23 " ноября 2010 года № 907
Наименование организации	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном
виде.

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ № ____

(выдается для предоставления в регистрирующие органы)

Дата выдачи "....." 20 г.

1. ФИО матери

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН _____

2. Адрес (место постоянного жительства матери): Республика

_____ Область/Город республ.значения (ГРЗ)

Район/Город обл.значения (ГОЗ)/Район в ГРЗ

Округ/Поселк.акимат /Район в ГОЗ/Акимат города район.значения

Населенный пункт _____
_____ (город -1,

село – 2) ул. _____ дом № _____ кв. № _____

3. Дата рождения матери: _____ число _____ месяц _____ год.

4. Национальность матери

5. Семейное положение матери: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2,

вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5.

6. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее

– 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

7. Дата родов: _____ час. _____ число _____ месяц _____ год.

8. Место родов: _____ в стационаре - 1,
на дому -

2, в др. месте - 3 9. Пол ребенка: мужской - 1, женский - 2

9-1. Ребенок родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни

- 3, при других многоплодных родах - 4

9-2. Ребенок родился: доношенный - 1, недоношенный - 2, переносимый - 3

9-3. Масса ребенка при рождении _____ (грамм) , _____
рост (см).

9-4. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений)

10. Ф.И.О. врача (среднего медработника) _____

Печать медицинской организации Подпись медицинского работника,

или физического лица, занимающегося выдавшего свидетельство

частной медицинской практикой _____

К сведению родителей

В соответствии со ст. 189 Кодекса РК "О браке (супружестве) и семье" регистрация

ребенка в регистрирующих органах обязательна. Заявление о рождении ребенка должно быть

сделано не позднее двух месяцев со дня рождения ребенка.

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О РОЖДЕНИИ К ФОРМЕ № 103/у-12

№ _____

(остается в медицинской организации)

Дата выдачи "....." 20 г.

1. Ф.И.О. матери _____

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН _____

2. Адрес (место постоянного жительства матери): Республика _____

Область/Город республ.значения(ГРЗ) _____

Район/Город обл.значения (ГОЗ)/Район в ГРЗ _____

Округ/Поселк.акимат /Район в ГОЗ/Акимат города район.значения _____

Населенный пункт _____ (город -1
, село – 2)

ул. _____ дом № _____ кв. № _____

3. Дата рождения матери: _____ число _____ месяц _____ год.

4. Национальность матери _____

5. Семейное положение матери: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2,

вдова - 3, разведена - 4, неизвестно – 5.

6. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее
среднее

– 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

7. Дата родов: _____ час. _____ число _____ месяц _____ год.

8. Место родов: _____

в стационаре - 1, на дому - 2, в др. месте - 3 (указать)

9. Имя ребенка _____

10. Пол ребенка: мужской - 1, женский - 2

11. Ребенок родился при сроке беременности _____ полных
недель

12. Которая по счету беременность _____, роды _____

13. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений) _____

14. Ребенок родился при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из
двойни -

3, при других многоплодных родах – 4.

15. Масса ребенка при рождении _____ (грамм), _____
рост (см).

16. Оценка по шкале Апгар _____ 1 мин., _____
_____ 5 мин.

17. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины -
3,

18. Медицинские факторы риска настоящей беременности:

Анемия		01
Болезни системы кровообращения		02
болезни органов дыхания		03
Инфекционные и паразитарные		
болезни матери		04
Гипертензия кардиоваскулярная		05
Гипертензия почечная		06
Вызванная беременностью гипертензия		07
Сахарный диабет		08
Болезни почек		09
Гидрамнион (многоводие)		10
Экстракорпоральное	оплодотворение	11
(вспомогательная репродуктивная технология)		
Индукцированная	беременность	(стимуляция
овуляции, ЭКО, ВРТ)		12
Олигогидрамнион		13
Эклампсия/Преэклампсия тяж. ст.		14
Кровотечение в ранние сроки беременности		15
Инфекция мочеполовых путей		16
Злокачественные новообразования		17
ВИЧ/СПИД		18
Сифилис		19
Недостаточность питания при беременности		20
Генитальный герпес		21
Недостаточность плаценты		22
Rh-сенсibilизация		23
Крупный плод		24
Гипотрофия плода		25
Другие (указать)		26
Не было		00

19. Прочие факторы риска во время беременности:

Курение	01
Употребление психоактивных веществ	02

20. Осложнения родов:

Гипертермия во время родов	01
Предлежание плаценты	02
Преждевременная отслойка плаценты	03
Индукцированные роды	04
Стремительные роды	05
Затруднительные роды вследствие неправильного положения или предлежания плода	06
Кровотечение во время родов	07
Роды и родоразрешение, осложнившиеся стрессом плода (дистресс)	08
Роды и родоразрешение, осложнившиеся патологическим состоянием пуповины	09
Другие (указать)	10
Не было	00

21. Акушерские процедуры

Амниоцентез	01
Мониторинг плода	02
Биопсия хориона (кардоцентез)	03
Ультрасонография	04
Другие (указать)	05
Не производили	00

22. Осложнения периода новорожденности:

Анемия	01
Фатальный алкогольный синдром	02
Синдром мекониевой пробки	03
Легочная вентиляция до 30 мин.	04
Легочная вентиляция свыше 30 мин.	05
Другие (указать)	06
Нет осложнений	00

23. Врожденные аномалии (пороки развития, деформации и хромосомные нарушения)

Анэнцефалия	01
Спинно-мозговая грыжа	02
Энцефалоцеле	03
Гидроцефалия	04
Расщелина неба	05
Тотальная расщелина губы	06

Атрезия пищевода	07
Атрезия ануса	08
Эписпадия	09
Редукционные пороки конечностей	10
Омфалоцеле	11
Синдром Дауна	12
Другие (указать)	13
Не было	00

24. Социальные факторы

Мать взята под наблюдение	
В первой половине беременности	01
Во второй половине беременности	02
Причины поздней явки:	
- оплата за мед. услуги	02.1
- отсутствие работы	02.2
- отсутствие прописки	02.3
- по незнанию	02.4
- по другим причинам	02.5
Не наблюдалась у врача ГСВ	03

25. Методы родоразрешения:

Естественный путь родоразрешения	01
Оперативное (кесарево сечение, вакуум-экстракции, наложение акушерских щипцов)	02

26. Ф.И.О. медицинского работника, выдавшего свидетельство о рождении

_____ Подпись _____

27. Свидетельство получено (кем) _____ Подпись _____

А4 форматы

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 104/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма 104/у Утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың
қорытындысы
№ _____
Заключение
психиатрического освидетельствования лица, находящегося
на принудительном лечении**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____

аты, тегі, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

туған жылы (год рождения) _____

20__ жылғы (года) " __ " _____ соттың анықтамасына

сәйкес (согласно определения суда) _____

_____ бабы бойынша айыпталған

(обвинявшегося по статье)

_____ жылдан (года) " __ " _____ бастап осы мекемеде

мәжбүрлеп емделуде (находящегося на принудительном лечении в данном

учреждении)

Психиатриялық куәландыруды мынадай құрамдағы

дәрігерлік комиссия жүргізді:

(психиатрическое освидетельствование произвела

врачебная комиссия в составе):

Төраға (председателя) _____

комиссия мүшелері (членов комиссии) _____

"Қорытындының" қалған бөлімдері келесі _____ парақтарда

жазылады (остальные разделы "Заключения" излагаются на следующих

листах).

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 105/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 105/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық
сараптаманы тіркеу
ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ

регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы

Сноска. Форма в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) "___" _____ 20__ жылғы (года) "___" _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық. Указания по заполнению журнала.

Әрбір сот-психиатриялық сараптама Ведется специально выделенным

лицом в каждой

комиссиясындағы арнайы бөлінген судебно-психиатрической

адам жүргізеді. комиссии.

Парақтары нөмірленген журнал Журнал с пронумерованными

байланған, базасында листами должен быть

сот-психиатриялық сараптама жүргізу прошнурован, опечатан печатью

учреждения, на базе которого

ұйымдастырылған ұйымның мөрімен организовано проведение

мөрленген судебно-психиатрической

және комиссия төрағасының қолы экспертизы и подписан

қойылған болуы тиіс. председателем комиссии. По

Пайдалану аяқталғаннан кейін использовании передается в

мұрағатқа беріледі. архив.

Р/с № п/п	Істерді қабылдау күні Дата приема дел	Аты, тегі, әкесінің аты Фамилия, и м я , отчество	Жынысы Пол	Туған күні (күні, айы, жылы) Дата рождения (число, месяц, год)	Сараптама жүргізу туралы қаулыны/ұйғарымды кім, қашан шығарды (қаулы/ ұйғарым шығарылған тілде толтырылады) Кем, когда, вынесено постановление/определение о производстве экспертизы (заполняется на языке постановления/ определения)
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Процессуалдық статус (айыпталушы (Қылмыстық кодексінің бабын көрсете отырып), куәгер, жәбірленуші, талапкер, жауап беруші, әрекетке қабілеттілік туралы мәселе шешілетін жатқан адам) адамдарға қатысты Процессуальный статус (обвиняемый (с указанием статьи Уголовного	Бұл іс бойынша Сот-психиатриялық бірінші, қайталанған, сараптама жүргізу үшін қосымша сараптама адамды кім жеткізді По данному делу Кем доставлено лицо экспертиза первичная, для прохождения	

кодекса), свидетель, потерпевший, истец, ответчик; лицо, в отношении которого решается вопрос о дееспособности)	повторная, дополнительная	судебно-психиатрической экспертизы
7	8	9

Стационарға түсу күні немесе амбулаториялық сот-психиатриялық сараптама жүргізу кезінде комиссиялық тексеріп-карау күні Дата поступления в стационар, или дата комиссионного осмотра при амбулаторной судебно-психиатрической экспертизе	Комиссиялық тексеріп-карау орны Место комиссионного осмотра	Сот-психиатриялық сараптама қатысушыларының ТАӘ (жетекші сарапшы, мүшелері) ФИО участников судебно-психиатрической экспертизы (ведущий эксперт, члены)	Қорытынды № № заключения
10	11	12	13

продолжение таблицы

Диагнозы Диагноздар	Қорытынды (қай тілде) Заключение (на каком языке)	Сот-психиатриялық сараптамадан кейін адамды кім жіберді С кем отправлено лицо после судебно-психиатрической экспертизы	Стационардан шыққан күні Дата выписки из стационара	Сараптама жүргізу мерзімі (___дан ___ дейін), (сарапшы өтініші болған жағдайда, оны көрсету) Срок проведения экспертизы (с___ по___), (при наличии ходатайств указать)
14	15	16	17	18

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды
		----- Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м . а . 2 0 1 0 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 1 0 5 - 1 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Ф о р м а № 1 0 5 - 1 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қылмыстық және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ
регистрации приема, выдачи дел (уголовных и гражданских) и заключений
судебно-психиатрических экспертных комиссий

20__ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат)

Журналды толтыру жөніндегі нұсқаулық.

Әрбір сот-психиатриялық сараптама

комиссиясындағы арнайы бөлінген адам жүргізеді.

Парақтары нөмірленген журнал байланған,

базасында сот-психиатриялық сараптама жүргізу

ұйымдастырылған мекеменің мөрімен мөрленген

және сот-психиатриялық сараптама органының бірінші

басшысы қолы қойылған болуы тиіс.

Пайдалану аяқталғаннан кейін мұрағатқа беріледі

20__ жылғы (года) "___" _____ аяқталды (окончен)

Указания по заполнению журнала.

Ведется специально выделенным лицом в каждой

судебно-психиатрической экспертной комиссии.

Журнал с пронумерованными листами должен

быть прошнурован, опечатан печатью учреждения,

на базе которого организовано проведение судебно-

психиатрической экспертизы и подписан

первым руководителем органа судебной экспертизы.

По завершения использования передается в архив.

Р/с № п/п	Істерді қабылдау күні Дата приема дел	Аты, тегі, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Қаулыны (анықтаманы) қашан, кім, қай тілде шығарды Когда, кем, на каком языке вынесено постановление (определение)	Қылмыстық азаматтық іс (қай тілде) Уголовное, гражданское дело (на каком языке)	С о т - психиатриялық сараптамаға (тергеудегі, сотталған) жататын адамдарды сипаттау Характеристика лица, подлежащего судебно-психиатрической экспертизе (подследственный, подсудимый)	Істер мен қорытындыларды беру күні Дата выдачи дела и заключения	Істер мен қорытындыларды алушының аты, тегі, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество получателя дела и заключения
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Форма

Формат А4	К о д о р г а н и з а ц и и п о ОКПО _____
Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Медицинская документация Ф о р м а 1 0 6 / у - 1 2 Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907
Наименование организации	

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ № _____

Дата выдачи " ____ " _____ 20 ____ г.

(предварительное, окончательное, взамен предварительного, окончательного № ____
_____)

1. Фамилия, имя, отчество умершего _____

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН _____

2. Пол: мужской - 1, женский – 2.

3. Дата рождения: _____ число, _____ месяц, _____ год.

4. Дата смерти: _____ число, _____ месяц, _____ год.

5. Для детей, умерших в возрасте до 1 года: доношенный - 1, недоношенный - 2;

масса (вес) при рождении _____ грамм (1), рост

_____ см (2), число месяцев и дней жизни (3), по счету _____

ребенок у матери (4), возраст матери _____ (5)

5-1. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины -
3,

произвольное сокращение мускулатуры – 4.

6. Место последнего жительства умершего: Республика _____

Область/ ГРЗ _____

Район/ГОЗ/Район в ГРЗ _____

Округ _____

Юридический адрес _____ (город -
1, село - 2)

Улица _____, дом _____, корпус _____

квартира _____

7. Место смерти:

а) Область/ГРЗ _____

Район/ГОЗ _____

Округ _____

Населенный пункт _____ (город - 1,
село - 2)

Улица _____, дом _____, корпус _____ квартира _____

8. Смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3

9. Национальность _____

10. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова -

3, разведена - 4, неизвестно – 5.

11. Образование: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее – 4,

среднее специальное - 5, незаконченное высшее – 6, высшее – 7, неизвестно – 8.

12. Место работы и должность _____

13. Причина смерти: заболевание - 1, несчастный случай вне производства - 2, несчастный

случай на производстве - 3, убийство - 4, самоубийство - 5, не установлено - 6

14. В случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы:

а) дата травмы (отравления): год _____ месяц _____
число _____;

б) при несчастных случаях вне производства вид травмы: бытовая - 1, уличная,
кроме

дорожно-транспортной - 2, дорожно-транспортная - 3, школьная - 4, спортивная - 5,

прочее - 6;

в) место и обстоятельства, при которых произошла травма, отравление (указать
подробно)

15. Причина смерти установлена: врачом, только констатировавшим смерть - 1,
лечащим

врачом - 2, средним медицинским работником - 3, патологоанатомом - 4,

16. Я, _____

(фамилия, имя, отчество)

(должность)

удостоверяю, что на основании осмотра трупа - 1, записей в медицинской документации -

2, предшествующего наблюдения - 3, вскрытия - 4 мною определена последовательность

патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая

причина смерти.

17. Причина смерти	Код МКБ-10	Дата (болезни)	
		начало	окончание
1) а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)			
б) _____ (патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины)			

в) _____ (основная причина смерти указывается последней)							
г) _____ (внешние причины при травмах и отравлениях)							

2) Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не

связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней

18. В случае смерти женщины:

18.1 умерла беременной (независимо от продолжительности и локализации беременности)

18.2 в процессе родов (аборта)

18.3 в течение 42 дней после родов (аборта)

18.4 в течение 43-365 дней после окончания беременности, родов

19. Наименование организации здравоохранения, выдавшей свидетельство, его адрес

20. Фамилия, имя, отчество, должность медицинского работника, выдавшего
свидетельство

Печать медицинской организации Подпись медицинского работника,

или физического лица, занимающегося выдавшего свидетельство

частной медицинской практикой _____

** для детей, умерших в возрасте до 1 года, заполняется в отношении матери*

-----Линия отреза -----

**КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О СМЕРТИ
К ФОРМЕ №106/у-12**

№ _____

Дата выдачи " _____ " _____ 20 __ г.

(предварительное, окончательное, взамен предварительного, окончательного

№ _____)

1. Фамилия, имя, отчество _____

(в соответствии с документами, удостоверяющими личность)

1-1. ИИН _____

2. Место постоянного жительства умершего: Республика _____

Область/ ГРЗ _____

Район/ГОЗ/Район в ГРЗ _____

Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города районного значения _____

Населенный пункт _____ (город -1
, село – 2)

Улица _____ дом № _____ квартира № _____

3. Дата рождения _____ 4. Дата смерти _____

(число, месяц, год) (число, месяц, год)

4. Смерть последовала: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3

Для детей умерших в возрасте до 1 года:

5. Дата рождения: _____ число, _____ месяц, _____ год.

6. Дата смерти: _____ число, _____ месяц, _____ год,

масса (вес) при рождении _____ (грамм), _____ рост (см).

6-1. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3,

произвольное сокращение мускулатуры – 4.

7. Место рождения _____

(наименование медицинской организации, его адрес)

8. Фамилия, имя, отчество матери _____

9. Причина смерти	Код МКБ-10	Дата (болезни)	
		начало	Окончание
1) а) _____ (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти)			
б) _____ (патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной причины)			

Форма

Формат А4		К о д ОКПО _____
Министерство здравоохранения РК		М е д и ц и н Ф о р м а У т в е р ж д М и н и с т р Р е с п у б л и " 2 3 № 907
Наименование медицинской организации		
МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО		
№ _____ (окончательное, _____ предварительное, _____ взамен _____) Д а т а _____ в ы д а ч и _____ " " _____ 1 - Мертворожденный 2 - Умер на 1-й неделе жизни		
Место для шифра		1. _____ Фам
		2. _____ Пол: (п о д ч е
		3. _____
		4. _____ Дата
		5. _____ Место
1		Область/
2		Район/ГОЗ/Ра
		Округ/Поселк
		значения

		Населенный ул. _____
3		б) _____
		в _____ ст
		дома -
4		6.
5		7. _____ ч
		8.
		9. Семейно
		браке -
6		Для состо
		
7		Фамилия, им
		(сведения з
		слов
8		10. Мест
		(м е р т в о р
9		Республика__
		Область/
		Район/
		Округ/Поселк
		з н а ч е н и я
10		Населенный ул. _____
		11. Образо
		среднее -
		незаконченн
11		12.1. _____
		указать
		12.2.
12.1		
		13. _____ К
12.2		14. _____ К
		15.
13		рождением
		мертворо
14		самопроизв
		искусственн
		16.
15		Продолжите:
		н е д

		17. Роды др. _____
16		18. С врачу-акуше нед. - не
17		19. Где СВА, Ж облроддом
18		20. 3 настоящей (указать)
19		21. Заб беременност основное
20		22. Осл (указать
21		23. От с целью (указать
22		24. Р родах - др.
23		25. Мас
24		26.
25		27. Ре недоношен
26		27-1. Кри пульсация
27		28. Р мацериров
28		29. См родовой после
29		30. (заболевания - 3,

		31. Причина пер
30		1) основное (плода), (указывается о
31		б) другие (плода)
		в) основное (состояние смерти ребенка
		г) другие (состояние ребенка (плода
32.a		д) другие сопутст
32.б		32. а) врач принимавший ребенка судебно-мед фельдш 32. б) медицинской наблюдени
33		33. а) б) Фам медицинског Печать фамили 34. У 35. По Заполняется: 36. Свид

КОРЕШОК МЕДИЦИНСКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА
О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТИ К ФОРМЕ №106-2/у-12е

№ _____

(окончательное, предварительное, взамен предварительного № _____)

Дата выдачи " _____ " _____ 20 ____ г.

Наименование медицинской организации _____

Мертворожденный - 1, умер на 1-й неделе жизни - 2 (подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество матери _____

2. Дата рождения матери: _____ число, _____ месяц, _____ год.

3. Национальность матери _____

4. Семейное положение: никогда не состояла в браке - 1, состоит в браке - 2, вдова - 3, разведена - 4, неизвестно - 5.

5. ФИО мужа _____

6. Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного): Республика _____ Область/ ГРЗ _____ Район/ ГОЗ/Район в ГРЗ _____ Округ/Поселковый акимат /Район в ГОЗ/Акимат города _____

районного значения _____

Населенный пункт _____ (город -1, село - 2) ул. _____ дом № _____ кв. № _____

7. Место работы матери (если не работает, указать на чьем иждивении находится) _____

Должность или выполняемая работа _____

8. Образование матери: не имеет - 1, начальное - 2, основное среднее - 3, общее среднее - 4, среднее специальное - 5, незаконченное высшее - 6, высшее - 7, неизвестно - 8.

9. Фамилия, имя, отчество умершего ребенка _____

10. Пол: мужской - 1, женский - 2, не определен - 3.

11. Дата рождения (мертворождения): _____ мин., _____ час., _____ число, _____ месяц, _____ год.

12. Дата смерти: _____ мин., _____ час., _____ число, _____ месяц, _____ год.

13. Место смерти (мертворождения): а) республика, область _____ район _____ город - 1, село - 2 _____

б) смерть (мертворождение) произошла: в стационаре - 1, дома - 2, в другом месте - 3 (вписать) _____

14. Который по счету родившийся ребенок у матери (очередность живорождений) _____

15. Какие по счету роды _____; беременность _____

16. Продолжительность настоящей беременности _____ полных недель

17. Из предшествующих беременностей: число закончившихся живорождением - 1 _____, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3 _____, медицинским абортom - 4 _____

в том числе по мед. показаниям - 5

18. Последняя из предшествующих беременностей закончилась: рождением живого ребенка - 1, мертворождением - 2, самопроизвольным выкидышем - 3, медицинским абортom - 5, в том числе по мед. показаниям - 6.

19. Число посещений врача (фельдшера, акушерки) _____

20. Роды принял: врач - 1, акушерка - 2, фельдшер - 3, др. лицо - 4.

21. Осложнения родов: гипертермия во время родов 01

предложение	плаценты	0 2
преждевременная	отслойка плаценты	0 3
неудачная	попытка стимуляции родов	0 4
стремительные	роды	0 5
затруднительные	роды вследствие	
неправильного	положения	или
предложения	плода	0 6
гипертензия,	вызванная беременностью	0 7
кровотечение	во время родов	0 8
роды и	родоразрешение, осложнившиеся	
стрессом	плода (дистресс)	0 9
роды и	родоразрешение, осложнившиеся	
патологическим	состоянием пуповины	1 0
другие	(указать)	1 1
н е	б ы л о	0 0
22. Операции и оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения: не было - 1, были - 2 (указать какие)		
.....		
.....		
23. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах - 1, первым из двойни - 2, вторым из двойни - 3, других многоплодных родах - 4.		
24. Ребенок (плод) родился: доношенным - 1, недоношенным - 2, переносным - 3.		
25. Ребенок (плод) родился: мертвым - 1, мацерированным - 2, в асфиксии - 3.		
26. Масса ребенка (плода) при рождении		грамм.
27. Рост ребенка (плода)		см.
28. Критерии живорождения: дыхание - 1, сердцебиение - 2, пульсация пуповины - 3, произвольное сокращение мускулатуры - 4.		
29. Смерть ребенка (плода) наступила: до начала родовой деятельности - 1, во время родов - 2, после родов - 3, неизвестно - 4.		
30. Смерть ребенка (плода) произошла: от заболевания - 1, несчастного случая - 2, убийства - 3, род смерти не установлен - 4.		
31. Оценка по шкале Апгар: через 1 мин. баллов, через 5 мин. баллов.		
32. Медицинские факторы риска настоящей беременности:	35. Акушерские процедуры	
Анемия	0 1 Амниоцентез	0 1
Болезни системы кровообращения	0 2 Мониторинг плода	0 2
Болезни органов дыхания	0 3 Стимуляция плода	0 3
Инфекционные и паразитарные болезни	0 4 Другие (указать)	0 5
м а т е р и	0 4 Не производили	0 0
Гипертензия	36. Осложнения периода новорожденности:	
кардиоваскулярная	0 5 Анемия	0 1
Гипертензия почечная	0 6 Фатальный алкогольный синдром	0 2
Вызванная беременностью	0 7 Синдром мекониевой пробки	0 3
гипертензия	0 7 Легочная вентиляция	до
Сахарный диабет	0 8 3 0 м и н .	0 4
Болезни почек	0 9 Легочная вентиляция	свыше
Гидрамнион (многоводие)	1 0 3 0 м и н .	0 5
Олигогидрамнион	1 1 Другие (указать)	0 6
Эклампсия	1 2 Нет осложнений	0 0
Кровотечение в ранние сроки беременности	1 3 37. Врожденные аномалии развития, деформации	
Инфекция мочеполовых	и хромосомные нарушения)	

п у т е й	1 4	Анэнцефалия	0 1
Недостаточность	питания	Спинно-мозговая грыжа	02
при беременности	15	Энцефалоцеле	03
Генитальный герпес	16	Гидроцефалия	04
Недостаточность плаценты	17	Расщелина неба	05
Rh-сенсibilизация	18	Тотальная расщелина губы	06
Крупный плод	19	Атрезия пищевода	07
Гипотрофия плода	20	Атрезия ануса	08
Другие (указать)	21	Эписпадия	0 9
Н е б ы л о	0 0	Редукционные пороки	
33. Прочие факторы риска		конечностей	1 0
во время беременности:		Омфалоцеле	1 1
К у р е н и е	0 1	Синдром Дауна	1 2
Употребление алкоголя	02	Другие (указать)	1 3
34. Осложнения родов:		Н е б ы л о	0 0
Гипертермия во время родов	01	38. Социальные факторы	
Предлежание плаценты	02	Мать взята под наблюдение	
Преждевременная отслойка		В первой половине	0 1
п л а ц е н т ы	0 3	беременности	
Стремительные роды	04	Во второй половине	0 2
Затруднительные роды		беременности	
вследствие неправильного		Причины: - оплата	
положения или предлежания		за мед. услуги	02.1
п л о д а	0 5	- отсутствие работы	02.2
Кровотечение во время		- отсутствие прописки	02.3
р о д о в	0 6	- по незнанию	02.4
Роды и родоразрешение,		- по другим причинам	02.5
осложнившиеся стрессом		Не наблюдалась у врача	03
плода (дистресс)	07	39. Методы родоразрешения:	
Роды и родоразрешение,		Естественный путь	0 1
осложнившиеся патологическим		родоразрешения	
состоянием пуповины	08	Оперативное (кесарево сечение,	
Другие (указать)	09	вакуум-экстракция, наложение	
Не было 00		акушерских щипцов) 02	

40. Причина перинатальной смерти:	Код МКБ-10	Д а т а (болезни)	
		начало	Окончание
1) а) _____ основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указывается о д н о з а б о л е в а н и е)			
б) _____ другие заболевания или состояния у ребенка (плода)_____			

в)	основное	заболевание	или	состояние	матери	(состояние
	последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода)					
г)	другие	заболевания	или	состояния	матери	(состояние
	последа), способствующие смерти ребенка (плода)					

Фамилия, имя, отчество врача (среднего медработника),

выдавшего свидетельство о смерти

.....

.....

Запись акта о рождении: № от "....." 20 года

Запись акта о смерти: № от "....." 20

года

Наименование регистрирующего органа

.....

Дата " ____ " _____ 20 г.

Подпись сотрудника регистрирующего органа _____

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды
		----- Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі м . а . 2 0 1 0 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 1 1 3 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Ф о р м а № 1 1 3 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Жүкті және босанатын әйелдің

алмасу картасы

Обменная карта

беременной и родильницы

№ _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата и год рождения) _____

ЖСН (ИИН) _____ Есепке алыну күні (Дата взятия на учет) _____

Жүкті әйелдің қан тобы (Группа крови беременной) _____

Жүкті әйелдің резус-тиістілігі (Резус принадлежность беременной) _____

Анықтау күні (Дата определения) _____

Ерінің қан тобы және резус-тиістілігі көрсетілімдер бойынша (Группа крови и резус

принадлежность ее мужа) по показаниям _____

Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон) _____

Білімі: бастауыш, орта, жоғары (астын сызыңыз) (Образование: начальное, среднее, высшее

(подчеркнуть))

Жұмыс орны, телефон (Место работы, телефон) _____

Кәсібі немесе лауазымы (Профессия или должность) _____

Күйеуінің аты-жөні, жұмыс орны, телефон (Фамилия и место работы мужа, телефон)

2. Диагноз: нешінші жүктілік (Диагноз: беременность которая) _____

Босануы (Роды) _____

Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности) _____

Экстрагениталдық аурулар (Экстрагенитальные заболевания) диагноз _____

Құрметті _____!

Құттықтаймыз!

Сіз – болашақ анасыз! Осындай ең жақсы сәтіңіз – бала көтеру мен оның туылуы
кезінде

Сізге қолғабыс болуға ризамыз!

Уважаемая _____
_____!

Поздравляем Вас!

Вы - будущая мама! Мы рады содействовать Вам в самое лучшее время - период
вынашивания

и рождения Вашего ребенка!

Акушер-гинеколог дәрігеріңіз (Ваш врач акушер- гинеколог):_____

Телефоны (Телефон)_____

Акушер (Акушерка)_____

Учаскесі (Участок)_____Кабинет (Кабинет)_____

Консультацияның телефоны (Телефон консультации)_____

Сізге дәрігерге уақтылы келіп, берген нұсқаулықтарын орындау қажет (Вам
необходимо

вовремя посещать врача и выполнять данные Вам рекомендации)

ҚАБЫЛДАУ (ПРИЕМ):

Дүйсенбі _____

Понедельник

Сейсенбі _____

Вторник

Сәрсенбі _____

Среда

Бейсенбі _____

Четверг

Жұма _____

Пятница

Сенбі _____

Суббота

Учаскелік дәрігердің қабылдауын күтпей, жедел көмекке шұғыл түрде хабарласатын дабылдық

белгілер (тревожные признаки, при которых следует немедленно обращаться на скорую

помощь, не дожидаясь приема участкового врача).

Жедел жәрдем телефоны (Телефон скорой помощи) 103 _____

1) Іштің төменгі жағының, бел тұсының ауыруы (Боли в области живота, в поясничной

области).

2) Жыныс жолдарынан қан аралас шығындылар (Кровянистые выделения из половых путей)

3) Ұрықтың қозғалмауы (Отсутствие шевеления плода)

4) Бас ауыру (Головная боль)

5) Көрудің бұзылуы (көз алдында "нүктелер") (Нарушение зрения ("мушки" перед глазами))

6) Құрыскақ (Судороги)

7) Ісіктер (аяқтарда, қолдарда, іште, бетте) (Резкое появление или нарастание отеков

(на ногах, руках, животе, лице))

8) Ұрық айналасындағы судың төгілуі (Излитие околоплодных вод)

9) Дене қызуының көтерілуі (Повышение температуры тела)

Жолдама бойынша келді

(Обратилась по направлению)_____

Өзбетімен келді (керегінің астын сызыңыз)

Самообращение (нужное подчеркнуть)

Шағымдар

(Жалобы)_____

4. Сыртартпа (Анамнез)

Тұқым қуалау (Наследственность)_____

Шалдыққан ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания)_____

Гепатиттер (Гепатиты) _____

Туберкулез _____

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания) _____

Созылмалы аурулар (егер болса, диспансерлік есепте тұрады ма, базистік терапия алады

ма) (Хронические заболевания (если есть, то со стоит ли на диспансерном учете, получает

ли базисную терапию) _____

Жасалған операциялар (Перенесенные операции) _____

Гемотрансфузиялар (Гемотрансфузии)_____

Аллергоанамез_____

Рентгенологиялық тексерілу (соңғы тексерілу қорытындысы) (Рентгенологическое

обследование (результат последнего обследования)_____

Етеккір функциясы (Менструальная функция)_____

Менархе _____ жаста (лет), етеккірдің ұзақтығы (длительность менструации)

_____, циклдың созылуы (продолжительность цикла) _____,
жеткілікті, орташа,

аз (астын сызыңыз) (обильные, умеренные, скудные (подчеркнуть)

Жыныстық қатынасы (Половая жизнь с) _____ жастан (лет)

Неке (Брак)_____

Әкенің денсаулығы туралы мәліметтер (Данные о здоровье отца)_____

Тұқым қуалаушылық (Наследственность)_____

Рентгенологиялық тексерулер (Рентгенологическое обследование)_____

Ескертпе: дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек (Примечание:

рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований)

Гинекологиялық сыртартпа (Гинекологический анамнез)_____

Контрацепция_____

Гинекологиялық операциялар (Гинекологические операции)_____

Акушериялық сыртартпа (Акушерский анамнез):

Неше жүктілік болды (Сколько было беременностей)- _____

Оның ішінде босану (Из них родов)- _____

Өз бетімен жасалған аборт (самопроизвольных аборт)- _____

Жатырдан тыс жүктілік (внематочных беременностей) - _____

Медаборттар (медаборт)- _____.

Бұрынғы жүктіліктерінің, босануларының, босанудан кейінгі кезеңдер ағымыны ерекшеліктері

(Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода)

Паритет	Жылы , күні Год, дата	Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды Чем закончилась беременность и при каком сроке				Бала тірі , өлі туылды, салмағы Ребенок родился живой, мертвый , масса (вес)	Босанудың, босанудан кейінгі мерзімнің ерекшеліктері Особенности течения родов, послеродового периода
		а б о р т п е н абортами		босанумен родами			
		жасанды искусственным (хирургический, медикаментозный)	өздігінен, о н ы ң і ш і н д е қ а т ы п қ а л ғ а н самопроизвольным , в т о м ч и с л е замершей	мерзімінен бұрын прежде- временными	мерзімінде в срок		
1	2	3	4	5	6	7	8

Соңғы етеккірі (Последняя менструация с) _____20____жылғы

(года)_____бастап (по)_____дейін

Жүктілік спонданды немесе жоспарланған (овуляцияны ынталандыру, ЭКҰ инсеминациялау)

(астын сызыңыз) (Беременность спонтанная или индуцированная (стимуляция овуляции,

инсеминация ЭКО) (подчеркнуть).

Іштегі баланың бірінші қозғалуы (Первое движение плода) 20____жылғы (года)

"____" _____

**Жүкті әйелді бірінші рет қарау
(Первое обследование беременной)**

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жағдайы (қанағаттанарлық) (Общее состояние (удовлетворительное))_____

_____.

Бойы (Рост) _____см. Салмағы (Масса) (вес) _____кг. Дене

салмағының массасы - болған жағдайда (бұдан әрі – ДСМ) (Индекс массы тела –
при

наличии (далее - ИМТ)_____Тері жамылғылары (Кожные покровы)_____

Ісіктер (Отеки)_____

Сүт бездерінің зерттеу (Исследование молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания)_____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы)_____

АҚҚ (АД): _____

Іші (жұмсақ, аурусыз) Живот (мягкий безболезненный)_____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка)_____

Қалшылдау симптомы (Симптом поколачивания)_____

Басқа ағзалары (Другие органы)_____

Несеп шығару (Мочеиспускание)_____ Нәжіс (Стул)_____

Акушериялық мәртебе (Акушерский статус):

Жамбас өлшемдері: (Размеры таза по показаниям) бойы 150 см қысқа емес және 170 см.

жоғары, жамбас жарақаттары, жамбастың және ақ-қолдың туа біткен жарақаттары

(рост менее 150см и выше 170 см, травмы таза, врожденные пороки развития таза и

конечностей):

D. Sp. _____ D. cr. _____ D. troch _____ c. ext _____

C. diag _____ C. vera _____

Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование:

высота дна матки) _____ см.

Іш шеңбері (Окружность живота) көрсетілімдер бойынша (по показаниям) _____
_____ см.

Ұрықтың орналасуы, позициясы, түрі (Положение плода, позиция, вид) _____

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) _____

Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) _____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности): Етеккір бойынша (По

менструации)_____УДЗ бойынша (16 аптаға дейінгі ерте) По УЗИ (раннему до 16

недель)_____

Гинекологиялық зерттеу (Гинекологическое исследование):

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы)_____

Айналарда (На зеркалах):_____

Қынап (Влагалище)_____Жатыр мойыны (Шейка матки)_____

Жатыр денесі (Тело матки)_____

Қосалқылар (Придатки)_____

Ерекшеліктері (Особенности)_____

Диагноз:

Болжамды босану мерзімі (Предполагаемый срок родов) _____

Ұсынымдар (Рекомендации): _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Күні (Дата) _____

Қауіптік факторлары (әрбір келу кезінде айқындалады) (Факторы риска (определяются при каждом посещении))

№	Қабылдау күні (Дата приема)	Қауіп факторлары (Факторы риска)	Ескертпе (болжамды босандыратын МҰ атауы, болжамды босандуры деңгейі) (Примечание (предполагается родоразрешение наименование МО, предполагаемый уровень родоразрешения))
1	2	3	4

Гравидограмма

Басқа зерттеулер (Другие исследования):

Қ а н т т ы (Кровь на сахар)	а н ы қ т а у ғ а	қ а н	т а п с ы р у
Н е с е п т і ң б о й ы н ш а) (Бакпосев мочи (по показаниям)	б а к с е б у		(көрсетілімдер

RW 1 _____

RW 2 _____

ВИЧ-1 (ақпараттық келісіммен) (с информированного согласия) _____

ВИЧ-2 (ақпараттық келісіммен) (с информированного согласия) _____

В гепатитінің маркерлері (Маркеры гепатита В) _____

Микроскопияға жағынды (көрсетілімдер бойынша) (Мазок на микроскопию (по показаниям)) _____

Онкоцитологияға жағынды (көрсетілімдер бойынша) (Мазок на онкоцитологию (по показаниям))

Пренаталдық скрининг (Пренатальный скрининг)
Биохимиялық скрининг (Биохимический скрининг)

Өткізу кезеңі (Период проведения)	Өткізу күні (Дата проведения)	Жүктілік мерзімі (Срок беременности)	Тексерілу қорытындылары (Результаты обследования)	Ескертпе (Примечание)
1 триместр (10-14 нед)				
2 триместр (16-20 нед)				

Ультрадыбыстық скрининг (Ультразвуковой скрининг)

Өткізу кезеңі (Период проведения)	Өткізу күні (Дата проведения)	Жүктілік мерзімі (Срок беременности)	ХА маркерлері (қолда бар болғанда) Маркеры ХА (при наличии)	Қорытынды (Заключение)	Ұсыныстар (рекомендации)
1 триместр (10-14 (апта) нед)			ТВП - ДНК-		
2 триместр (20-22 (апта) нед)					
3 триместр (32-34 (апта) нед)					

Консультациялар (Консультации)
Терапевттің бірінші тексеріп-қарауы (Первый осмотр терапевта)

Шағымдар (Жалобы)

Сыртартпа (Анамнез)

Қалыпты туды және дамыды (иә, егер жоқ болса – туғанда және бала кезіндегі ауытқулары)

(Родилась и развивалась нормально (да, если нет- какие отклонения при рождении и в

детстве)

Тұқым қуалаушылық ауыр емес (егер ия болса, қандай аурулар, туыстық дәрежесі)

(Наследственность не отягощена (если да, какими заболеваниями, степень

родства)

Бұрын ауырған аурулары: жалпы (Перенесенные заболевания: общие)

Балалар инфекциялары (Детские инфекции)_____

Гепатиттер (Гепатиты)_____Туберкулез_____

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания)_____

Басқа инфекциялар (Другие инфекции)_____

Ауырған ушыққан сырқат (Перенесенные острые заболевания)_____

Созылмалы аурулар (Хронические заболевания)_____

(жүрек-тамыр, тыныс, нерв жүйесінің аурулары, қимыл-қозғалыс және т.б. аурулары)

(заболевания сердечно- сосудистой, дыхательной, нервной систем, желудочно-кишечного

тракта, опорно- двигательного аппарата и др.)

Диспансерлік есеп (Диспансерный учет)_____

(егер болса, диагнозы, тексерілген орыны, маман, соңғы қабылдау күні, қандай

препараттар қабылдады) (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата

последнего приема какие препараты принимает) _____

Емдеуге жатқызу (Госпитализация) _____

(егер сыртартпада болса, қандай диагнозбен, мерзімі, медициналық ұйымның атауы, шұғыл

немесе жоспарлы) (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название

медорганизации, экстренная или плановая)

Жасалған операциялар, асқынулар (Перенесенные операции, осложнения) _____

Алған жарақаттары және олардың салдары (Перенесенные травмы и их

последствия) _____

Гемотрансфузия _____

Аллергоанамез _____

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жағдайы (қанағаттанарлық) (Общее состояние (удовлетворительное))_____

Дене құрылысының ерекшеліктері (Особенности телосложения): Нормостеник (астеник,

гиперстеник)_____

Тері жамылғылары (Кожные

покровы)_____

Дене қызуы (Температура)_____

Ауыз қуысының жағдайы (Состояние полости рта)_____

Аңқаның, бадамшаның жағдайы (Состояние зева, миндалин)_____

Лимфа түйіндері (Лимфоузлы)_____

Ісіктері (жоқ, бар, оқшауланған) (Отеки (нет,есть, локализация))_____

Сүт бездерінің жағдайы (осмотр молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания)_____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно- сосудистой системы)_____

Пульс_____

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) _____сол қолында (на
левой руке)___

Іші (жұмсақ, ауырмайды) Живот (мягкий безболезненный)_____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка)_____

Қалшылдау симптомы (Симптом поколачивания)_____

Басқа ағзалары (Другие органы)_____

Несеп шығару (Мочеиспускание)_____Нәжіс
(Стул)_____

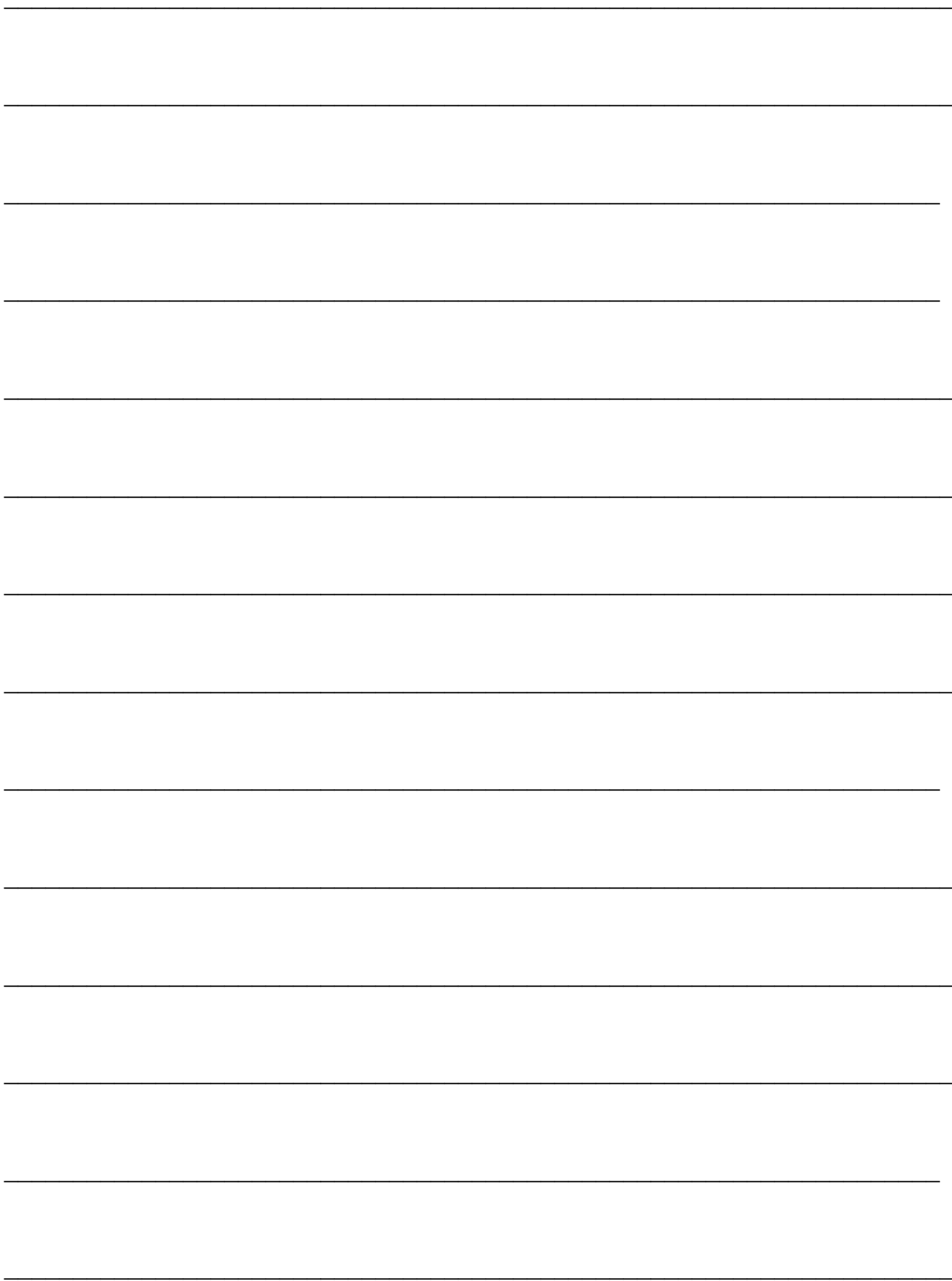
Диагнозы

Ұсыныстар (Рекомендации)

Дәрігердің қолы (Подпись врача)

Күні (Дата)

Терапевттің қайтадан тексеріп-қарауы (Повторные осмотры терапевта)



Қосымша тексерілулер (Дополнительные обследования)

Босануға дайындау (Подготовка к родам)

А н а м е к т е б і				
Школа подготовки к родам				
Күні Дата	Жүктілік мерзімі С р о к беременности	Оқудың тақырыбы Тема занятия	Серігінің қатысуы Посещение партнера	Дәрігердің қолы Подпись врача

Патронаждық қаралуы (Патронажные посещения)

Күні (Дата)					
Ж ү к т і л і к (Срок беременности)	м	е	р	з	і
Шағымы (Жалобы)					
Ж а л п ы (О б щ е е (отеки))	ж	а	ғ	д	а
А Қ Қ оң руке)	қ	о	л	ы	н
с о л руке)	қ	о	л	ы	н
І ш т е г і о р н а л а с у ы (Положение плода)	б	а	л	а	н
І ш т е г і қағысы плода)	б	а	л	а	н
Т ұ р м ы с т ы қ (Бытовые условия)	ж	а	ғ	д	а
Ә л е у м е т т і к (С о ц и а л ь н о е благополучие)	ә	л	-	а	у
Ұ с ы н ы с т а р (Рекомендации)					
Қолы (подпись)					

Педиатрдың патронажы (Патронаж педиатра)_____

Әлеуметтік қызметкердің патронажы (көрсетілімдер бойынша) (Патронаж
соцработника (по

показаниям)_____

Акушер-гинеколог дәрігердің қабылдауы

(барған сайын толтырылады)

Прием врача акушер – гинеколога

(заполняется при каждом посещении)

Мерзімі (Дата)_____

	Шағымдар (Жалобы)_____
	Жалпы жағдайы (Общее состояние)_____
АД	Тері жамылғылары (Кожные покровы)_____
	Ісіктер (Отеки)_____
Пульс	Іш (Живот)
	Жатыр (Матка)
	Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование) : Высота дна матки _____ см. Ұрықтың орналасуы, (Положение плода)_____
	Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) Головное/ тазовое_____ Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) Анық, бір қалыпты (Ясное, ритмичное)_____ Жүрек қысқарту жиілігі болған жағдайда (бұдан әрі – ЖҚЖ) (частота сердечных сокращений – при наличии (далее - ЧСС) - минутына (в минуту)
	Б а с қ а а ғ з а л а р ы (Д р у г и е органы)_____
	Несеп шығару (Мочеиспускание)_____ Нәжіс (Стул)_____
	ДИАГНОЗЫ: Жүктілігі (Беременность) _____ апта (недель).
	1) Тексерілулер (Обследования):
	2) Ұсыныстар (Рекомендации):

Дәрігердің қолы (Фамилия и подпись врача)_____

Жүкті әйелдің өзін-өзі бақылау күнделігі
Дневник самонаблюдения беременной

Мерзімі (Дата)_____

Мерзімі (Дата)_____

Мерзімі (Дата)_____

Мерзімі (Дата)_____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Мерзімі (Дата)_____

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Мерзімі (Дата)_____

Мерзімі (Дата)_____

Мерзімі (Дата)_____

Перзентхананың, аурухананың босану бөлімшесінің жаңа босанған
әйел туралы мәліметтері
Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о
родильнице

Түскен күні (Дата поступления) _____

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход

беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) _____

_____ апта (недель). Күні (Дата родов) _____

Диагнозы _____

_____ Босану ерешеліктері (Особенности родов) _____

Нәресте: тірі, салмағы (Ребенок: живой, пол _____, масса (вес) _____ грамм, бойы

(рост) _____ сантиметров.

Перзентханадан шықты, ауруханаға ауыстырылды, перзентханада шетінеді (астын сызыңыз) –

диагнозы (Выписался, переведен в больницу, другое (подчеркнуть) – диагноз) _____

Босану кезіндегі жедел көмектер (Оперативные пособия в родах) _____

Ауырсынуды басу: қолданылды, қолданылған жоқ (астын сызыңыз), қандай, тиімділігі

(Обезболивание: применялось, нет (подчеркнуть), какое, эффективность)_____

_____.

Босанғаннан кейінгі кезең ағымы (аурулары) (Течение послеродового периода

(заболевания))_____

Босанғаннан кейін _____ күні шықты (Выписана на _____, (день после родов)

Шығу күні (Дата выписки) _____

Диагнозы және стационардың атауы (ауысқан жағдайда) (Диагноз и название стационара (в

случае перевода)_____

Баланың жағдайы (Состояние ребенка)_____

туған кездегі (при рождении)_____

перзентханада (в родильном доме) _____

шыққан кезінде (при выписке) _____

Ерекше ескертулер (Особые замечания) _____

20 жыл (год) " _____ " _____

Акушер-гинеколог дәрігер (Врач акушер-гинеколог) _____

Жүктілігіне байланысты демалыс (Отпуск по беременности)

с 20 _____ жылғы года) " _____ " _____ бастап

по 20 _____ жылғы года) " _____ " _____ дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босануы (Роды) 20 _____ жыл год) _____ мерзімінде, бұрын,
кейін

(в срок, раньше, позже) на _____ күнге (дней)

Босанды (Роды произошли в) _____

Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс (Послеродовой

дополнительный отпуск при осложненных родах) на _____ күн (дней)

(с) 20 ____ жылғы года) " ____ " _____ бастап

(по) 20 ____ жылғы года) " ____ " _____ дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босанған әйелді бақылау (Наблюдение за родильницей)

Күні Дата	Шағымы Жалобы	Зерттеу деректері Данные обследования	Кеңестер, Советы, назначения	тағайындаулар
		1) флюорография		

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Консультация меңгерушісінің қолы (Подпись заведующей консультацией) _____

**ЖҮКТІЛІК КЕЗІНДЕ БОЛДЫРМАУДЫ ҚАЖЕТ ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР
ФАКТОРЫ, КОТОРЫХ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ
ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

Дәрілік препараттар

Витаминді-минералды кешендерден басқа кез-келген дәрілік препарат Сіздің болашақ

балаңызға әсерін тигізеді. Сондықтан Сіз өзіңіздің дәрігер жазып бермеген препараттарды

(бұл бас ауырған кездегі қабылдайтын аспирирге де қатысты) қабылдамауыңыз керек.

Алкоголь

Жүктілік негізінде және баланы емізген алкоголь ішімдіктерін және құрамында

алкоголь бар кез-келген сусындарды ішуден бас тартыңыз. Жүктілік кезінде алкогольді

пайдалану кездейсоқ түсік тастауға және баланың даму кемістіктеріне, сондай-ақ жаңа

туған нәресте салмағының азаюына әкеліп соғады.

Темекі шегу

Жүктілік кезінде темекі шегу өте қауіпті. Ол мерзімінен бұрын босанудың,

кездейсоқ түсік тастаудың және басқа да асқынулардың себебі болуы мүмкін. Темекі

шегушінің балалары респираторлық аурулармен жиі ауырғыш келеді.

Егер Сіз темекіні көп шегетін болсаңыз, бұл жағымсыз әдетті жүктіліктің

4-аптасының басына дейін міндетті түрде тастау керек.

Лекарственные препараты

Любой лекарственный препарат, кроме витаминно - минеральных комплексов, оказывает

влияние на Вашего будущего ребенка. Именно поэтому Вы не должны принимать препараты, не

предписанные Вашим врачом (это касается даже аспирина, применяемого при головной боли).

Алкоголь

Во время беременности и кормления грудью избегайте алкогольных напитков и любых

препаратов, содержащих алкоголь. Злоупотребление алкоголем во время беременности

приводит к риску спонтанного выкидыша и возникновению пороков развития ребенка, а также

к снижению массы новорожденного.

Курение

Во время беременности курение очень опасно. Оно может стать причиной

преждевременных родов, спонтанного выкидыша и других осложнений. Дети курильщиков более

чувствительны к респираторным заболеваниям.

Если Вы заядлая курильщица, обязательно оставьте эту вредную привычку хотя бы до

начала 4-го месяца беременности.

ЖАҒЫМСЫЗДЫҚ ЖАҒДАЙЛАРЫ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ ЯВЛЕНИЯ ДИСКОМФОРТА И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Жүрек айну және құсу

Көбінесе жүрек айну мен құсу жүктіліктің 1-айында пайда болады және өте ұзаққа созылмайды. Егер таңертен төсектен тұрардың алдында аз ғана жүгері ұлпасын немесе құрғақ крекер жесе, онда жеңілдейді.

Күніне аз-аздан 5 рет тамақтаныңыз – сұйықты ас қабылдау кезінде емес, ас қабылдау арасында ішіңіз. Майлы және ащы тамақтан бас тартыңыз.

Үйіңізде ешқандай иістерді болдырауға тырысыңыз. Дәрілерді тек дәрігердің тағайындауы бойынша ғана қабылдаңыз.

Тошнота и рвота

Обычно тошнота и рвота возникают в течение 1-го месяца беременности и продолжаются недолго. Облегчение наступает, если утром до подъема с постели съесть немного кукурузных хлопьев или сухой крекер.

Ешьте 5 раз в день понемногу- Жидкость пейте между приемами пищи, а не во время еды. Избегайте жирной и острой пищи.

Старайтесь, чтобы в Вашем доме не было никаких запахов. Принимайте лекарства только по назначению врача.

Қыжылдау

Ол көбінесе астан кейін, демалу кезінде немесе ұйықтаған кезде пайда болады. Бұл жағдайды жеңілдету

үшін асты күніне 5 рет кішкене ғана порциялармен қабылдау керек, майлы, ащы немесе астың қорытылуына зиян келтіретін тамақтан бас тартқан жөн.

Ұйықтаған кезде жату қалпыңызды өзгертуге тырысыңыз. Сізге басыңыздың астына биіктеу жастық салып жату да көмектеседі.

Изжога

Обычно она возникает после еды, во время отдыха или сна. Чтобы облегчить это состояние, следует принимать пищу 5 раз в день небольшими порциями, избегая жирной, острой или нарушающей пищеварение пищи.

Пытайтесь менять свое положение во время сна. Вам поможет и приподнятое подушками положение головы

ДҰРЫС ТАМАҚТАНЫҢЫЗ ПИТАЙТЕСЬ ПРАВИЛЬНО

Жүктілік кезінде Сіздің ағзаңыз өсіп келе жатқан ұрықтың қажеттіліктерін толықтыру үшін көп жұғымды заттарды қажет етеді. Сіз және сіздің болашақ балаңызға үнемі нәруыздар, көмірсулар, майлар, клетчатка, минералдар мен витаминдер пайдалануды қажет етеді.

Толыққанды тамақтану және теңестірілген витаминдер мен минералдардың қажетті мөлшерін алу үшін Сіз күнделікті тамақ өнімдерінің төрт негізгі тобын алуыңыз керек: сүт және сүт өнімдерін, нәруыздар, нан және дәндер, жемістер және көкөністер, 6 – 8 стакан сұйықтық ішуге, поливитаминді кешендер қабылдау. Дұрыс тамақтану жүкті әйелдің денсаулығына жағымды әсер етеді және баланың жақсы өсуі мен жатырда дамуы үшін қажетті жұғымды элементтерді береді.

Негізгі қағида: тамақ әр түрлі болуы керек, көбінесе табиғи мол болып, жасанды түрде қайта өңделген өнімдер неғұрлым аз болуы керек.

Жүктіліктің бірінші ұшайлығында көп көкөністерді, жемістерді, сусындар мен көкшөптерді қамтитын тамақтану режимін сақтау керек. Дәні бұзылмаған жармаларды пайдалану керек.

Жүктіліктің екінші ұшайлығы ең жайлы мерзім болып табылады. Осы кезде ас салыстармалы түрде құнарлы болуы мүмкін. Ас мәзірінде жемістер, көкөністер, көкшөптер ғана емес, сондай-ақ ет, сүт өнімдері, жаңғақтар, жұмыртқалар, бұршақ тұқымдастары болуы мүмкін. Бұл кезде ұн өнімдері де қажет: қара нан, кебектер және тазартылмаған күріш қосылған нан.

Жүктіліктің үшінші ұшайлығы – бала үшін ең маңызды кезең. Осы мерзімде калорияс аз тамақ болуы керек. Майлы және ұн өнімдерін, кондитер бұйымдарын пайдаланудан алып тастау керек немесе шектеу керек. әсіресе бұл артық салмағы бар әйелдерге қатысты.

Босану кезінде майлы тіндер емес, бұлшық еттер қызмет етеді.

Жүктіліктің соңғы айларында етті пайдалануды шектеу қажет, бұл тіндердің созылмалылығын арттырады да, ол жыртылудың алдын алады және босану кезінде ауырсынуды азайтады.

Жүктіліктің бірінші мерзімінде тамақтану режімі әдеттегідей, күніне 4 рет болуы мүмкін. Екінші мерзімде жүкті әйел күніне 5 – 6 рет тамақтануы керек. Алайда қыжылдау (асказанда қызу), кекіру немесе іштің кебуі сияқты жағымсыз жағдайлар болмау үшін порциялары өте үлкен болмауы керек.

Во время беременности Ваш организм требует больше питательных веществ, чтобы удовлетворить Ваши потребности растущего плода. Вы и Ваш будущий ребенок постоянно нуждаетесь в белках, углеводах, жирах, клетчатке, витаминах и минералах.

Чтобы получить полноценное питание и сбалансированное количество витаминов и минералов, Вы должны ежедневно получать *четыре основные группы пищевых продуктов*: молоко и молочные продукты, мясо, цельнозерновые (горох, фасоль, кукуруза), хлеб грубого помола и крупы, фрукты и овощи, выпивать 6-8 стаканов жидкости, принимать поливитаминные комплексы. Правильное питание благоприятствует здоровью беременной и поставляет питательные элементы, необходимые ребенку для хорошего роста и внутриматочного развития.

Основной принцип: питание должно быть разнообразным, максимально натуральным и содержать минимальное количество искусственно переработанных продуктов.

В *первый триместр беременности* рекомендуется соблюдать режим питания, включающий много овощей, фруктов, соков и зелени. Необходимо использовать цельные крупы.

Второй триместр беременности считается самым спокойным периодом. В это время пища может быть относительно калорийной. В меню должны быть включены не только фрукты, овощи, зелень, крупы, но также мясо, молочные продукты, орехи, яйца,

бобовые. Мучные продукты также необходимы: черный хлеб, хлеб с отрубями и неочищенным рисом.

Третий период беременности - очень важный период для ребенка. В этот период пища должна быть малокалорийной. Следует исключить или ограничить потребление жирных и мучных продуктов, кондитерских изделий. Особенно это важно для беременных женщин с лишними килограммами.

В родах участвуют мышцы, а не жировая ткань.

Следует ограничить потребление мяса в последние месяцы беременности: это повысит эластичность тканей, что послужит хорошей профилактикой разрывов и уменьшит болевые ощущения во время родов.

В первый период беременности режим питания может остаться обычным, 4 раза в день. Во второй период беременная женщина должна питаться 5-6 раз в день. Но порции должны быть не слишком большими, чтобы избежать таких неприятных ощущений, как: изжога (жжение в желудке), отрыжка или вздутие живота.

КҮНДЕЛКТІ РАЦИОНДЫ ЖАСАУ КЕЗІНДЕ "ТАМАҚТАНУ ПИРАМИДАСЫН" БАСШЫЛЫҚҚА АЛУ ҚАЖЕТ ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ЕЖЕДНЕВНОГО РАЦИОНА НЕОБХОДИМО РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ "ПИРАМИДОЙ ПИТАНИЯ"

- Тағамыңыздың құрылымы пирамида ретінде болуы керек: негізгі бөлігі "базисі" қатты бидай наны, дәнді дақылдар, жарма ботқалары мен макарон бұйымдарынан тұрады. Сізге осы тағамдарды басқаларға қарағанда көбірек жеу керек. Жеміс-жидектер қажетті тамақтанудың екінші орынды алады. Үшінші, сүт тағамдарын, сондай-ақ ет, бұршақ жұмыртқалары мен жаңғақтарды пайдалану керек. Пирамиданың басында майлар мен тәттілер орналасқан, оларды ең төмен мөлшерде қабылдау керек. Егер Сізде дұрыс тамақтануға қатысты сұрақтар болса, дәрігердің көмегіне жүгініңіз.

- По структуре Ваше питание должно напоминать пирамиду: наиболее широкая часть, "базис", состоит из хлеба грубого помола, зерновых культур, крупяных каш и

макаронных изделий. Вам следует есть этих продуктов больше, чем каких-либо других. Фрукты и овощи образуют вторую по величине группу необходимых продуктов питания. Третью, еще меньшую группу составляют молочные продукты, а также мясо, бобовые яйца и орехи. На верхушке пирамиды находятся жиры, масла и сладости, которые рекомендуется есть в минимальных количествах. Если у Вас возникают какие-либо вопросы относительно здорового питания, обратитесь за помощью к врачу.

Майлар,тәттілер

Жиры, сладкое

Сиыр еті, тауык еті,

жидектер, балық,

сүт өнімдері – күніне 2-3 рет

Говядина, куриное мясо,

рыба, ягоды, молочные продукты –

2-3 раза в день

Жемістер – күніне 2-4 рет

Көкөністер - күніне 3-5 рет

Фрукты – 2-4 раза в день

Овощи – 3-5 раз в день

Нан, жармалар, күріш,

ұн өнімдері – күніне 5 рет

Жаңадан дайындалған

шырындар – шектеусіз

Свежие соки – без ограничений

ЖЕКЕ ГИГИЕНА

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА

Тісті күту

Өзіңіздің жүкті екеніңізді білген соң, ұзаққа созбай тіс дәрігеріне барыңыз. Дәрігерге өзіңіздің жүктілігіңіз туралы айтыңыз.

Күн сайын таңертең және ұйықтар алдында тісіңізді тазалаңыз, әрбір ас қабылдағаннан кейін аузыңызды шайыңыз.

Ағзаға тістің сақталуына қажет кальцийдің түсуін қамтамасыз ететін сүт өнімдерін ішіңіз.

Уход за зубами

Узнав, что Вы беременны, безотлагательно нанесите визит к стоматологу. Предупредите врача о своей беременности.

Ежедневно чистите зубы по утрам и перед сном, полощите рот после каждого приема пищи.

Употребляйте в пищу молочные продукты, обеспечивающие поступление в организм кальция, необходимого для сохранения зубов.

Шомылу

Күнделікті ванна немесе душ Сізді сергітеді және көтеріңкі көңіл-күй береді. Шат арасын жақсылап жуыңыз. Жүктіліктің соңғы айларында ванна қабылдау туралы дәрігермен кеңесіңіз.

Купание

Ежедневная ванна или душ освежат Вас и придадут хорошее самочувствие и настроение. Хорошо промывайте область промежности. Проконсультируйтесь с врачом относительно приема ванн в течение последнего месяца беременности.

Киім және аяқ киім

Сіздің киіміңіз кең болуы және қозғалысыңызға кедергі болмауы керек. Аяқ киім ыңғайлы және функциялы болуы тиіс.

Одежда и обувь

Ваша одежда должна быть свободной и не стеснять движений. Одежда должна быть из натуральных, в основном, хлопчатобумажных тканей. Одеваться надо тепло, соответственно погоде. Обувь должна быть удобной и функциональной, желательно из натуральных материалов.

Жұмыс

Егер Сіздің қызметіңіздің түрі ауыр еңбекпен немесе зиянды заттармен байланысты болмаса және егер дәрігер жұмысты жүктілік бойынша демалысқа дейін тоқтату қажет деп санамаса, Сіз оны ресімдегенге дейін еңбек етуді жалғастыра аласыз.

Работа

Если род Вашей деятельности не связан с тяжелым физическим трудом или с контактом с вредными веществами и если врач не сочтет необходимым для Вас прекратить работу до декретного отпуска, Вы можете продолжать трудиться вплоть до его оформления.

Жыныстық қатынастар

Жүктілік мерзімі кезіндегі жыныстық қатынастар, сіздің болашақ балаңызға қандай да бір қауіпсіз, жұбайыңыз екеуіңіз қанша қаласаңыз, сонша жиі болуы мүмкін. Шектеу тек түсік тастау қаупі болған жағдайда ғана болуы мүмкін. Бұл кезде дәрігер Сіздерге жүктіліктің бірінші 3 айында жыныстық қатынастан бас тартуды сұрауы мүмкін. Кейбір дәрігерлер босану мерзіміне дейін бірнеше апта қалған кезде жыныстық қатынасты тоқтатуды талап етуі мүмкін. Бұл мәселені дәрігермен талқылау өте маңызды.

Половые контакты

Сексуальные контакты на протяжении почти всей беременности могут быть столь частыми, как того хотите Вы с мужем, без какого - либо риска для будущего ребенка. Исключение должно быть сделано лишь в случае угрозы выкидыша. В этом случае врач попросит Вас воздержаться от контактов в течение первых 3 месяцев беременности. Некоторые врачи настаивают на прекращении половых контактов за несколько недель до срока родов. Очень важно обсудить этот вопрос с врачом.

СҮТ БЕЗДЕРІН КҮТҮ УХОД ЗА МОЛОЧНЫМИ ЖЕЛЕЗАМИ.

Егер сіз мықты төсемдері бар бюстгальтер киеңіз - өзіңізді ыңғайлы сезінесіз. Егер сіздің омырауыңыз үлкен болса, ұйықтаған кезде де бюстгальтерді шешпеңіз. Шамамен жүктіліктің ортасында емізіктерден түссіз немесе сарғылт түсті сұйықтық – уыз шығуы мүмкін. Егер уыз қатып қалса, ол сүт бездері сүттің пайда болуына дайындалып жатқанын білдіреді. Егер уыз қатпарланып қатып қалса, оны жылы сумен жуып кетіріңіз (сабын тітіркендіруі мүмкін). Бюстгальтерге сұйықты бойына сіңіретін мақта тампон салып алыңыз.

Вы почувствуете себя комфортно, если будете носить бюстгальтер с плотными прокладками. Если у Вас большая грудь, не снимайте бюстгальтер во время сна. Примерно в середине беременности из сосков могут выделяться капли бесцветной или желтоватой жидкости - молозиво. Его появление означает, что молочные железы готовятся к появлению молока. Если молозиво засыхает, образуя корочки, удалите их

теплой водой (мыло может вызвать раздражение). Кладите в бюстгальтер ватный тампон, который будет впитывать жидкость.

Перзентханада болуға дайындық

Перзентханада болу үшін барлық қажет нәрселерді босанудың болжанып отырған мерзіміне дейін мүмкіндігінше 3-4 күн бұрын дайындаған жөн.

Подготовка к пребыванию в родильном доме

Желательно собрать все необходимое для пребывания в родильном доме за 3- 4 дня до предполагаемого срока родов.

ПЕРЗЕНТХАНАҒА ТҮСЕТІНДЕРГЕ АРНАЛҒАН ЖАДНАМА ПАМЯТКА ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ В РОДДОМ

Өзімен бірге әкелетін заттар: жеке куәлік, жүкті және босанатын әйелдің ауыстырмалы – хабарлау картасы, иіс сабын, тіс щеткасы және пастасы, тарақ, шоколад немесе екі алма, тері тапочка, гигиеналық пакеттер. Барлығын целлофан пакетке салу керек. Өзімен бірге бір адам ілестіріп келу керек. Барлық ақша мен бағалы заттарды (сырға, сақина, сағат) үйде қалдырған жөн. Қол-аяқтың тырнақтарын үйден алып, тырнақтардағы лактарды кетіру керек.

Бала үшін: бас киім, нәскилер, қолғаптар, байкадан тігілген көйлектер, памперстер, шалбарлар. Барлық заттарды жуу және үтіктеу керек.

Иметь при себе: удостоверение, обменную карту беременной и родильницы, мыло туалетное, зубную щетку и пасту, расческу, шоколад или два яблока, тапочки кожаные, гигиенические пакеты. Все сложить в целлофановый пакет. Прийти с сопровождающим. Оставить дома деньги и все ценные вещи (серьги, кольца, часы). Дома подстричь ногти на руках и ногах, снять лак с ногтей.

Для ребенка: шапочка, носочки, варежки, распашонки байковые, памперсы, ползунки. Все вещи нужно постирать и погладить.

ЕМШЕКПЕН ҚОРЕКТЕНДІРУ

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Әр ана өз баласын емшегімен емізе алады. Емшек сүті Сіздің балаңыз үшін ең жақсы тамақтану болып табылады. Онда жұғымды заттар, витаминдер, минералдар мен микроэлементтер тиімді үйлестірілген, емшек сүтінің құрамы баланың қажеттілігіне байланысты өзгеруі мүмкін. 4-6 айға дейін тек емшек сүтімен тамақтанған балалар тамақтануына су немесе басқа қандай да бір сусындарды қажет етпейді. Емшек сүтінің құрамында қорғаныш факторлары бар және өзі де стерильді болып, баланы барлық ішек және т.б. аурулардан сақтайды. Емшекпен емізу құрамында мидың дамуына ықпалын тигізетін витаминдер, гормондар, липидтер бар болғандықтан, балалардың нерв-психикалық дамуына жақсы әсер етеді.

Емшекпен емізу анаға да пайдалы, өйткені ол келесі жүктіліктен сақтауға көмектесіп, келешекте мастопатиядан, сүт бездерінің және анабездің обырынан сақтайды.

Емшекпен емізу экономикалық тұрғыдан да отбасы үшін тиімді: сүт әрқашан болады, ол жылы және стерильді, құрғақ ұнтақты сатып алудың және оны дайындаудың қажеті жоқ. Баланы жасы бойынша қосымша тамақтандыруды 4-6 айдан кейін бастаған дұрыс.

Жас нәрестені бірінші рет тамақты анасының уызымен бірге бала бірінші иммундауды алу үшін немесе басқаша айтқанда, жұқпадан қорғау үшін туған соң жарты сағаттан кейін беру керек. Баланы қажеттілігі бойынша тамақтандыру керек: бала емшекті қаншалықты жиі және ұзақ емсе, анасында соншалықты сүті мол болады.

Үйдегі жағымды жағдай, анасының толыққанды демалысы мен тамақтануы, отбасы мүшелерінің көмегі баланы анасының бір жасқа немесе екі жасқа дейін емізуіне көмектеседі.

Толыққанды емшекпен тамақтандыру Сіздің балаңызға дені сау болуына, дене бітімі мен ақыл-есінің дамуына, ал Сізге ана болу бақытын шынайы сезінуге мүмкіндік береді.

Каждая мать может кормить своего ребенка грудью. Грудное молоко является лучшим питанием для Вашего малыша. В нем идеально сбалансированы питательные вещества, витамины, минералы и микроэлементы, более того, состав грудного молока может меняться соответственно потребностям ребенка. Здоровые дети, находящиеся на исключительно грудном вскармливании до 4 - 6 месяцев, не нуждаются в добавке воды или другого питья и питания. Грудное молоко содержит защитные факторы и, само являясь стерильным, надежно защищает младенца от кишечных расстройств, инфекций дыхательных путей и т. д. Грудное вскармливание положительно влияет на нервно-психическое развитие детей из-за содержания в нем витаминов, гормонов, липидов, способствующих развитию головного мозга.

Кормление грудью полезно и для матери, потому что оно служит естественным методом предохранения от следующей беременности, снижает риск заболевания в будущем мастопатией, раком молочной железы и яичников.

Грудное вскармливание выгодно для семьи и с экономической точки зрения: молоко всегда есть, оно теплое и стерильное, нет необходимости покупать и готовить смеси для ребенка. Прикорм ребенка по возрасту следует начинать после 4-6 месяцев.

Первое кормление новорожденного важно провести в первые полчаса после рождения для того, чтобы вместе с молозивом матери ребенок получил первую иммунизацию, или, другими словами, защиту от инфекций. Кормить малыша необходимо по потребности: чем чаще и дольше ребенок будет сосать грудь, тем больше молока будет у матери. Доброжелательная обстановка в доме, полноценный отдых и питание матери, помощь членов семьи помогут матери кормить ребенка только грудью до 4 - 6 месячного возраста, а в дальнейшем, введя прикорм по возрасту, продолжить грудное вскармливание до одного года или двух лет.

Полноценное грудное вскармливание дает возможность Вашему ребенку быть здоровым, развитым физически и интеллектуально, а Вам испытать истинное чувство материнства.

ЖАС НӘРЕСТЕНІҢ ТЕРІСІН КҮТУ УХОД ЗА КОЖЕЙ НОВОРОЖДЕННОГО

Жас нәрестенің терісін дұрыс күту үшін:

- Балаларды күтуге арналмаған жуғыш заттарды пайдаланбау
- Жөргектерде несеп, нәжіс жұғындары, жуғыш заттардың қалдықтары сияқты сыртқы тітіркендіргіштердің әсерін азайту
- Теріні таза ұстау, жөргектер мен жаялықтарды жиі ауыстыру

Үнемі ылғалды сорып алатын және үйкелісті азайтатын, сыртқы тітіркендіргіштермен байланыстан қорғайтын "кедергі" кремдерді, балаларға арналған ұнтақтарды пайдалану

- Үйдегі температура мен ылғалдылықты бірқалыпты ұстау кажет.

Для правильного ухода за кожей новорожденных необходимо:

- Не использовать моющие средства, не предназначенные для ухода за детьми;
- Уменьшить воздействие внешних раздражителей, таких, как моча, фекалии, остаточные пеленках;
- Поддерживать чистоту кожи, чаще менять пеленки и подгузники;

- Постоянно использовать "барьерные" кремы, защищающие кожу от контакта с внешними раздражителями, детские присыпки, поглощающие влагу и снижающие трение;

- Поддерживать в доме нормальную температуру и влажность.

Баланы күтуде балалар гигиенасы құралдарының рөлі

Балалар терісін күту үшін арнайы әзірленген құралдар дұрыс күтуді және болуы мүмкін тері зақымдануының алдын алуды қамтамасыз етуде атқаратын рөлі зор. Олар өздері қандай да бір түрде осы зақымдардың пайда болуына ықпал етпейді. Мұндай жоғары талаптарға тек бала терісінің ерекшеліктерін ескере отырып, технологиялық стандарттар қатаң сақталған сенімді және қауіпсіз компоненттерден жасалған, сапасы қатаң бақылаудан өткен, сондай-ақ арнайы клиникалық сынақтардан өткен құралдар ғана сәйкес келуі мүмкін.

Роль средств детской гигиены в уходе за ребенком

Специально разработанные средства для ухода за детской кожей играют важную роль в обеспечении правильного ухода и профилактики всевозможных кожных нарушений. Естественно, что они не должны сами каким-либо образом способствовать возникновению этих нарушений. Таким высоким требованиям могут соответствовать только средства, разработанные с учетом особенностей детской кожи, произведенные из надежных и безопасных компонентов при строжайшем соблюдении технологических стандартов, прошедшие строжайший контроль качества, а также специальные клинические испытания.

БОСАНҒАННАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢ ГИГИЕНАСЫ ГИГИЕНА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

Сіз перзентханадан үйге оралғанға дейін пәтеріңізде жалпы тазалық жұмысы жүргізілуі керек.

Босанудан кейінгі кезеңде Сіз күндіз демалуыңыз керек, өйткені Сізге баланы күту үшін түнде тұру қажет болады. Сізге қатты шаршауға болмайды, бұл Сіздің денсаулығыңыз және емшек сүтіңіздің нәрлілігіне әсер етеді.

Сіз өз денеңіздің тазалығына мұқият қарауыңыз керек.

Сүт бездерін бірқалыпты ұстау үшін Сізге чашкелері бар бюстгальтер кию керек, ол кеудені қыспай, керісінше көтеріп тұруы тиіс. Бюстгальтерді күн сайын ауыстырып отырған жөн.

Сіздің асыңыздың құрамында нәруыздар, майлар, көмірсулар, витаминдер, минералдар мен микроэлементтер жеткілікті болу керек. Емізетін ананың толыққанды тамақтануы жас нәрестенің толыққанды тамақтануының кепілі болып табылады. Емізетін ананың арнайы поливитаминдік кешендерді қабылдауы емшек сүтін өмірлік маңызды заттармен байытуға мүмкіндік береді және жас нәрестенің өсуіне ықпал етеді.

Жыныстық қатынастарға босанғаннан кейін екі айдан кейін және дәрігердің тексеруінен кейін рұқсат етіледі. Емшекпен емізу кезінде жүктіліктің басталуы орынсыз, сондықтан Сізге дәрігерден контрацепция және отбасын жоспарлаудың қазіргі заманғы әдітері туралы кеңес алу керек.

Босанудан кейін алғашқы айларда ауыр жұмыстар жасауға болмайды.

Өзін-өзі нашар сезінген жағдайда әйелдер консультациясына немесе емханаға, ал балаңыз ауырған кезде – балалар емханасына хабарласыңыз.

Үйде емдеу шараларын жасамаңыз.

Перед Вашим возвращением из роддома в квартире должна быть проведена генеральная уборка.

В течение послеродового периода Вы должны отдыхать днем, так как ночью Вам приходится вставать для ухода за ребенком. Вам не следует допускать переутомления, это может сказаться на Вашем здоровье и грудном вскармливании.

Вы должны тщательно следить за чистотой Вашего тела.

Для поддержания молочных желез Вам следует носить бюстгальтер с чашечками, он должен приподнимать, но не сдавливать грудь. Бюстгальтер желательно менять ежедневно.

Ваша пища кормящей матери должна содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов, минералов и микроэлементов. Полноценное питание кормящей матери является залогом полноценного питания новорожденного. Прием кормящей матерью специальных поливитаминных комплексов позволит обогатить грудное молоко жизненно важными веществами и будет способствовать росту новорожденного.

Половая жизнь разрешается только через два месяца после родов и после осмотра врача. Наступление беременности во время кормления грудью нежелательно, поэтому Вам необходимо получить совет у врача о современных методах контрацепции и планирования семьи.

Выполнение тяжелых работ в первые месяцы после родов недопустимо.

В случае недомоганий немедленно обратитесь за помощью в женскую консультацию или поликлинику, а при заболевании ребенка – в детскую поликлинику.

Не применяйте домашних способов лечения.

АНАҒА ҚҰТТЫҚТАУЛАР!
ПОЗДРАВЛЕНИЯ МАМЕ!

Ана болу әйел алдында үлкен ғажайып әрі беймәлім әлемді ашады. Әр жүктілік бірегей және еш нәрсеге қарамастан, осының барлығын көптеген сансыз отбасыларда көптеген рет болса да, әр жүкті әйел мұндай тәжірибені өзінше өткереді.

Жас нәрестенің дүниеге келуі – үлкен қуаныш. Бұл сонымен қатар барлық отбасы үшін сынақтар кезеңі: үйреніп қалған әдеттер өзгереді, жаңа жұмыстар пайда болады. Ата-ана болу – жас нәрестеге деген жауапкершілік қана емес, бұл – зор бақыт.

"Үлгілі ата-ана" болуға тырысыңыздар. Әрбір бала – қайталанбайтын тұлға. Туған сәттен бастап ол – жеке тұлға. Ең бастысы, Сіз және сәбиіңіз бір-біріңізді жан жүрегіңізбен түсініп, жақсы көруіңіз.

Материнство открывает перед женщиной огромный мир – удивительный и незнакомый. Каждая беременность уникальна, и, невзирая на то, что, это случалось великое множество раз в бесчисленных семьях, каждая беременная женщина переживает этот опыт по своему.

Появление новорожденного – большая радость. Это также и период испытаний для всей семьи: меняется привычный уклад жизни, появляются новые заботы. Быть родителями – это не только чрезвычайная ответственность за новорожденного, но и великое счастье.

Стремитесь стать "идеальными родителями". Каждый ребенок неповторим. С момента рождения он – личность. Главное, чтобы Вы и малыш понимали и любили друг друга всем сердцем.

ЖАС НӘРЕСТЕНІҢ ӘКЕСІНЕ! ОТЦУ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА!

Перзентхана жұмыскерлері Сізді өміріңіздегі ең қуанышты сәт – балаңыздың дүниеге келуімен шын жүректен құттықтайды!

Сіздердің қамқор және жанашыр ата-ана болатындарыңызға және баланы мықты және дені сау етіп өсіруге барлық күш-жігеріңізді аямайтындарыңызға сенім мол.

Работники родильного дома от всей души поздравляют Вас с радостным событием в Вашей жизни – рождением ребенка!

Мы уверены, что Вы будете заботливыми и внимательными родителями, сделаете все зависящее от Вас, чтобы вырастить малыша крепким и здоровым.

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 125/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Ф о р м а 1 2 5 / у Утверждена приказом и.о. Министра з д р а в о о х р а н е н и я Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ЭКҰ ТАҒАЙЫНДАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ ЭКО

Жатыр
(Маточные

түтігі М е н с е с
трубы) с _____
(д н я)

бастап

Гепатит Оң (Правая): по _____ дейін
Күйеуі (Муж): Сол (Левая): _____ (дней)
Әйелі (Жена): _____ (дней)

Жеке карта (Индивидуальная карта) № _____ багдарлама (программа)

Донор ПАРАҒЫ (ЛИСТ донора) № _____

ЭКУ ҰТ (М) (Д) ТАҒАЙЫНДАУ ПАРАҒЫ (ЛИСТ НАЗНАЧЕНИЯ ЭКО ПЭ (М) (Д

No

ДҮЖ ЭКУ ҮТ (М) (Д) (ЭКО Д.Я. ПЭ (М) (Д) № ИИС (М) (Д)

N₀

TAΘ

 $(\Phi\mathbb{H}O)$

Кестеге қосу күні (дата включения в схему) 20 жыл (год)

[illegible]

Жоғарыда аталған препараттардың кез келгенін енгізгеннен кейін Сізге қанды шығындылар келе бастағаннан кейін 2-ші күні немесе етеккір келмесе, бірінші дозаны енгізуден 10 күн өткеннен кейін дәрігерге қаралу қажет! После введения любого из вышеуказанных препаратов Вам необходимо явится на прием к врачу на 2-й день после начала кровянистых выделений или через 10 дней со дня введения первой дозы препарата, если менструация не наступила!

[illegible]

лар Ө	яич ник																			
Эндо- метрия																				
ЖКҚ																				
Ұрықты тасы- малдау (Пере- н о с эмбри- она)																				
Инсеми- нация																				
Емшараны бастау уақыты (Время начало проце- дуры)																				
Алынған гормон- д а р с а н ы (Коли- чество взятых гормо- нов)																				

Шарт берілді (Договор выдан) Күні (Дата)_____Қолы

(Подпись) _____

Емшараға ақы төленді (Оплачена процедура) Күні (Дата)_____Қолы

(Подпись) _____

Күре тамырдың ішіндегі наркозға ақы төленді

(Оплачен внутривенный наркоз) Күні (Дата) _____ Қолы

(Подпись) _____

Донорлыққа ақы төленді Күні (Дата) _____ Қолы

(Оплачено донорство) (Подпись) _____

Ұрықтарды криоген консервациялау Күні (Дата) _____ Қолы

(Подпись) _____

(Криоконсервация эмбрионов)

Пункция алдындағы ЖАДЫНАМА

ПАЦИЕНТКЕ:

1. Сіздің пункцияңыз 20 ____ ж. " ____ " _____,

сағат _____ белгіленген.

2. Инъекция жасау _____ бұлшықет арасына/тері ішіне

кұрсақтың алдыңғы қабырғасына _____ бір, күні

" ____ " _____ уақыты _____.

3. Душ қабылдау, қынапқа кіреберістегі шашты қыру қажет.

4. Өзімен бірге халат, шәрке, іш көйлек, шұлық, төсеніш болуы тиіс.

5. **Назар аударыңыз!** Наркоз берілетін болса – емшара қолдану күнінің

алдындағы кешінде ғана тамақтану, дәрі-дәрмекті немесе сұйықтықты,

оның ішінде су ішу қажет! Таңертең ЕШТЕҢЕ ішуге, жеуге,

дәрі-дәрмекті қабылдауға, сағызды шайнауға болмайды! (асқынуларды

болдырмау үшін). Пункция жасау күні декоративтік опа-далапты

пайдалануға болмайды!

6. Өзімен бірге болуы тиіс: _____

7. Ақы төлеуге: _____

ЖҰБАЙЫНА:

1. 3-5 күн ішінде жыныстық қатынастан тартыну қажет.

2. Пункция жасау күні - сағат _____ келу қажет.

Дәрігер _____ Дәрігер-анестезиолог _____ Пациент _____

Танысу күні _____

ПАМЯТКА

перед пункцией

ПАЦИЕНТКЕ:

8. Ваша пункция назначена на " ____ " _____ 20 ____ г.,

время _____

9. Сделать инъекцию _____ внутримышечно/подкожно в

переднюю стенку живота _____ ед, дата " ____ " _____

время _____.

10. Принять душ, побрить волосы при входе во влагалище.

11. Иметь с собой халат, тапочки, ночную рубашку, носки, прокладку.

12. Внимание! Если предполагается наркоз - последний прием пищи,

лекарств или жидкости, в том числе воды - накануне вечером! С

утра ничего НЕ пить, НЕ принимать пищу, таблетки, НЕ употреблять

жевательную резинку! (во избежание осложнений). В день пункции не

пользоваться декоративной косметикой!

13. Принести с собой: _____

14. На оплату: _____

СУПРУГУ:

1. Половое воздержание 3-5 дней.

2. Прийти в день пункции к _____ часам.

Врач _____ Врач-анестезиолог _____

Пациент(ка) _____

Дата ознакомления _____

A4 форматы

Формат A4

		К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды	
		Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы	Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы	Денсаулық сақтау министрінің м.а.
		2010 жылғы 23 қарашадағы	№ 907

Министерство Республики Казахстан	здравоохранения	бұйрығымен	бекітілген	№	2009/е	нысанды
		медициналық құжаттама				
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская	Форма	№	2009/у	документация
		и.о.	Министра	Республики	утверждена	приказом
		от 23 ноября 2010 года № 907		здоровоохранения Казахстан		

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ТІРІ ТУҒАН, ӨЛІ ТУҒАН ЖӘНЕ 5 ЖАСҚА ДЕЙІНГІ ҚАЙТЫС БОЛҒАН БАЛАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ КАРТА УЧЕТА РОДИВШЕГОСЯ ЖИВЫМ, МЕРТВОРОЖДЕННОГО И УМЕРШЕГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ТМН/РМН

1. Картаның тіркеу нөмірі _____
Регистрационный номер карты

2. Тегі* (Фамилия*) _____ аты (имя) _____

әкесінің аты (отчество) _____

3. ЖИН (ИИН) _____

4.	Жынысы	е р ,	ә й е л ,	анықталған	жоқ**
(пол):		(муж- ской)	(женский)	(не определен**)	

5. Ұлты *** (национальность***) _____

6.	Жағдайы	т і р і	ө л і	босануға	
т у у		туғандағы	туғандағы	дейінгі	босану
кезіндегі		(живорож-	(мертво-	жағдайын-	кезіндегі
(Состояние		денный),	ро ж -	дағы	
п р и			денный),		
рождении):				(до начала	(во время
				родов),	родов)

7. Туған күні (Дата рождения) _____ күні (число) _____

ай (месяц) _____ жыл (год) _____ уақыты (сағат, минут) (время (час,

минут)) _____

7.1 Туған жері (место рождения):

стационарда (в стационаре) ****,

басқа жерде

(в другом месте),

үйде (дома)

8. Ауыстырылды: (Переведен)	жаңа туғандар	өңірлендірудің 3-деңгейі
	патологиясы және балалар	перзентхананың жаңа туғандар
	стационарының шала	патологиясы және балалар
	туғандарды күтіп-бағу	стационарының шала
	бөлімшесіне,	туғандарды күтіп-бағу
	(в отделение патологии	бөлімшесіне (в отделение
	новорожденных и	патологии новорожденных и
	выхаживания недоношенных	выхаживания недоношенных
	детского стационара),	родильного дома 3 уровня
		регионализации),

басқа стационарға (в другой
стационар).

9. Ауыстыру күні (дата перевода): _____ күні (число) _____ ай
(месяц) _____ жыл (год) _____ уақыты (сағат, минут) (время (час,
минут)) _____

10. Шығарылды тұрғылықты жері бойынша учаскеге
(Выписан): (на участок по месту жительства).

11. Шығарылған күні (қайтыс болған)(Дата выписки (смерти)) _____

күні(дата) _____ ай (месяц) _____ жыл (год) _____ уақыты

(сағат, минут) (время (час, минут)).

12. Тұрғын (житель):

қала (город),

ауыл (село).

13. Тұрғылықты жері (Место жительства): облыс/республикалық маңызы

бар қала (область/город республиканского

значения) _____ аудан/облыстық маңызы бар

қала (район /город областного значения) _____, елді

мекен (населенный пункт) _____,

үй мекенжайы (домашний

адрес) _____.

14. Тіркелген ұйым (Организация

прикрепления) _____

15. Туған кезіндегі баланың массасы (салмағы) (өлі туған) (Масса

(вес) ребенка (мертворожденного) при рождении) _____ гр.

16. Туған кезіндегі баланың бойы (ұрықтың) (Рост ребенка (плода) при рождении) _____ см.

17. Анасының туған күні (Дата рождения матери): _____ күні (дата)
_____ ай(месяц) _____ жыл (год)

18.	Анасының	отбасы	некеде	некеге	тұрған	
жағдайы	(Семейное	(состоит	в	жоқ	(не	жесір
положение матери):		браке),		состоит		(вдова),
				в браке),		
	айырылысқан	анықталмаған				
	(разведена),	(неизвестно).				

19. Жүктілік мерзімінде бала туды (Ребенок родился при сроке беременности) _____ толық аптасы (полных недель).

19.1. Босанудың саны (которые по счету роды) _____

20. Анасында нешінші туған бала (Который по счету родившийся ребенок у матери) _____.

20.1. Нешінші жүктілік (которая по счету беременность) _____

21. Қайтыс болған жері (Место смерти): облыс/ республикалық маңызы

бар қала (область/город республиканского значения)

_____ ,

аудан/облыстық маңызы бар қала (район/город областного значения)

_____ , елді мекен (населенный

пункт) _____ ,

медициналық ұйым (медицинская

организация) _____ .

22. Қайтыс болған уақыты (өлі туған) (Смерть (мертворождение) наступила):	ста- ци- онар- да (в ста- цио- наре) ,	үйде (на дому) ,	балалар ү й і (д о м ребенка),

перзентха-
на (роди- басқа жерде (в другом месте).
льный дом),

23. Перзентхана бөлімшесінде қайтыс болған жағдай (В случае смерти в родильном отделении):	перзентхана бөлімшесінде бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы (умер до суток пребывания в родильном отделении);

стаци- онарда (в стаци- онаре):	стационарда бір тәулікке дейін болып қайтыс болуы (умер до суток пребывания в стационаре).

24. Баланың қайтыс болу себептері (өлі туған) (Смерть	аурудан (забо-	жа за - та й ы м о қ и ға -	өлті- рі п

ребенка (мертворождение) левания д а н алу -
 произошла от):), (несча- дан
 стного (убий-
 случая) ства),
 ,

белгіленген жоқ
 (не установлено).

24.1. Баланың стационарда және перзентханада қайтыс болу (өлі туған) жағдайында МҰ перинаталды көмектің өңірлендіру деңгейі (В случае смерти ребенка (мертворождения) в стационаре и родильном доме указать уровень регионализации перинатальной помощи МО): 1, 2, 3, 4.

25. 10-ХАЖ бойынша өлім себептері қайтыс болған және өлі туған баланың ***** (Причина смерти по МКБ-10 умершего ребенка и мертворожденного):

	Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз)	Патологоанатомиялық диагнозы (Патологоанатомический диагноз)	10-ХАЖ коды (код МКБ-10)
a)			
b)			
c)			
Анасының денсаулығының жай-күйі (Состояние здоровья матери)			
d)			
e)			

26. Өлімнің алдын алу ***** жоқ и ә шартты алдын алу
 (предотвратимость смерти): (нет) (да) (условно предотвратима)

		Өлімнің алдын алу (Предотвратимость смерти)	

	Медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации)	Иә (да)	Шартты алдын алу (Условно предотвратима)
a)			
b)			
c)			

27. Қайтыс болу туралы дәрігерлік куәлік берген денсаулық сақтау

ұйымдарының атауы (Наименование организации здравоохранения, выдавшей

врачебное свидетельство о смерти):

28. Қайтыс болу туралы дәрігерлік куәлік берген медицина

қызметкерінің ТАӘ (ФИО медицинского работника, выдавшего врачебное

свидетельство о смерти):

Картаны толтыру күні " _____ " _____ 20____ жылы (год).

Дата заполнения карты

Оператордың ТАӘ _____ картаны енгізу күні " _____ "

_____ 20 ____ жылы (год).

ФИО оператора Дата ввода карты

Ескерту (Примечание):

* - өлі туғандарға анасының фамилиясы жазылады, анасын белгілеу мүмкіншілігі болмаған жағдайда белгісіз деп көрсетіледі (для мертворожденных записывается фамилия матери, в случае невозможности установления матери - указывается как неизвестный);

** - перинаталды өлім-жітім жағдайы үшін (для случаев перинатальной смертности) ;

*** - перинаталды өлім-жітім кезінде баланың ұлты, анасының ұлты бойынша жазылады, басқа жағдайда ата-анасының ауызша берген жауабы бойынша (национальность ребенка записывается при перинатальной смертности по национальности матери, в других случаях по устному заявлению родителей);

**** - перзентханада туған жағдайда өңірлендіру деңгейі 1, 2, 3, 4 (республиканская клиника) (в случае рождения в родильном доме указать уровень регионализации 1, 2, 3, 4 (республиканская клиника));

***** - перинаталды өлім-жітімі кезінде баланың тұрғылықты жері, анасының тұрғылықты жері бойынша жазылды. Таяу және қиыр шет елдердің тұрғындары үшін, елдің атауы ғана көрсетіледі (место жительства ребенка при перинатальной смертности записывается, по месту жительства матери. Для жителей дальнего и ближнего зарубежья указывается только страна);

*****а) өлім-жітім себептері болып табылатын (бір ауруды көрсету), баланың (ұрықтың) негізгі ауруы және жай-күйі (основное заболевание или состояние ребенка (плода), явившееся причиной смерти (указать одно заболевание)),

б) баланың (ұрықтың) басқа ауруы немесе жай-күйі (другие заболевания или состояния, у ребенка (плода),

с) баланың өлім-жітімінің себептеріне негізделетін (ұрықтың), анасының негізгі ауруы немесе жай-күйі (одан кейінгі жай-күйі) (основное заболевание или состояние матери (состояние последа), обусловившее причину смерти ребенка (плода),

д) ананың басқа аурулары (одан кейінгі жай-күйі) (другие заболевания матери (состояние последа), способствующие смерти ребенка (плода),

е) басқа қосымша жай-күйі (другие сопутствующие состояния);

*****- өлім-жітімнің алдын алуын ҚР ДСМ сарапшылар анықтайды. Егер де өлім-жітімнің алдын алу немесе шартты алдын алу жағдайы болған жағдайда, медициналық ұйым көрсетіледі, оның деңгейінде өлім-жітімінің алдын ала алынған болса. Бірнеше ұйым көрсетілуі мүмкін (предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. В случае если смерть была предотвратима или условна предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Может быть указано несколько организаций).

А4 форматы

Формат А4

			Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
			Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы			Қазақстан		Республикасы	
Денсаулық сақтау министрлігі			Денсаулық сақтау	министрінің	м.а.	

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 2009-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 2009-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

АНА ӨЛІМ-ЖІТІМІН ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ **КАРТА УЧЕТА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ**

Сноска. Приложение 2 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

МТН/РМН:

1. Картаның тіркеу нөмірі _____
Регистрационный номер карты

2. Карта:

Бірінші
(первичная),

pet

Екінші рет(вторичная)

3. Тегі (Фамилия) _____ аты (имя) _____ әкесінің _____

аты (отчество) _____

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Туған күні (Дата рождения) _____ (число) _____ айы (месяц)

_____ ЖЫЛЫ (ГОД)

6. Жасы (Возраст) толық жасы (полных лет) _____

7. ЖИН (ИИН) _____

8. Кайтыс болған күні (Дата
смерти) _____ (число) 9
_____ айы _____ (месяц) Тұрғыны
_____ жылы (год); _____ (Житель):

Қала
(горо-
да,)

А у ы л
(села)

9. Тұрғылықты жері (Место жительства): облыс/республикалық маңызы бар

қала (область/город республиканского значения)

аудан/облыстық маңызы бар қала (район/город областного значения)

_____ елді мекен (населенный пункт)

_____ ,

үйінің мекенжайы (домашний

адрес) _____ .

10. Тіркеу ұйымы (Организация прикрепления)

11. Қайтыс болған жері (Место смерти): облыс/ республикалық маңызы

бар қала (область/город республиканского

значения) _____

аудан/облыстық маңызы бар қала (район/город областного значения)

_____ елді мекен (населенный пункт).

12. Жүктілігі бойынша тіркеуге алынған күні (Дата взятия на учет по

беременности) (мерзімі _____ толық

апта) _____.

13. Жүктілігі бойынша тіркеуде тұрған ұйым (Организация, в которой
состояла на учете по беременности)

14. Босандыру күні (Дата родоразрешения), аборт (аборта) _____ күні

(число) _____ айы (месяц) _____ жылы (год).

15. Босандыру орны (Место родоразрешения), аборт (аборта), соның

ішінде өңірлендіру деңгейін ескере отырып (в т.ч. с учетом уровня

регионализации):

стационарда			
(в стационаре,	үйде	(на	баска жерде (другом месте).
(1,2,3,4***),	дому),		

16. Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ толық апта (полных недель).

17. Өлім (Смерть	жүктілік	босану	босанған-
наступила в период):	(беремен	кезінде	нан кейін
	ности),	(в процессе	(послеро-
		родов),	довой).

18. Босанғаннан кейінгі кезеңде қайтыс болған жағдайда өмір сүрген күндерінің саны (Количество прожитых дней в случае смерти в послеродовой) период):

босанғаннан кейін 42 күн ішінде (в течение 42 дней после родов)

а б о р т босанғаннан кейін 43 күннен
(аборта), 365 күнге дейін (от 43 до 365
дней после родов).

19. Жүктілігінің саны (Которая по счету беременность) _____

20. Босануының саны (Которые по счету роды) _____

21. Өлім (Смерть наступила): стационарда (в стационаре) (в доме, (на месте). басқа жерде (другом месте).

22. Өлім (Смерть наступила в результате: аборт (аборт), жатырдан тыс жүктілік (внематочная беременность),

жүктілікке байланысты аурулар (заболевания, связанные с беременностью), жүктілікке байланысты емес аурулар (заболевания, не связанные с беременностью).

22.1. Стационарда және перзентханада қайтыс болған жағдайда өңірлендіру деңгейі көрсетілсін (В случае смерти в стационаре и родильном доме указать уровень регионализации МО: 1, 2, 3, 4***).

23.

	Клиникалық диагноз (Диагноз клинический):	10-ХАЖ коды (код МКБ -10)
a)		
b)		

c)		

24.

	Қайтыс болу себебі 10-ХАЖ* бойынша патологиялық-анатомиялық диагноз (Причина смерти (патологоанатомический диагноз) по МКБ-10*.)	10- ХАЖ коды (код МКБ -10)
a)		
b)		
c)		
d)		

25. Өлімнің алдын алу (Предотвратимость смерти**): жоқ (нет) бар (да) Шартты түрде алдын алу (условно предотвратима)

	Медициналық ұйымның атауы (Наименование медицинской организации)	Өлімнің алдын алу (Предотвратимость смерти)	
		(да)	Шартты түрде алдын алу (Условно предотвратима)
a)			
b)			
c)			

26. Өлім туралы дәрігерлік куәлікті берген денсаулық ұйымының атауы (Наименование организации здравоохранения, выдавшей врачебное свидетельство о смерти): _____

27. Өлім туралы дәрігерлік куәлікті берген медициналық қызметкердің ТАӘ (ФИО медицинского работника, выдавшего врачебное свидетельство о смерти): _____

Картаны толтыру күні (Дата заполнения карты) " ____ " _____

20 ____ жыл (год).

Оператордың ТАӘ (ФИО оператора) _____ картаны бастау

күні (Дата ввода карты) " ____ " _____ 20 ____ жыл (год).

Ескерту (Примечание*):

а) тікелей өлімге әкелген ауру немесе жағдай (болезнь или состояние,

непосредственно приведшее к смерти);

б) тікелей себептің пайда болуына әкелген патологиялық жағдай

(патологические состояния, приведшие к возникновению непосредственной

причины);

с) өлімнің негізгі себебі (основная причина смерти);

д) өлімге әкелген, бірақ аурумен немесе патологиялық жағдаймен

байланысы жоқ басқа маңызды жағдайлар (прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней).

******- өлімнің алдын алуды ҚР ДСМ сарапшылары айқындайды. Егер өлімнің алдын алынса немесе шарты түрде алдын алынса өлімнің алды алынған медициналық ұйым көрсетіледі. Бірнеше ұйым көрсетілуі мүмкін (****** - предотвратимость смерти определяется экспертами МЗ РК. В случае если смерть была предотвратима или условна предотвратима, то указывается медицинская организация, на уровне которой смерть была предотвратима. Может быть указано несколько организаций).

*******- 4- республикалық клиникаларды, ғылыми орталықтарды, ҒЗИ санмен белгілеу (******* - 4 - цифровое определение республиканских клиник, научных центров, НИИ).

А4 форматы	БСН бойынша ұйым коды	-----
Формат А4	Код организации по БИН _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық		

сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 135/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 135/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907 ____

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой 135/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Медициналық араласушылықтарды жүргізу кезіндегі
апаттық жағдайларды тіркеу
журналы
Журнал
регистрации аварийных ситуаций
при проведении медицинских манипуляций

Н а ч а т " Б а с т а л д ы " " _____ ж .
А я қ т а л д ы " " _____ г .
Окончен " ____ " _____ г .

№	Жарақат алған адамның хабарлама берген күні, уақыты Дата, время	Жарақат алған адам жөнінде мағлұмат Жарақат алған адам жөнінде қабылдаған қызметкер Сотрудник, принявший сообщение,	Апаттық жағдай нәтижесінде жарақат алған адам жөнінде мағлұмат Данные о пострадавшем в результате аварийной ситуации				Апаттық жағдай жөнінде мағлұмат Данные об аварийной ситуации		ЖИТС хабарлама жіберуші аты-тегі немесе жарақат алған адамның келіп қамалуы Кем и і передан
			Аты, жөні, тегі (болған жағдайда)	Туған күні	Мекен-жайы, тел (үй, ұялы)	Жұмыс орны, лауазымы	Апаттық жағдай болған күні,	Апаттық жағдайдың сипаттамасы, жүргізілген	

обращения пострадавшего	л и б о пострадавшего (Ф.И.О., должность)	) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Дата рождения	Домашний адрес, тел. (дом., моб.)	Место работы (должность)	уақыты Дата, время аварийной ситуации	шаралар Обстоятельства, что сделано	сообщен ОЦ СП л и б о обраще самого пострада
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

продолжение таблицы

Болжалды жұқтыру кезі деректері және оны АИТВ тестілеуден өткізу (апат жағдайынан алдында немесе кейін дереу) Данне о предполагаемом источнике заражения и его обследовании на ВИЧ (до или сразу после аварийной ситуации)	Зардап шегушінің (тестілеу хаттамасының нөмірі мен күнін көрсете отырып) АИТВ-ға тестілеу нәтижелері Результаты обследования на ВИЧ (с указанием номера протокола и даты теста) пострадавшего			В және С тексерілгендігі жөнінде, ВГВ егілгендігі Обследование на ВГВ, ВГС, вакцинация от ВГВ	Байланыстан кейінгі алдын алу көрсеткіші Результат обращения в ОЦ СПИД (нет показаний к ПКП, отказ назначение)	Ескерту Примечания
	Апат жағдайында	Бірайдан кейін	Үш айдан кейін			
	При аварийной ситуации	Через один месяц.	Через три месяца.			
11	12	13	14	15	16	17

Апаттық жағдайларды тіркеу журналына
қосымша парақ
Вкладной лист к журналу
регистрации аварийных ситуаций

Бланк отчета о профессиональном контакте с потенциально инфицированным
м а т е р и а л о м

Ықтималды жұқпаланған материалмен кәсіби байланыс туралы есептеме бланкісі

ТАӘ ФИО ЖСН/ИИН:	(болған (при его	жағдайда) наличии):	Адрес (рабочий): Жұмыс мекенжайы: Адрес (домашний): Үй мекенжайы:

Д а т а Туған жылы:	р о ж д е н и я :	П о л : Жынысы:	Должность: Лауазымы: С т а ж работы: Еңбек өтілі:
Дата/время Байланыс күні/уақыты:	к о н т а к т а :	Где произошёл Байланыс қайда болды:	к о н т а к т :
Характер контакта (например, укол иглой, порез, разбрызгивание): Байланыс сипаты (мысалы, инемен шаншу, жаралану, шашырау)			
Подробное описание выполнявшейся манипуляции с указанием того, когда и как произошёл к о н т а к т : Орындалған қимылдың толық сипаттамасын көрсеткенде, байланыс қашан және қалай болды .			
Подробные сведения о контакте, включая тип и количество биологической жидкости или материала, глубину повреждения и интенсивность контакта Байланыс туралы толық мәліметтер, биологиялық сұйықтық түрі және мөлшері немесе материалы, байланыстың қарқындылығы және зақымданудың тереңдігі.			

Сведения о пациенте, с биологическими жидкостями которого произошёл Емделушінің биологиялық сұйықтармен байланыс болғаны т у р а л ы	к о н т а к т : м ә л і м е т :	Сведения о медицинском работнике, подвергшемся Байланысқа ұшыраған, медицина қызметкері туралы мәлімет:
М а т е р и а л М а т е р и а л	с о д е р ж а л : қ а м т ы л ғ а н :	И н ф и ц и р о в а н : Жұқпалы аурулы:
В Г В В В Г В Г С С В Г В И Ч : Ж И Т С :		В Г В В В Г В Г С : С В Г В И Ч : Ж И Т С :
Если пациент ВИЧ-инфицирован: Егер пациент ЖИТС жұқтырған болса:		Сопутствующие заболевания: Қосалқы аурулар: Вакцинация против гепатита В: В гепатитіне қарсы в а к ц и н а : Поствакцинальный иммунитет: Поствакциналды иммунитет:
Стадия заболевания: А у р у	с а т ы с ы :	
Вирусная нагрузка: Вирустық жүктеме:		
Сведения о б А Р Т : А Р Т туралы мәлімет:		
Резистентность к А Р Т : А Р Т к е д е р г і л і г і :		Проведено дотестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:
Проведено до тестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:		

Результаты исследований: Тексеру нәтижесі:		Результаты исследований: Тексеру нәтижесі:	
В Г В В В Г В Г С С В Г В И Ч : Ж И Т С :		В Г В В В Г В Г С С В Г В И Ч : Ж И Т С :	
Проведено послетестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:		Проведено послетестовое консультирование: Тестілеуден алдыңғы кеңес өткізілді:	
Направления : Жолдама :		Направления : Жолдама:	
		Предложена постконтактная профилактика : Постконтактты алдын алу шарасы ұсынылды : Получено информированное согласие: Ақпараттық келісім алынды: Препараты : Препараттар:	
Обследования после контакта: Байланыстан кейінгі тексерілу:	Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы Лейкоциттер формуласын есептеумен қанның жалпы талдауы		
1-я неделя 1-ші апта			
2-я неделя 2-ші апта			
3-я неделя 3-ші апта			
4-я неделя 4-ші апта			
Результаты тестирования на антитела к ВИЧ через: АИТВ-ға қарсы денелерді тестілеу қорытындысы:			
1 м е с я ц 1 а й 3 м е с я ц а 3 ай			
Подпись / Печать Қолы/Мөр		Дата : Күні:	

Сроки начала химиопрофилактики (дата, время) Химиялық алдын алу шарасы басталу мерзімі (күні, уақыты)	Схема терапии Терапия схемасы	Сроки окончания химиопрофилактики (дата, время) Химиялық алдын алу шарасы аяқталу мерзімі (күні, уақыты)	Приверженность Бейілділік

Печать МО

Подписи представителей администрации МО

(при его наличии)

МҰ әкімшілігі өкілдерінің қолы

Мөрі МҰ

(болған жағдайда)

Дата заполнения "_____" 2015г.

Толтырған күні "_____" 2015ж.

Апаттық жағдайларды тіркеу журналына
қосымша парак
Вкладной лист к журналу
регистрации аварийных ситуаций

АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алуды шарасын өткізуге ақпаратты
к е л і с і м
б л а н к і
Б л а н к
информированного согласия на проведение постконтактной профилактики
ВИЧ-инфекции

Мен АИТВ-инфекциясына постконтактты алдын алу шарасына арналған
препараттарды: _____ ұсынымдарға негізделген _____
_ және осы препаратты қабылдауға белгіленген режимін қатаң ұстану қажеттігі туралы
хабарландырылдым.

Я осведомлен (а) о том, что препараты: _____ предназначены для постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции, основанной на рекомендациях _____

и что необходимо строго соблюдать предписанный режим приема этих препаратов.

Мен химиялық алдын алу шараларының тиімділігі кемінде 100% құрайтыны туралы хабарландырылды.

Я осведомлен (а) о том, что эффективность химиопрофилактики составляет менее 100%.

Мен препараттардың жанама әсер беретіні туралы, соның ішінде бас ауруы, әлсіздік, жүрек айну, құсу, іш өтуді тудыруы мүмкін екені туралы хабарландырылды.

Я осведомлен (а) о том, что данные препараты могут вызвать побочные эффекты, в том числе головную боль, утомляемость, тошноту, рвоту, диарею.

Мені 28 күнге препараттар қорымен _____ жабдықтайтыны туралы, маған жақын уақытта емдеуші дәрігеріме тексерілуге және емделуге бару керектігі туралы хабарландырылды.

Я осведомлен (а) о том, что _____ снабдит меня запасом препаратов на 28 дней, и что мне необходимо в ближайшее время обратиться к моему лечащему врачу для обследования и лечения.

Күні (Дата) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____

(Ф.И.О.) (при его наличии)

Қолы (Подпись)_____

А4	форматы	БСН	бойынша	ұйым	коды	-----
Формат А4		Код организации по БИН	_____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан			Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 136 /е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның атауы Наименование организации			Медицинская документация Форма № 136/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907			

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой 136/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ-инфекциясына қан алуды тіркеу

Ж У Р Н А Л Ы

Ж У Р Н А Л

учета забора крови на ВИЧ – инфекцию

Б а с т а л д ы " " ж .

Н а ч а т " " Г .

Аяқталды " " ж.

Окончен " " Г.

Р/с №	Алынған күні	ТАӘ (болған жағдайда)	ЖСН / ИИН	Туған күні	Жынысы Пол	Азаматтығы Гражданство	Коды Код	Диагнозы Диагноз	Мекен-жайы Домашний адрес	Зертханадағы тіркеу №	Тексеру нәтижесі

А4 Формат А4	БСН бойынша Код организации по БИН	ұйым _____	коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 137-1/е нысанды медициналық құжаттама		
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 137-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907		

Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін маманның есепке алу картасы
У ч е т н а я **к а р т а**
 специалиста, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета

Сноска. Приложение дополнено Формой 137-1/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 Формат А4	БСН бойынша Код организации по БИН	ұйым _____	коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 137-2/е нысанды медициналық құжаттама		
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 137-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907		

Орталықтандырылған автоматтандырылған есепке алу үшін практикалық денсаулық сақтауда жұмыс істейтін орта медициналық және фармацевтикалық білімі бар маманның есепке алу картасы
У ч е т н а я **к а р т а**

специалиста со средним медицинским и фармацевтическим образованием, работающего в практическом здравоохранении для централизованного автоматизированного учета

Сноска. Приложение дополнено Формой 137-2/у в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Приложение 2-1
к приказу и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Методические рекомендации по заполнению, выдаче медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти, перинатальной смерти

Сноска. Приказ дополнен приложением 2-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

1. Общие положения

1. Настоящая инструкция разработана в соответствии с Кодексами Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" и "О браке (супружестве) и семье" и определяет единые требования по заполнению и выдаче форм первичной медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения (форма № 103/у-12), смерти (форма № 106/у-12) и перинатальной смерти (форма № 106-2/у-12).

2. Основные понятия, используемые в настоящей инструкции:

1) роды - полное изгнание или извлечение (экстракция) мертвого или живого плода от матери весом более 500 грамм, независимо от срока беременности, либо при сроке 22 полные недели и выше;

2) физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой - частная медицинская практика физических лиц с медицинским образованием соответствующего профиля при наличии лицензии на занятие медицинской, врачебной и фармацевтической деятельностью, направленной на оказание медицинской помощи и медицинских услуг;

3) медицинская организация – организация здравоохранения, основной деятельностью которой является оказание медицинской помощи;

4) мертворождение (мертворожденный плод) - смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, а также отсутствие после такого отделения признаков жизни (сердцебиения, дыхания, пульсации пуповины или явных произвольных движений мускулатуры);

5) причины смерти - все те болезни, патологические состояния или травмы, которые привели к смерти или способствовали ее наступлению, а также обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали любые такие травмы;

6) перинатальный период - начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела плода составляет 500 гр.) и заканчивается спустя 7 полных дней после рождения;

7) живорождение - полное изгнание или извлечение продукта зачатия из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента;

8) выкидыш - случайная потеря плода до родов, в результате его смерти в сроке до 22-х недель беременности;

9) регистрирующие органы - государственные органы регистрации актов гражданского состояния - отделы регистрации актов гражданского состояния, а в местностях, где таковых нет, - местные исполнительные органы, либо должностные лица аппаратов акимов поселков и сельских округов.

3. Настоящая инструкция обязательна к применению во всех медицинских организациях, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, а также физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

4. Бланки медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, и их корешки брошюруются в отдельные книги свидетельств. В конце книги прописью указывается количество листов. Книги прошнуровываются, скрепляются печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, и хранятся у руководителя медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой.

5. Корешки медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, используемые для составления отчета медицинской организации, подлежат хранению по месту выдачи медицинских свидетельств в течение 5 лет по окончании календарного года, в котором выдано свидетельство, после чего подлежат уничтожению.

6. Нумерация медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, в книгах регистрации свидетельств начинается с первого номера и ведется последовательно в течение года - с первого января по тридцать первое декабря (включительно).

7. Испорченный бланк медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, перечеркивается, делается запись "

испорчено" и оставляется в книге бланков. Номер свидетельства, проставленный на испорченном бланке, на следующий бланк не переносится.

8. В случае утери медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, по письменному обращению заявителя оформляется новое врачебное (медицинское) свидетельство в точном соответствии с первоначальным экземпляром (оригиналом) с указанием его номера и даты выдачи с пометкой "дубликат".

9. Все графы бланков заполняются исчерпывающими ответами, без сокращения отдельных слов, чернилами или шариковой пастой четким разборчивым почерком. Помарки и подчистки не допускаются.

Графы, в которых на вопросы даются отрицательные ответы, заполняются словом "нет". При отсутствии необходимых сведений указывается соответственно "не известно", "не установлено" и прочее.

10. Контроль за правильностью заполнения и своевременной выдачей медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения, смерти и перинатальной смерти, должны обеспечить руководители медицинских организаций и физические лица, занимающиеся частной медицинской практикой.

11. Контроль за правильностью кодировки причин смерти осуществляется уполномоченными лицами, определенные приказом местных органов государственного управления здравоохранением.

2. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о рождении (форма № 103/у-12)

12. Для регистрации рождения в регистрирующих органах представляется учетная форма первичной медицинской документации № 103/у-12 "Медицинское свидетельство о рождении", удостоверяющая факт рождения.

Регистрации подлежат все случаи рождения живых новорожденных с массой тела 500 грамм и выше и с гестационным сроком 22 недели и выше.

13. Медицинское свидетельство о рождении оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

14. В случае выкидыша, мертворождения медицинское свидетельство о рождении не оформляется.

15. Медицинское свидетельство о рождении выдается при выписке матери из стационара всеми медицинскими организациями, в которых произошли роды или родильница с ребенком была госпитализирована после родов, независимо от того, имеют ли эти организации акушерские койки или нет, во всех случаях живорождения.

16. В случае рождения ребенка вне медицинской организации медицинское свидетельство о рождении выдается медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, принявшим роды на дому.

17. При многоплодных родах медицинское свидетельство о рождении оформляется на каждого родившегося ребенка в отдельности в порядке их рождения.

18. В случае регистрации рождения найденного, брошенного (отказного) ребенка медицинской организацией оформляется справка о возрасте ребенка и производится регистрация в регистрирующих органах медицинской организацией, в которую помещен ребенок, не позднее семи суток со дня обнаружения, отказа или оставления.

19. Медицинское свидетельство о рождении для регистрации в регистрирующих органах выдается родителям, а в случае отсутствия таковых - опекунам, усыновителям (удочерителям), попечителям или администрации детского учреждения, в котором ребенок будет находиться на воспитании.

20. Запись о выдаче медицинского свидетельства о рождении с указанием его номера, серии, даты выдачи, регистрирующего органа, где произведена регистрация

рождения, номера, и даты записи акта рождения указываются в учетной форме первичной медицинской документации № 097/у "История развития новорожденного".

21. В медицинском свидетельстве о рождении врач или средний медицинский работник делает отметку о дате выдачи медицинского свидетельства о рождении (или дате передачи его в регистрирующий орган, в случае регистрации рождения организацией), указывают наименование медицинской организации, его почтовый адрес, свою фамилию, имя, отчество.

22. Лица, заполняющие медицинское свидетельство о рождении, удостоверяют факт рождения живого ребенка, место рождения (название медицинской организации или указывают, что ребенок родился на дому, в дороге и так далее), дату рождения, пол ребенка, массу тела, рост. Также указываются сведения о матери ребенка: фамилия, имя, отчество (в соответствии с документами, удостоверяющими личность), образование и постоянное место проживания.

23. В корешке делаются записи, полностью соответствующие записям, сделанным в соответствующих пунктах медицинского свидетельства о рождении. Кроме того, для проведения более глубокого анализа при создании регистра новорожденных, в корешок вносятся такие сведения о матери, как дата рождения, национальность, место жительства (в соответствии с документами, удостоверяющими личность), семейное положение, которая по счету беременность, роды, срок беременности, при котором произошли роды, а также сведения о ребенке, при каких родах родился (одноплодных, первым или вторым из двойни, при других многоплодных родах), оценка по шкале Апгар, наличие критериев живорождения. Округлением соответствующих кодов отмечаются наличие факторов риска (медицинских и социальных) при беременности, осложнений родов, акушерских процедур, осложнений периода новорожденности.

24. Медицинское свидетельство о рождении заверяется печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой и подписью медицинского работника, оформившего свидетельство.

25. Записи в корешке медицинского свидетельства о рождении должны быть полностью идентичны записям в самом свидетельстве о рождении.

26. Получатель отрывного медицинского свидетельства о рождении расписывается в его получении в корешке свидетельства.

3. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о смерти (форма № 106/у-12)

27. Для регистрации смерти в регистрирующих органах медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, представляется учетная форма первичной медицинской документации № 106/у-12 "Медицинское свидетельство о смерти", удостоверяющая факт смерти.

28. В случаях мертворождения, смерти новорожденного в течение от 0 до 7 суток после рождения оформляется медицинское свидетельство о перинатальной смерти.

29. Медицинское свидетельство о смерти выдается родственникам умершего или лицам, проживающим вместе с умершим, в случае отсутствия таковых - органам внутренних дел, обнаружившим труп.

30. Медицинское свидетельство о смерти оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

31. В случае назначения в установленном законодательством порядке судебно-медицинской экспертизы, медицинское свидетельство о смерти оформляется судебно-медицинским экспертом с учетом результатов экспертизы.

32. Медицинское свидетельство о смерти не оформляется заочно, без личной констатации медицинским работником факта смерти.

33. Медицинское свидетельство о смерти выдается врачом (средним медицинским работником) медицинской организации или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, на основании осмотра трупа, записей в медицинской документации, предшествующего наблюдения за больным или результатов вскрытия.

34. В случае смерти в медицинской организации выдача трупа осуществляется после оформления медицинского свидетельства о смерти. В случае, когда захоронение умершего производится медицинской организацией, последнее заполняет медицинское свидетельство о смерти и производит регистрацию в регистрирующих органах в пятидневный срок.

35. В случае проведения патологоанатомического вскрытия медицинское свидетельство о смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия с учетом его результатов.

36. В целях обеспечения достоверности регистрируемых причин смерти и для того, чтобы не задерживать регистрацию смерти в регистрирующих органах и погребения, медицинские свидетельства о смерти выдаются с отметкой "предварительное", "взамен предварительного", "окончательное" или "взамен окончательного".

37. Медицинское свидетельство о смерти с отметкой "предварительное" выдается в случаях, если для установления или уточнения причины смерти необходимо произвести дополнительные исследования, или к моменту выдачи свидетельства род смерти (несчастный случай вне производства или в связи с производством, самоубийство, убийство) не установлен, но в дальнейшем может быть уточнен.

После уточнения причин смерти и рода смерти составляется новое медицинское свидетельство о смерти и с отметкой "взамен предварительного" пересылается медицинской организацией или тем физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, которым выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган не позднее, чем через месяц.

Если было выдано медицинское свидетельство о смерти с пометкой "окончательное", но в дальнейшем выявилась ошибка в записи диагноза, составляется новое медицинское свидетельство о смерти с надписью, сделанной от руки "взамен окончательного" медицинского свидетельства о смерти № "____" и направить непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган.

38. Допускается выдача медицинского свидетельства о смерти врачом, установившим смерть, только на основании осмотра трупа, при отсутствии подозрения на насильственную смерть.

В исключительных случаях, связанных с экологическими или техногенными катастрофами (землетрясение, авиационные, транспортные, шахтные и другие травмы с массовыми человеческими жертвами), и по согласованию с проводящими предварительное расследование правоохранительными органами разрешается выдача медицинского свидетельства о смерти судебно-медицинским экспертом на основании наружного осмотра трупа.

39. Руководителем медицинской организации обеспечивается контроль достоверности заполнения медицинских свидетельств о смерти, своевременности их выдачи родственникам умершего, а также регистрации в регистрирующих органах медицинских свидетельств о смерти в случаях захоронения умершего медицинской организацией.

40. Номер и серия свидетельства, дата его выдачи, причина смерти, регистрирующий орган, где произведена регистрация, номер и дата записи акта смерти указываются в соответствующих учетных формах первичной медицинской документации - №025/у "Медицинская карта амбулаторного больного", №003/у "Медицинская карта стационарного больного", либо № 096/у "История родов".

41. В бланке медицинского свидетельства о смерти указывается его характер путем подчеркивания соответствующего обозначения - "предварительное", "взамен предварительного", "окончательное" или "взамен окончательного".

42. Пункты 1-5 заполняются согласно обозначениям, причем фамилия, имя и отчество заполняется в соответствии документами, удостоверяющими личность.

В пунктах 6-7 сведения о месте жительства и смерти указываются по действующему административно-территориальному делению, а в случаях, когда это не представляется возможным установить, - по ранее существовавшему административно-территориальному делению.

В пункте 8 подчеркивается соответствующее обозначение.

В пункте 9 национальность указывается по документу, удостоверяющему личность, а в случае отсутствия в нем записи о национальности - не указывается.

При регистрации смерти иностранного гражданина кроме национальности указывается название государства, гражданином (подданным) которого он является, а также его гражданство.

Лицам без гражданства национальность указывается с добавлением слов: "лицо без гражданства".

В пунктах 10-11 подчеркивается соответствующее обозначение.

В пункте 12 указывается наименование предприятия, учреждения, организации, где работал умерший, его должность или выполняемая работа;

в отношении военнослужащих - наименование воинской части или учреждения согласно документам, удостоверяющим личность военнослужащего;

в отношении пенсионера указывается "пенсионер" и прежнее основное занятие.

В пунктах 13-15 подчеркиваются соответствующие обозначения.

В пункте 16 указывается фамилия, имя, отчество и должность медицинского работника, заполняющего медицинское свидетельство о смерти, и далее подчеркиваются соответствующие обозначения.

В пункте 17 обязательно указывается первоначальная причина смерти, код (шифр) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10), рекомендованной Всемирной организацией

здравоохранения и даты начала и окончания болезни (число, месяц, год). В случае травм и отравлений обязательно указывается дополнительно внешние причины смерти и код по МКБ-10.

Записи причины смерти производятся в двух частях пункта 17, по которым отслеживается цепь взаимоувязанных и последовательных причин смерти.

Часть 1 состоит из 4 строк: "а)", "б)", "в)", "г)".

Строка "а)" предназначена для записи и кодировки только одной причины смерти (заболевание, травма или другое патологическое состояние), непосредственно приведшей к смерти.

Строка "б)" предназначена для записи и кодировки промежуточной причины смерти, т.е. промежуточного патологического состояния, приведшего к возникновению непосредственной причины смерти.

Строка "в)" предназначена для записи и кодировки основной (первоначальной) причины смерти, т.е. того заболевания, травмы или состояния, которые явились началом цепи патологических процессов, приведших к смерти.

Строка "г)" предназначена для записи и кодировки внешних причин, приведших к смерти.

Часть 2 предназначена для записи и кодировки прочих важных заболеваний и состояний, способствовавших смерти, но не связанных непосредственно с основной (первоначальной) причиной смерти. Например, объем и дата хирургического вмешательства, срок беременности и прочее.

В случаях смерти от заболеваний для записи причин смерти используются только первые три строки: "а)", "б)" и "в)", а строка "г)" остается свободной.

Кодированию подлежит только основная (первоначальная) причина смерти.

В случаях смерти от травм, отравлений их вид или характер, а также цепь патологических процессов, приведших к смерти, указываются в строках "а)", "б)", "в)" соответственно, а внешняя причина - в строке "г)".

В этом случае кодированию подлежат две строки: одна строка, где указывается основная (первоначальная) причина смерти от травмы, отравления по ее виду или характеру (XIX класс МКБ-10), вторая строка - это всегда строка "г)", где указывается внешняя причина травмы или отравления (XX класс МКБ-10).

Если не удастся установить полностью или частично цепь патологических процессов, приведших к смерти, то запись основной (первоначальной) причины смерти указывается в строке "а)", когда собственно заболевание, травма явились основной (первоначальной) причиной смерти.

Если установлен частичный механизм патологических процессов, приведших к смерти, запись заканчивается в строке "б)".

В каждой строке указывается только один диагноз, а строки заполняются сверху вниз.

Пример 1. 1) а) Гнойный менингит.

б)

в)

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Бактериальный менингит неуточненный" (G00.9).

Пример 2. 1) а) Пневмония.

б) Корь.

в)

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Корь, осложненная пневмонией" (B05.2).

Пример 3. 1) а) Уремия.

б) Атеросклеротический нефросклероз.

в) Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек.

г)

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Гипертоническая болезнь с преимущественным поражением почек с почечной недостаточностью" (I12.0).

Пример 4. 1) а) Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда.

б)

в)

г)

2) Генерализованный атеросклероз.

При кодировке основной причиной смерти считается "Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда" (I21.0).

При кодировке основной причины смерти учитываются все критерии, характерные для каждой частной патологии.

Так, в случае смерти по причине травмы указывается точная локализация, вид или характер травмы. В строках: "а)", "б)", "в)" указывается цепь причин, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строке "г" указывается внешняя причина смерти.

Пример 5. 1) а) Травматический отек головного мозга.

б) Закрытый перелом основания черепа.

в)

г) Нападение на улице с применением тупого предмета.

2)

При кодировке основной причиной смерти считается "Перелом основания черепа, закрытый" (S02.10). Одновременно проставляется второй код по внешней причине "Нападение на улице с применением тупого предмета" (Y00.4).

Пример 6. 1) а) Сепсис.

б) Хронический остеомиелит бедренной кости.

в) Последствия перелома правого бедра.

г) Последствия падения с балкона квартиры.

2) Сахарный диабет инсулиннезависимый.

При кодировке основной причиной смерти считается "Последствия перелома бедра" (T93.1) и указывается код в строке "в)". Одновременно указывается второй код внешних причин "Последствия других несчастных случаев" (Y86.9) в строке "г)".

Понятие "последствия" включает состояния, описанные как таковые или как отдаленные проявления, развившиеся через год или более после произошедшего события.

Пример 7. 1) а) Травматический шок.

б) Множественные переломы костей скелета, разрывы внутренних органов.

в)

г) Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом.

2) Беременность 28 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Другие уточненные травмы с вовлечением нескольких областей тела" (T06.8), а по внешней причине "Лицо, находившееся в автобусе и пострадавшее при его столкновении с поездом" (V75.6).

При кодировке основной причины смерти учитываются все критерии, характерные для каждой частной патологии.

Так, в случае смерти по причине травмы указывается точная локализация, вид или характер травмы. В строках: "а)", "б)", "в)" указывается цепь причин, приведших к смерти, по характеру травмы, а в строке "г" указывается внешняя причина смерти.

В случае смерти беременной, роженицы, родильницы записи производятся следующим образом.

В случае смерти в результате акушерских осложнений беременности, родов или послеродового периода, а также в результате медицинских вмешательств, неправильного ведения родов и прочее, сведения о причине смерти указываются в части 1 в строках "а)", "б)", "в)".

Запись должна четко указывать на связь с беременностью, родами, послеродовым периодом и отражать характерную патологию для каждого периода, в котором наступила смерть. Например: "Угрожающий аборт на 20-ой неделе беременности", "Острая сердечная недостаточность при анестезии во время родов", "Послеродовой сепсис".

Пример 8. 1) а) Кровотечение.

б) Афибриногенемия.

в) Медицинский аборт.

г)

2) Беременность 10 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Медицинский аборт, осложнившийся кровотечением" (O04.6).

Пример 9. 1) а) Тромбоэмболия легочной артерии.

б) Тромбоз глубоких вен дородовый.

в)

г)

2) Беременность 32 недели.

При кодировке основной причиной смерти считается "Глубокий флеботромбоз во время беременности" (O22.3).

В случае смерти беременной, роженицы или родильницы от ранее протекавшей болезни или болезни, возникшей в период беременности (сахарный диабет, сердечно-сосудистое заболевание, туберкулез и др.), руководствоваться следующим.

Если болезнь не связана с непосредственной акушерской причиной, но отягощена физиологическим воздействием беременности или отягощается течение беременности, сведения о причине смерти записываются в части 1 в строках "а)", "б)", "в)", но при этом в части 2 производится запись о беременности и ее сроке.

Во всех случаях смерти после родов (в период до 1 года) в части II производится запись: послеродовой период (указать количество дней).

Пример 10. 1) а) Отек легких.

б) Митральный стеноз (ревматический).

в)

г)

2) Беременность 28 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Болезни системы кровообращения, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период" (O99.4).

Пример 11. 1) а) Острая дыхательная недостаточность.

б) Правосторонняя вирусная бронхопневмония.

в) Грипп (вирус не идентифицирован).

г)

2) Беременность 40 недель.

При кодировке основной причиной смерти считается "Болезни органов дыхания, осложняющие беременность, деторождение и послеродовой период" (O99.5).

В пункте 18 подчеркивается соответствующий заголовок.

Материнская смерть определяется как обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации) смерть, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее разрешения от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Поздняя материнская смерть определяется как смерть женщины от непосредственной акушерской причины или причины, косвенно связанной с ней, наступившая в период, превышающий 42 дня после родов, но менее чем 1 год после родов.

В пункте 19-20 указывается наименование медицинской организации или фамилия, имя, отчество физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, выдавших медицинское свидетельство о смерти, их почтовый адрес.

43. Медицинское свидетельство о смерти заверяется круглой печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой и подписью медицинского работника, оформившего свидетельство.

44. Записи в корешке медицинского свидетельства о смерти должны полностью соответствовать аналогичным записям самого свидетельства.

Для детей, умерших до 1 года:

в пункте 5 указывается дата рождения;

в пункте 6 указывается дата смерти, число месяцев и дней жизни;

в пункте 7 указывается место рождения с указанием наименования медицинской организации и его адреса;

в пункте 8 указывается полная фамилия, имя, отчество матери.

45. Получатель отрывного медицинского свидетельства о смерти расписывается в его получении в корешке свидетельства.

4. Заполнение и выдача медицинского свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-12)

46. Регистрация мертворождения и смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни в регистрирующих органах производится на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти (форма № 106-2/у-07).

47. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется всеми медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой, на каждый случай мертворождения или смерти ребенка на первой неделе жизни (от 0 до 7 суток или 168 часов после рождения), с массой тела 500 грамм и более (если масса тела при рождении не известна, при длине тела 25 см и более или гестационном сроке беременности 22 недели и более).

48. Каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, регистрируется в регистрирующих органах не позднее пяти суток с момента мертворождения или наступления смерти новорожденного:

1) медицинской организацией, где произошло мертворождение или наступила смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни;

2) медицинской организацией, медицинским работником которые констатировали мертворождение или смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни, вне медицинской организации;

3) физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, констатировавшим мертворождение или смерть новорожденного, умершего на первой неделе жизни, вне медицинской организации;

4) центром судебной медицины при судебно-медицинской экспертизе.

49. В случае смерти новорожденного в течение 168 часов после родов на основании медицинского свидетельства о рождении новорожденный регистрируется в регистрирующих органах сначала как родившийся, а затем на основании медицинского свидетельства о перинатальной смерти как умерший.

50. Для регистрации мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, в регистрирующие органы представляется учетная форма первичной медицинской документации № 106-2/у-12 "Медицинское свидетельство о перинатальной смерти", удостоверяющая факт мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

51. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется врачом, в случае его отсутствия - средним медицинским работником.

52. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется всеми медицинскими организациями или физическими лицами, занимающимися частной медицинской практикой на каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

53. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти не оформляется заочно, без личного установления врачом (средним медицинским работником) факта мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни.

54. При многоплодных родах медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется на каждый случай мертворождения или смерти новорожденного, умершего на первой неделе жизни, в отдельности.

55. В случае произведения вскрытия в централизованном патологоанатомическом отделении медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия с учетом его результатов.

Для регистрации в регистрирующих органах медицинское свидетельство о перинатальной смерти передается в те медицинские организации, откуда доставлены мертворожденные или новорожденные, умершие на первой неделе жизни.

56. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти направляется в регистрирующие органы с отметкой "предварительное", "взамен предварительного", "окончательное" или "взамен окончательного".

57. В случае необходимости получения дополнительных сведений о причинах смерти допускается выдача предварительного медицинского свидетельства о перинатальной смерти с отметкой "предварительное". В последующем оформляется новое свидетельство с дополненными сведениями, которое с отметкой "взамен предварительного" направляется непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, где выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи.

58. В случае выдачи медицинского свидетельства о перинатальной смерти с отметкой "окончательное", но при установлении в дальнейшем дополнительных уточняющих сведений, оформляется новое свидетельство с дополненными сведениями и с отметкой "взамен окончательного" направляется непосредственно в территориальный орган статистики, а его копия в территориальный регистрирующий орган медицинской организацией или физическим лицом, занимающимся частной медицинской практикой, где выдано предыдущее свидетельство с указанием его номера и даты выдачи.

59. Номер и серия медицинского свидетельства о перинатальной смерти, дата его выдачи, причина смерти, регистрирующий орган, где произведена регистрация, номер и дата записи акта перинатальной смерти или рождения указываются в

соответствующих учетных формах первичной медицинской документации: в случае мертворождения - №096/у "История родов", в случае перинатальной смерти - №097/у "История развития новорожденного".

60. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти оформляется патологоанатомом в день вскрытия, клинические данные о патологии матери, ребенка (плода) во время беременности и родов берутся из медицинской документации (история родов - ф. № 096/у, история развития новорожденного - ф. № 097/у).

61. Пункты 1-5 заполняются с учетом сведений из истории родов. Указывается ФИО умершего ребенка (мертворожденного), его пол (если пол не определен, указывается пол по желанию родителей), дата и время рождения умершего в перинатальном периоде или мертворождения, дата и время перинатальной смерти (в случае мертворождения - не заполняется). Указывается место смерти ребенка (мертворожденного): адрес (республика, область, район, город, село) и место, где произошла смерть (стационар, дом или другое место).

62. В пунктах 6-12 указываются сведения о матери:

Ф.И.О. матери, год рождения, национальность (в соответствии с документами, удостоверяющими личность). Сведения о семейном положении матери, в отношении состоящих в браке - на основании свидетельства о браке или с ее слов записывается дата заключения брака (регистрации в регистрирующих органах) и указывается фамилия, имя, отчество мужа. При этом путем подчеркивания соответствующего текста: "на основании записей в свидетельстве о браке" или "со слов матери" указывается источник информации. Если мать указанных сведений не сообщает, то следует подчеркнуть "не состоит в браке".

Место постоянного жительства матери умершего ребенка (мертворожденного), образование. Указывается место работы матери и ее занятие (должность или выполняемая работа). При заполнении этого пункта следует указать полное название предприятия, учреждения или организации. В том случае, если мать не работает, следует указать источник существования (находится на иждивении мужа, отца и т.д.).

63. В пунктах 13-23 указываются сведения о предыдущих беременностях, о сроках, течении и осложнениях данной беременности и родов.

64. В пунктах 24-30 указываются сведения о ребенке, вносимые из истории родов.

65. Полная и детальная форма записи причины перинатальной смерти необходима для того, чтобы определить истинную причину перинатальной смертности.

Медицинское свидетельство о перинатальной смерти составляется в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения и предусматривает запись как причин смерти ребенка (плода), так и патологии со стороны материнского организма, оказавшей неблагоприятное воздействие на плод.

Запись причины смерти ребенка (мертворожденного) производится в пяти разделах пункта 31 и кодировка по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10):

обозначенных буквами от "а" до "д":

в строку "а" вносится основное заболевание или патологическое состояние новорожденного (плода), обусловившее наступление смерти;

в строку "б" - другие заболевания или патологические состояния у ребенка (плода), способствующие наступлению смерти;

в строку "в" - основное заболевание (или состояние матери), которое оказало наиболее выраженное неблагоприятное воздействие на новорожденного (плод);

в строку "г" записываются другие заболевания матери (или состояние матери, последа), которые могли способствовать смерти ребенка (плода);

строка "д" предусмотрена для констатации обстоятельств, которые оказали влияние на наступление смерти, но не могут быть классифицированы как болезнь или патологическое состояние матери или ребенка. В этой строке могут быть записаны операции, оперативные пособия, предпринятые с целью родоразрешения.

В строку "а" и "в" записывается только один диагноз. Если установить заболевание (состояние) матери или состояние последа, которые могли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), не представляется возможным, в строках "в" и "г" записывается - "не известны", "не установлены".

При смерти от внешней причины в строке "а" указывается непосредственная причина смерти ребенка, например, переохлаждение, ожог, закупорка дыхательных путей пищей, перелом свода черепа, в строке "в" - обстоятельства, вызвавшие непосредственную причину смерти.

66. Следующие примеры иллюстрируют порядок записи причины перинатальной смерти и отбора их для статистической разработки:

1) Женщина с резус-отрицательной группой крови до беременности страдала ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. Во время беременности явлений декомпенсации не наблюдалось. При сроке беременности 12 недель появились антитела, титр которых нарастал. Самопроизвольные роды в 35 недель мертвым плодом. Сердцебиение плода перестало прослушиваться с началом родовой деятельности.

Запись о причине мертворождения:

а) гемолитическая болезнь

б) ---

в) резус-отрицательная кровь у матери с высоким титром антител

г) ревматический порок сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана.

д) ---

Для шифровки отбираются: гемолитическая болезнь, обусловленная резус-несовместимостью.2) Женщина до наступления беременности страдала мочекаменной болезнью и хроническим пиелонефритом. Во время 1-ой половины беременности было обострение пиелонефрита. При сроке беременности 38 недель повторное обострение пиелонефрита с высокой температурой. На 1-е сутки заболевания констатирована внутриутробная смерть плода. На 2-е сутки - самопроизвольные роды мертвым плодом с массой 2600 грамм. На вскрытии - антенатальная асфиксия на фоне гипотрофии.

Запись о причине мертворождения:

а) антенатальная асфиксия

б) внутриутробная гипотрофия

в) хронический пиелонефрит

г) почечно-каменная болезнь

д) ---

Для шифровки отбираются: антенатальная асфиксия, хронический пиелонефрит.

3) Женщина, 21 года, в анамнезе один медицинский аборт. Беременность протекала без осложнений. Размеры таза нормальные. Во 2-ом периоде родов зарегистрирована слабость родовой деятельности, произведена родостимуляция. В связи с начавшей гипоксией плода наложены полостные щипцы. Извлечен мертвый мальчик, рост 53 см, масса 3500 грамм. Меры реанимации эффекта не дали.

На вскрытии: разрыв намета мозжечка, кефалогематома.

Причины перинатальной смерти:

а) родовая травма

б) начавшаяся асфиксия

в) слабость родовой деятельности

г) ---

д) родостимуляция, полостные щипцы.

Для шифровки отбираются: родовая травма, слабость родовой деятельности.

4) У женщины с гестозом беременных произведено кесарево сечение в 32 недели беременности в связи с кровотечением из-за предлежания плаценты. Извлеченный ребенок с массой тела 1480 граммов умер через 16 часов. На вскрытии установлена болезнь гиалиновых мембран. В свидетельстве указывается:

а) болезнь гиалиновых мембран

б) недоношенность

в) предлежание плаценты

г) гестоз беременных

д) кесарево сечение

При кодировке основной причиной смерти считается "предлежание плаценты".

67. Записи на корешке медицинского свидетельства о перинатальной смерти должны полностью соответствовать аналогичным записям самого свидетельства. Дополнительно, для более детального анализа причин смерти (мертворождений) при создании регистра новорожденных, в форму вносятся сведения о матери: число посещений врача (фельдшера, акушерки), чем закончились беременности, предшествующие данной, осложнения родов (обвести соответствующие коды в тексте), медицинские и социальные факторы риска настоящей беременности, акушерские процедуры. А также сведения о ребенке: который по счету родившийся ребенок у матери, наличие критериев живорождения, оценка по шкале Апгар, осложнения периода новорожденности, врожденные аномалии. В корешок вносятся номера и даты актов записей о рождении ребенка и его смерти в случае живорождения, и номер и дата актовой записи о смерти в случае мертворождения.

68. Медицинское свидетельство о перинатальной смерти заверяется печатью медицинской организации или физического лица, занимающегося частной медицинской практикой, и подписью медицинского работника, выдавшего свидетельства. Получатель отрывного медицинского свидетельства о перинатальной смерти расписывается в его получении в корешке свидетельства.

Сноска. Приложение 3 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 001-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бекітілген № 001-3/е құжаттама	нысанды медициналық
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	

Стационарға*, күндізгі стационарға емдеуге жатқызуға**

ЖОЛДАМА

(керектісінің астын сызыңыз)

НАПРАВЛЕНИЕ

на госпитализацию в стационар*, в дневной стационар **

(нужное подчеркнуть)

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 001-5/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 001-6/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 001-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 001-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Ф о р м а 0 0 3 - 2 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 003-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 Формат А4	форматы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 025/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Медицинская Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы
карта амбулаторного пациента

№

немесе коды(или код)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) / Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____

2. ЖСН (ИИН) _____ 3. Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз) (Пол: мужской, женский (подчеркнуть)) 4. Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (день, месяц, год)

5. Телефон _____ 6. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

үйінің, қызмет тел.(домашний, служебный)

7. Науқастың мекенжайы (Адрес места жительства больного): облыс (область) _____
_____ елді мекен (населенный пункт) _____

Ауданы (район) _____ көшесі (орамы) (улица (переулок)) _____

үй № (дом №) _____ корпус _____ пәтер (квартира) № _____

8. Қызмет, жұмыс орны (Место службы, работы) _____
_____ бөлімше (отделение), цех _____

(өндірістің атауы мен сипаттамасы) (наименование и характер производства)

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____ Біреудің асырауындағы адам (иждивенец) _____

10.Қан тобы (Группа крови)_____ 11. Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____ 12. Аллергиялық реакциялар (Аллергические реакции) _____

13. "Емхананы таңдаумен келісемін" ("С выбором поликлиники согласен")

Пациенттің қолы (Подпись пациента) _____

0 2 5 / е н . а р т қ ы б е т і
разворот ф. 025/у

14. Мекенжайы мен жұмысының ауысуы (Изменение адреса места жительства и места работы) _____

15. Медициналық сақтандыру туралы деректер (Данные о медицинском страховании)

Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) _____

Сақтандыру түрі: міндетті, ерікті (керекті астын сызыңыз)(Вид страхования: обязательное, добровольное*(нужное подчеркнуть))

* Медициналық сақтандыру ерікті болған жағдайда сақтандыру компаниясының атын көрсетіңіз (При добровольном виде медицинского страхования

– указать название страховой компании)

16. Диспансерлік қадағалауға алынды (Взят(а) на диспансерное наблюдение)

Есепке алынған күні Дата взятия на учет	Қандай себеппен По поводу	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Есептен шығарылған күні Дата снятия с учета	Шығарылу себебі Причина снятия	Күні мекенжайы мен жұмысының ауысуы Дата изменения адреса места жительства и места работы	Ж а ң а мекенжайы (жаңа жұмыс о р н ы) Новый адрес места жительства (новое место работы)

№ 0 2 5 / е н . 2 б е т і

стр.2 ф.№ 025/у

Қаралу мерзімі (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год) обращения	Арнаулы мамандардың консультациясын есепке алуға арналған жыл сайынғы диспансерлеу парағы			
	Лист ежегодной диспансеризации для учета консультаций узких специалистов			
	Қорытынды (анықталған) диагноздар Заключительные (уточненные) диагнозы	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	Бірінші рет қойылған диагноздар (+ белгіленсін) Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Дәрігердің қолы (тегіңізді анық жазыңыз) Подпись врача (фамилию писать разборчиво)
1	2		3	4

Қаралу мерзімі (күні, айы, жылы)	Қорытынды (анықталған) диагноздарды жазу парағы			
	Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов			
	Қорытынды (анықталған)		Бірінші рет қойылған диагноздар (+	Дәрігердің қолы (тегіңізді анық

Дата (число, месяц, год) обращения	диагноздар Заключительные (уточненные) диагнозы	10-АХЖ коды (код по МКБ-10)	(белгіленсін) Впервые установленные диагнозы (отметить +)	жазыңыз) Подпись врача (фамилию писать разборчиво)
1	2		3	4

№ 0 2 5 / е . н . 3 , 4 б е т т е р і

стр. 3.4 ф. №025/y

Қаралған күні Дата посещения	Амбулаторияда, үйінде (жазыңыз) Амбулаторное, на дому (вписать)	Науқастың шағымы, объективті деректер, аурудың ағымы мен диагнозы, дәрігерлер мен кеңесшілердің қолы Жалобы больного, объективные данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов	Тағайындалымдар мен еңбекке жарамсыздық парағы берілгені туралы белгілер Назначения и отметки о выдаче листка нетрудоспособности
1	2	3	4

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қ о с ы м ш а п а р а ғ ы

Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Онкотексеру парағы/Лист онкоосмотр

№	Ауыздықтау / Локализации	Нәтижесі (нөмірде-Н. Ауытқулар табылған жағдайда жазбалар кестетен тыс жазылады)/ Результат (в норме-Н. При выявленных отклонениях запись делается отдельно вне таблицы)	Өткен күні (2016 жыл)/ Дата прохождения (2016 год)	Өткен күні (2017 жыл)/ Дата прохождения (2017 год)	Өткен күні (2018 жыл)/ Дата прохождения (2018 год)	Өткен күні (20__ жыл)/ Дата прохождения (20__ год)
1	Ауыз қуысы/ Полость рта					
2	Тері/Кожные покровы					
3	Шеткі лимфалық түйіндер / Периферические лимфатические узлы					

4	Қалқанша безі / Щитовидная железа					
5	Сүт бездері (емшек бездері)/ Молочные железы (грудные железы)					
6	Жыныс мүшелері / Половые органы					
7	Тік ішек / Прямая кишка					

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қ о с ы м ш а п а р а ғы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Диспансерлік есептегі амбулаторлық пациенттің медициналық картасына жапсырма
п а р а қ
Вкладной лист к медицинской карте амбулаторного пациента,
находящегося на диспансерном учете
С а т ы л ы қ э п и к р и з
Этапный эпикриз

1. Ауыруы(Болен с) _____ жылдан (года)
бастап

2. Диспансерлік есепте (Состоит на диспансерном учете с) _____
жылдан (года) бастап тұр.

3. Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____
_____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10)

4. Қосымша сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____
_____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10)

5.Сырқатының биылғы ағымының сипаты мен диспансерлеудің тиімділігі:

(Характеристика течения заболевания в текущем году и эффективность диспансеризации):

а) (выздоровление)	жазылды	1) (обострений не было)	өршу	болмады
б) (улучшение)	жақсарды	2) (было обострение (указать сколько))	өршіді (қанша рет,	көрсетіңіз)
в) (без перемен)	өзгеріссіз			
г) (ухудшение)	нашарлады			
д) (резкое ухудшение)	күрт нашарлады			
е) (смерть)	қайтыс болды			

6.Жақсаруының немесе нашарлауының себебі (Причины улучшения или ухудшения)

7.Жұмысқа орналасуы (ДКК, МӘСК арқылы, керекті астын сызып, жұмысқа орналасу сипатын жазыңыз)

(Трудоустройство (через ВКК, МСЭК, нужно подчеркнуть и вписать характер трудоустройства)) _____

8. Еңбекке жарамсыздық күндерінің саны (Количество дней нетрудоспособности)

20__жылғы(года)_____20__жылғы(года)_____20__
жылғы(года)_____

9. Қосалқы сырқаттары салдарынан еңбекке жарамсыздық күндерінің саны

(Количество дней нетрудоспособности по сопутствующему заболеванию) _____

Емдеу жүргізілді (Проведенное лечение) _____

- - - - -

- - - - -

1. Санаторийлік-курорттық емдеу(Санаторно-курортное лечение) _____

2. Стационарлық емдеу (Стационарное лечение) _____

3. Объективті деректер бойынша динамика (Динамика по объективным данным)

4. Басқа деректер (АҚК профилі) (Прочие данные (профиль АД))

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) және қолы (Ф. И. О. (при его наличии) и подпись врача) _____

20 жылға – емдеу-профилактикалық іс-шараларының
ж о с п а р ы
П л а н
лечебно-профилактических мероприятий 20__года

Р/ с № п/ п	Тексерулер және консультациялардың атауы Наименование обследований и консультаций	Орындалу мерзімі Срок исполнения	Орындалуы Исполнено
1	2	3	4
1.	Белгіленетін тексеру және консультация: Намечаемые обследования и консультации:		
	Қан талдауы: клиникалық, холестерин, билирубин, белок және белок фракциялары, қант, протромбин, сиал қышқылы, с – реактивті белок, қалдық азот, фибриноген, трансаминазалар, амилаза; Анализ крови: клинический, холестерин, билирубин, белок и белковые фракции, сахар, протромбин, сиаловая кислота, С-реактивный белок, остаточный азот, фибриноген, трансаминазы, амилаза;		
	Зәр талдауы: жалпы, диастазаға, Зимницкий сынамаcы, өт пигменттеріне, қ а н т қ а ; Анализ мочи: общий, на диастазу, проба Зимницкого, на желчные пигменты, сахар;		
	Қақырық талдауы: жалпы, демікпе элементтері, ВК, типсіз клеткалар, флораға, антибиотиктерге сезімталдығын анықтау; Анализ мокроты: общий, элементы астмы, ВК, атипичные клетки, флору, определение чувствительности к антибиотикам;		
	Нәжіс талдауы: жалпы, жасырын қанға; Анализ кала: общий, на скрытую кровь;		
	Асқазан сөлінің талдауы: фракциялармен, ұлтабарды сүңгімен зерттеу; Анализ желудочного сока: фракционно, дуоденальное зондирование		
	Р-скопия: өкпе, жүрек, асқазан, ішекті, холецистография; Р-скопия: легких, сердца, желудка, кишечника, холецистография		

	ӨкпеR-графиясы, ЭКГ, ФКГ. Көз түбін зерттеу, ЛОР, тіс дәрігері, хирург, ревматолог, эндокринолог, терапия бөлімі меңгерушісінің, невропатологтың, ЭКГ дәрігерінің, фтизиатрдің, онкологтың, рентгенологтың кеңесі. R-графия легких, ЭКГ, ФКГ. Исследование глазного дна, консультация ЛОР, стоматолога, хирурга, ревматолога, эндокринолога, заведующего терапевтическим отделением, невропатолога, врача ЭКГ, фтизиатра, онколога, рентгенолога.		
2.	Амбулаторлық және стационарлық емделуі (дәрі-дәрмекпен, оперативті, т.б.) курс ұзақтығы, мөлшерлері Амбулаторное и стационарное лечение (медикаментозное, оперативное и т.д.), длительность курса, дозы		
3.	Ауру қайталанбау үшін жүргізілетін ем, оның әдістемесі мен мерзімі Противорецидивное лечение, его методика и сроки		
4.	Жұмысқа орналастыру Трудоустройство		
5.	Емдәмдық тағам, санаторийлік-курортлық емдеу (ұсынылған және тиым салынған тамақты көрсетіңіз, ұсынылған санаторлық емделу мен физיותרapia, ЕДШ) Диетическое питание и санаторно-курортное лечение (указать рекомендуемую и запрещаемую пищу, рекомендуемые виды санаторного лечения и физиотерапию, ЛФК)		
6.	Басқа іс-шаралар Прочие мероприятия		

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____.

1. КК – дәрігер-консультативтік комиссиясы

ВКК – врачебно-консультативная комиссия

2. МӘСК – медициналық-әлеуметтік сараптама комиссиясы

МСЭК – медико-социальная экспертная комиссия

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Амбулаториялық науқастың №_____ медициналық картасының
жа п с ы р м а п а р а ғ ы
Вкладной лист к медицинской карте №_____ амбулаторного больного
(офтальмологиялық бейінді медицина ұйымдары мен бөлімшелері үшін)
(для медицинских организаций и отделений офтальмологического профиля)

Шағым, ауруын анамнез _____

Ж а л о б ы , а н а м н е з з а б о л е в а н и я

OD

К ө з д і ң

Острота зрения

С ы н у ы

Рефракция

К І Қ

ВГД

Қ о с а л қ ы

Придаточный аппарат

А л д ы ң ғ ы

Передний отрезок

С ы н у

Преломляющие среды

OS

ө т к і р л і г і

а п п а р а т

к е с і н д і с і

о р т а с ы

1. КІҚ – көз ішінің қысымы

ВГД –внутриглазное давление

Көз түбі

глазное дно

Диагнозы: _____

Диагноз

- - - - -

Дополнительные данные

Ұсыныстар:

Рекомендации:

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қ о с ы м ш а п а р а ғ ы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Амбулаториялық пациентінің медициналық картасының жасөспірімнің жапсырма
п а р а ғ ы

Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного пациента
Дата заполнения карты _____ 20__ года

№ или код

Туған күні (Дата рождения) _____

— — — — — — —
күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть))

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Жасөспірімнің мекенжайы (Адрес места жительства подростка) _____

— — — — — — —

Кәсіпорынның (оқу орнының) аты (Названия предприятия (учебного заведения))

— — — — —

— — — — —

Кәсіпорынға (оқу орнына) түскен уақыты (Время поступления на предприятие (в учебное заведение)) _____

Кәсібі (Профессия) _____ Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания)

— — — — —

Ата-анасының аурулары (туберкулез, алкоголизм, психикалық сырқаттар) (Болезни родителей (туберкулез, алкоголизм, психические расстройства)) _____

Өз отбасында, жатақханада тұрады (Живет в семье, общежитии) _____

тамақтануы(питание) _____

Жұмыс күнінің (Продолжительность рабочего дня) _____

_____ кезектің (смены) ұзақтығы _____

Дене шынықтыру мен спортпен шұғылдануы (ұдайы, кездейсоқ) (Занятия физкультурой и спортом (систематические, случайные))_____

— — — — — — — —

Медициналық тексеру деректері
Данные медицинских обследований

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Салмағы (Вес).....			
Бойы (Рост).....			
Тұрғанда (стоя)			
Отырғанда (сидя).....			
Кеуде-шеңберінің өлшемі (Окружностьгрудной клетки).....			
дем алғанда (вдох).....			
дем шығарғанда (выдох).....			
аралықта (пауза).....			
Ж ы н ы с т ы қ д а м у ы (Половое развитие).....			
Р А х М а М е .			
Мүшелерінің кемшілігі			
Физические недостатки.....			
Субъективті шағымдары			
Субъективные жалобы.....			
Терісі, тері асты клетчаткасы, жылбысқы қабықтары			
Кожа, подкожная клетчатка и слизистые			
Сүйек-бұлшық ет жүйесі			
Костно-мышечная система			

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Л и м ф а б е з д е р і Лимфатические железы			
А у ы з к у ы с ы Полость рта			
А с қ о р ы т у а ғ з а л а р ы Органы пищеварения			
Т ы н ы с а л у а ғ з а л а р ы Органы дыхания			
Қ а н а й н а л у а ғ з а л а р ы (қ а н қ ы с ы м ы) Органы к р о в о о б р а щ е н и я (кровяное давление)			

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Н е с е п - ж ы н ы с а ғ з а л а р ы Мочеполовые органы			
Э н д о к р и н д і к ж ү й е Эндокринная система			
Ж ү й к е ж ү й е с і Нервная система			
Психика			
К ө р у а ғ з а л а р ы Органы зрения			
Жоғарғы тыныс жолдары мен есту а ғ з а л а р ы Верхние дыхательные пути и органы слуха			

	Бірінші тексеру Первое обследование	Екінші тексеру Второе обследование	Үшінші тексеру Третье обследование
Флюорография және рентгенологиялық зерттеу д е р е к т е р і Данные флюорографии и рентгенологических исследований			

Пирке	реакциясы			
Реакция Пирке				
Манту	реакциясы			
Реакция Манту				
Зертханалық	зерттеулер			
Лабораторные исследования				
Диагноз				
Дене шынықтыру сабағына жіберілді (тобы)				
Допущен к занятиям по физкультуре(группа)				
Дәрігердің	тағайындалымдары			
Назначения врача				
Дәрігердің	қолы			
Подпись врача				

Сауықтыру шаралары

Оздоровительные мероприятия

(санаторийге, демалыс үйіне жіберу, емдәм тағамдарын берілуі, басқа жұмысқа ауыстырылуы және сауықтыру іс-шараларының басқа түрлері)
(направление в санатории, дома отдыха, представление диетпитания, перевод на другую работу и прочие виды оздоровительных мероприятий)

Іс-шаралардың атауы Название мероприятий	КҮНІ ДАТА	
	тағайындаулар (назначения)	орындалуы (выполнения)
1- тексерілуі (1-е обследование)		
2- тексерілуі (2-е обследование)		
3- тексерілуі (3-е обследование)		

Амбулаториялық пациенттің
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного больного

Екпе қабылдаушының (ата-ана) ақпараттық келісімі
Информированное согласие

Екпе күні Дата прививки	Түсіндіру күні Дата разъяснения	Келісемін/келіспеймін (астын сызу) Согласен/не согласен (подчеркнуть)

Ата-ана/қамқоршы Подпись родителя/опекуна	қолы	Ескерту Примечание

Амбулаториялық науқастың

медициналық картасының қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте

амбулаторного пациента

Рентген зерттеулері кезінде дозалық жүктемелерді есептеудің*

Қосымша парағы

Вкладной лист

учета дозовых нагрузок при рентгеновских исследованиях*

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Р/с № № п/п	Күні Дата	Зерттеу түрі Вид исследования	Бір зерттеу үшін тиімді эквивалентті доза (мЗв) Эффективно эквивалентная доза за одно исследование (мЗв)

Рентгенолог-дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии) врача-рентгенолога) _____ қолы
(подпись)

*Парақ стационарлық (амбулаториялық) науқастың медициналық картасына немесе баланың даму тарихына жапсырылады (Лист вклеивается в медицинскую карту стационарного (амбулаторного) больного или историю развития ребенка)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Зональдық реография
Зональная реография

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Сырқатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (амбулаторной карты)

_____ бөлім (отделение)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.) (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения) _____

Диагнозы _____

Ж е л д е т у :

Вентиляция:

оң өкпе (правое легкое) - %

сол өкпе (левое легкое) - %

Қ а н ж ү р у і :

Кровоток:

оңөкпе (правое легкое) - %

сол өкпе (левое легкое) - %

Қ о р ы т ы н д ы :

Заключение:

- - - - -

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О.) (при его наличии)

Қолы (Подпись) _____

		Амбулаториялық	науқастың
мединалық	картасының	қосымша	парағы
Вкладной	лист	к	медицинской
амбулаторного	пациента		карте

Пациенттің тексеріліп-қаралуға, амбулаториялық емдеуге, стационарлық емдеуге (керегінің астын сызыңыз) Ақпараттық келісімі информированное согласие пациента на обследование, амбулаторное лечение, стационарное лечение (нужное подчеркнуть)

Пациент: _____,

(пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) – толық жазу) (Ф.И.О.(при его наличии) пациента – полностью)

Туған күні (Дата рождения): ____/____/____ (туған күні, айы, жылы) (число, месяц, год рождения)

Келісім беремін(Даю свое согласие на проведение): өзіме/ балама/ туысыма/ камқорыма (астын сызыңыз) (себе/ребенку/родственнику/подопечному (подчеркнуть):

тексеріліп-қарауға (обследования в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

амбулаториялық емдеуге (амбулаторного лечения в)

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

стационарлық емдеуге (стационарного лечения в) _____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

1. Мен өзімнің жағдайым (баланың, туыстың, қамқордың жағдайы) туралы, тексеріліп-қаралу, емдеу, емдеуге жатқызу қажеттілігі (керекті астын сызыңыз) туралы хабардармын. (Я информирован(а) о своем состоянии (состоянии ребенка, родственника, подопечного), о необходимости обследования, лечения, госпитализации (нужное подчеркнуть).

2. Мен мемлекеттің тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінен тыс қосымша қызметтерді, дәрілік заттарды және медициналық мақсаттығы бұйымдарды жеке қаражат, ерікті сақтандыру немесе басқа рұқсат берілген көздердің есебінен ұсынылатындығы туралы ескертілдім. (Я уведомлен(а) о том, что дополнительные услуги, лекарственные средства и изделия медицинского назначения сверх

гарантированного объема медицинской помощи государством, предоставляются за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных источников).

3. Маған түсінікті түрде тексеріліп-қаралудың және емдеудің мақсаты мен балама әдістері, сондай-ақ менің тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту себептерімнен мүмкін болатын салдар түсіндірілді. (Мне в доступной форме разъяснена цель и альтернативные методы обследования и лечения, а также возможные последствия моего отказа от обследования и лечения).

4. Мен диагноз және емдеу туралы балама пікір алу үшін басқа дәрігерге/ басқа ұйымға жүгіну құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве обратиться к другому врачу/ в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении).

5. Маған денсаулыққа тәуекел келтіретін жағдайлар туралы хабарлағанда және ұсынылған әрекеттерден жазбаша бас тартуға қол қойып, тексеріліп-қаралудан және емделуден бас тарту құқығым бар екенін білемін. (Я знаю о праве отказаться от обследования и лечения при информировании меня о рисках для здоровья и подписании мной письменного отказа от предложенных вмешательств).

Мен (Я) _____

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

(келесі медициналық араласуларды жүргізуге ерікті түрде келісім беремін (оперативті емдеу, қан және оның компоненттерін құю, медициналық араласуларға анестезиологиялық қамтамасыз ету және басқа да емшаралар мен манипуляциялар))(даю добровольное согласие на проведение следующих видов медицинского вмешательства (переливание крови и ее компонентов, оперативное лечение, анестезиологическое обеспечение медицинского вмешательства и других процедур и манипуляций)):

6. Менің емімді менің емдеу дәрігерім үйлестіретінін білемін (Я знаю о том, что мое лечение координируется моим лечащим врачом).

7. Мендегі (баладағы, туыстағы, қамқордағы) бар және маған белгілі денсаулық проблемалары, аллергиялар, жақпайтын дәрі-дәрмектер, өткен немесе осы уақыттағы инфекциялық гепатиттің, туберкулездің, венерологиялық аурулардың (оның ішінде мерез және АИТВ-инфекциясы), сондай-ақ алкогольді асыра пайдалану және/ немесе есірткі препараттарына құмартушылық туралы дәрігерге хабарлау менің мүддемде екенін білемін. (Я знаю, что в моих интересах сообщить врачу обо всех имеющихся у меня (ребенка, родственника, подопечного) и известных мне проблемах со здоровьем, аллергиях, непереносимости лекарств, о наличии в прошлом или в настоящее время инфекционного гепатита, туберкулеза, венерических заболеваний (в том числе сифилиса и ВИЧ-инфекции), а также о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам).

8. Менде (балада, туыста, қамқоршыда) (Я сообщаю о том, что у меня (ребенка, родственника, подопечного):

Аллергия жоқ (Нет аллергии)

(Есть аллергия на): _____
аллергия бар.

(қандай дәрі-дәрмекке, тағамға аллергия барын көрсету) (указать на какие лекарства, продукты есть аллергия)

9. Дәрігердің ұсыныстарын бұзу, режимді сақтамау(Я понимаю, что нарушение врачебных рекомендаций, несоблюдение режима),

(медицина ұйымының атауы) (наименование медицинской организации)

сондай-ақ денсаулықтың жағдайы туралы ақпаратты жасыру жергілікті, жалпы асқынуларға және қолайсыз жағдайларға әкелуі мүмкін екенін түсінемін(а также сокрытие информации о состоянии здоровья может привести к местным и общим осложнениям и другим неблагоприятным последствиям).

10. Денсаулығымға қауіп келтіретін күтпеген асқынулар мен жағдайлар пайда болғанда, ол туралы маған хабарлаумен тексеріп-қарау, емдеу жоспарының тәсілін өзгертуге, сондай-ақ оны орындаудан бас тартуға келісім беремін (В случае возникновения во время обследования и лечения непредвиденных осложнений и состояний, угрожающих моему здоровью, даю согласие на изменение тактики, плана обследования, лечения, включая отказ от его выполнения, с последующим информированием меня об этом).

11. Денсаулық сақтаудың электрондық ақпараттық ресурстарын қалыптастыру мен пайдалану мақсатында пациент туралы кейіптенген мәліметтерді ұсынуға ерікті келісім беремін(Я даю добровольное согласие на предоставление сведений персонифицированного характера о пациенте с целью формирования и использования электронных информационных ресурсов здравоохранения).

12. Менің (баланың, туыстың) денсауылық жағдайы, өткізілетін тексеріп-қарау мен емдеу, олардың нәтижелері туралы кез келген ақпаратты мына адамдарға хабарлауға

рұқсат беремін (Любую информацию о состоянии моего (ребенка, родственника) здоровья, проводимом обследовании и лечении, их результатах я разрешаю сообщать следующим лицам):

Хабарлауға рұқсат берген адамның Т.А.Ә. (Ф.И.О. лица, которому вы разрешаете сообщать о ходе лечения)	Пациентке туыстық/ қарым-қатынас жақындығы (Родство/отношение к пациенту)	Телефон

13. Егер пациенттің жасы 18-ден төмен болса, жоғарыда аталған телефондар бойынша жоғарыда аталған адамдардан мен болмаған жағдайда жоғары қауіпті емдеу және диагностикалық манипуляциялар жасауға қосымша келісім алуға рұқсат беремін (Если пациент младше 18 лет, даю разрешение получать дополнительные согласия на проведение лечебных и диагностических манипуляций высокого риска при моем отсутствии у вышеуказанных лиц по вышеуказанным телефонам): ИӨ(ДА) /ЖОҚ(НЕТ) .

Мен осы құжаттың барлық тармақтарымен таныстым және олармен келісемін (Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа и согласен(а) с ними).

Қолы (Подпись): _____ Мерзімі (Дата): ____/____/201 ж. (г.) Уақыты (Время): ____с.(час) ____мин.

Егер пациенттің туысы/ қамқоршысы/ заңды өкілі толтырса (Если заполнил родственник/опекун / законный представитель пациента):

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.(при его наличии)): _____

Туыстық жақындығы (Степень родства): _____

.) ____ с. (час) ____ мин. Тегі (фамилия) қолы (подпись) мерзімі (дата) уақыты (время)

медициналық	картасының	қосымша	парағы
Вкладной	лист	к	медицинской
амбулаторного пациента			карте

[illegible]

Жалпы УК/ (АПД+күндізгі құйылыс)/Общая УФ (АПД+дневной залив)																	
АПД-дан кейінгі таңғы "Таза" салмақ/"Сухой" вес утром после АПД (құйылған диализатсыз/ без залитого диализата)																	
АД/АД	қосар алдында/ п е р е д подключением (кеш /вечер)																
	сөндірілгеннен кейін/после отключения (таң/ утро)																
Таңғы несептің жалпы көлемі/Общий объем мочи на утро (өткен тәулік үшін/за предыдущие сутки)																	
,	Қолы/Подпись м/с																

Амбулаториялық

науқастың

медициналық

картасының

қосымша

парағы

Вкладной

лист

к

медицинской

карте

амбулаторного

пациента

Физиотерапия бөлімшесінде (бөлмесінде) емделуші науқастың картасы

Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)

Стационарлық (амбул.) науқастың картасының (Карта стационарного (амбулаторного) больного)) №

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач)

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество

(при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы: ер, әйел (Пол: муж., жен.) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)

Наукас қай бөлімшеден (бөлмеден) жіберілді (Из какого отделения (кабинета)
направлен _____ бо ль н о й)

Диагнозы _____

наукас физиотерапияға қандай ауруының салдарынан жіберілді, астын сызыңыз.

(подчеркнуть заболевание, по поводу которого больной направлен на физиотерапию)

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

Ауру анамнезі (Анамнез заболевания) _____

Өмір анамнезі (Анамнез жизни) _____

Емшараны тағайындаған емдеуші дәрігер немесе физиотерапевт дәрігер (астын сызыңыз) Назначение процедуры лечащим врачом или врачом-физиотерапевтом (подчеркнуть)	Емшараның Күні атауы Дата Наименование процедуры	Саны Количество	Ұзақтығы Продолжительность	Мөлшері Дозировка

Емшараның жүргізілу орны: бөлме, таңу бөлмесі, үйінде (астын сызыңыз) (Место проведения процедуры: кабинет, перевязочная, на дому (подчеркнуть))

Физиотерапиядан басқа тағайындалған емдеу түрлері (оның ішінде дәрі-дәрмекпен) (Виды лечения, назначенные помимо физиотерапии (в том числе и медикаментозные))_

Эпикриз: _____

Физиотерапевт – дәрігер (Врач-физиотерапевт) _____

Р/с № п/п	Күні Дата	Емшараның атауы Наименование процедуры	Мөлшері Дозировка	Емшараның ұзақтығы Продолжительность процедуры	Мейіргердің қолы Подпись медсестры	Басқа белгілер Прочие отметки
1	2	3	4	5	6	7

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Емдік дене шынықтыру бөлмесінде емделушінің картасы
Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры

1.Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

1.1. ЖСН/ИИН _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Жынысы: ер, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен., (нужное подчеркнуть)

4.Науқасты жіберген бөлімше (Отделение, направившее больного) _____

5.Негізгі клиникалық диагнозы (Основной клинический диагноз) _____

6.Науқас қандай ауру салдарынан ЕДШБ-не жіберілді (Заболевание, по поводу, которого больной направлен на ЛФК) _____

7.Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

8.Функциялық сынамалар: (Функциональные пробы):

Күні Дата	Жүктегенге дейін До нагрузки			Жүктегеннен кейін После нагрузки		
	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание	Тамыр соғуы Пульс	АҚҚ АД	Тыныс алуы Дыхание
1	2	3	4	5	6	7

9.Антропометриялық деректері* (Антропометрические данные*)

Күні Дата	Б о й ы Рост		С а л мағы Вес	К е у д е Окружность грудной клетки шеңбері				Спирометрия	Динамометрия	
	Тұрғанда Стоя	Отырғанда Сидя		д е м алғанда вдох	д е м шығарғанда выдох	аралықта пауза	экскурсия		қолмен ручная	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	оң правая	сол левая
									10	11

Ескертпе:кеудені өлшеу, спирометрия өкпе сырқаттары болғанда жүргізіледі. Динамометрия, буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу артриттер болғанда жүргізіледі.

Примечание: измерение грудной клетки, спирометрия проводится при заболеваниях легких. Динамометрия, измерение объема движений по суставам проводится при артритах.

10. Буындар бойынша қозғалыс көлемін өлшеу (Измерение объема движения по суставам)

К ү н і Дата	Б у ы н Сустав	Қ о з ғ а л ы с Объем движений көлемі
1	2	3

Күні Дата	Тамыр соғуы Пульс		Субъективті деректер Субъективные данные	Күні Дата	Тамыр соғуы Пульс		Субъективті деректер Субъектив ные данные
	шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннан кейін после занятий			шұғылданғанға дейін до занятий	шұғылданғаннанкейін после занятий	
1	2	3	4	5	6	7	8

Дәрігердің қорытындысы (Заключение врача)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии))

Дәрігер – ЕДШБ (Врач –ЛФК) _____

Е Д Ш Б п а р а ғ ы

Лист ЛФК

Қозғалу саласы (Двигательная сфера) _____

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

Гониометр деректері (Данные гониометра) _____

— — — — —

— — — — —

Тағайындалымдар (Назначения): _____

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач): _____

Емдеу нәтижесі (Результаты лечения): _____

[illegible]

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
плазмаферез картасы
К а р т а
Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жыл (год) " ____ " _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____
Салмағы (Вес) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны. _____ Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы _____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен плазмаферез курсына
к ө р с е т і м б а р (с _____ ц е л ь ю
иммунокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан курс плазмафереза)

Операция жүргізуге пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента(ки) на проведение операции получено)

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия ((Инфузионно-трансфузионная терапия)

— — — — — — — —

— — — — —

Гепариндеу (Гепаринизация) _____

О п е р а ц и я н ы ң х а т т а м а с ы

Протокол операции

№					
Күні (Дата)					
Эксфузия мл/кг					
Э р . м а с с а с ы н (Реинфузия эр.массы)	р	е	и	н	ф
П л а з м а (Плазмазамещение)	а	л	м	а	с
АҚҚ (АД)	т	ы	р	у	
ЖЖС (ЧСС)					
ОВҚ (ЦВД)					
ТАС (ЧД)					
PO2					
Дене қызуы					



Қосымша орындалды (Дополнительно выполнено): _____

—

Курс бойынша плазманың жалпы эксфузиясы (Общая эксфузия плазмы) (мл) за курс

Жалпы плазма алмастыру (Общее плазмозамещение) _____

Ұсынымдар (Рекомендации) _____

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))

Қолы (Подпись) _____

Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Экстракорпоралдык гемотүзету бөлмөсү
плазманы сүзгилеу
картасы
К ар т а
плазмофльтрации
Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

№ _____

Гемосорбция (Гемосорбции)

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Наукастың Т.А.Э. (болган жагдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

больного): _____

— — — — —

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____, Жынысы (пол) _____,
Салмағы (вес) _____

Диагнозы: _____

— — — — —

Гемосорбентті өңдеу (Обработка гемосорбента) _____

Плазманы сүзгілеу _____

Операцияның басталуы (Начало операции) _____

Операцияның аяқталуы (Конец операции) _____

Тамырға жету (Сосудистый доступ) _____

Премедикация _____

Инфузиялық-трансфузиялық терапия (Инфузионно-трансфузионная терапия): _____

Гепариндеу (Гепаринизация): _____

Масса айырбастағыш құрылғы (Массообменное устройство) _____

көлем (объем) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____мл., АҚ көлемі (объем ЦК) _____мл

есептік (расчетный)

Операция кезінде науқасқа енгізілді (Во время операции больному введено): _____

Операция кезіндегі науқастың жағдайы (Во время операции состояние больного):

- - - - -

- - - - -

ОВҚ (ЦВД) _____; АҚҚ (АД) _____; ЖЖС(ЧСС) _____

Асқынулары (Осложнения) _____

Не істелді (Что сделано) _____

Дәрігер (Врач) _____

Операциялық мейірбике (Операционная медицинская сестра) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемотүзету бөлмесі
(қанның ультракүлгін сәулеленуі, қанның лазерлік сәулеленуі)
к а р т а с ы
К а р т а
(ультрафиолетового облучения крови, лазерного облучения крови)
Кабинет экстракорпоральной гемокоррекции

20__ жылға (года) " ____ " _____ күні (дата)

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного)

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____
Салмағы (Вес) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефоны _____ Жұмыс орны (Место работы) _____

Диагнозы _____

Иммундық түзету, ретүзету, детоксикация мақсатымен ҚУКСС (ҚЛС) (ЛОК (УФО))
курсына көрсетім бар (С целью иммуннокоррекции, рекоррекции, детоксикации показан
курс УФОК (ЛОК)) қан нөмірі (крови номер) _____. Операция жүргізуге
пациенттің келісімі алынды (Согласие пациента(ки) на проведение операции получено)

Қанды фотомодификациялау уақыты (Время фотомодификации крови) _____
мин(сек)

Қанды лазермен сәулелеу (Лазерное облучение крови):

Қуаты (Мощность) _____Вт (кВт), толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды ультракүлгін сәулемен сәулелеу (Ультрафиолетовое облучение крови):
қуаты (мощность) 8 Вт, толқынның ұзындығы (длина волны) _____

Қанды фотомодификациялау операциясының хаттамасы:
Протокол операции фотомодификации крови:

Күні (Дата), №					
Г е п а р и н д е у Гепаринизация					
О п е р а ц и я н ы ң Начало операции	б а с т а л у ы				
О п е р а ц и я н ы ң Конец операции	а я қ т а л у ы				
Т а м ы р ғ а Сосудистый доступ	ж е т у				
Аппарат					
Н а у қ а с т ы ң Состояние больного	ж а ғ д а й ы				
АКҚ (АД)					
Тамыр соғысы (Пульс)					
Асқынулары (Осложнения)					

Операция кезінде вена арқылы немесе экстракорпоралды қосымша енгізілді (Во
время операции дополнительно введено внутривенно или экстракорпорально):

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Инерефлексотерапия бөлмесінде емделуші науқастың процедураларын есептеу
к а р т а с ы
К а р т а
учета процедур больного, лечащегося в кабинете иглорефлексотерапии

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

Сықатнама № (№ истории болезни) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

Емдеу мерзімі (срок лечения с) _____ бастап (по) _____ 20__
жылға (года) дейін

ДИАГНОЗЫ: негізгі ауруы (ДИАГНОЗ: основного заболевания) _____

қосалқы ауруы (сопутствующего заболевания) _____

Асқыну (Осложнение) _____

Шағымы: қысқаша анамнез, объективті зерттеулер деректері, бұрын қабылдаған емі
ж ә н е о н ы ң
тиімділігі (Жалобы: краткий анамнез, данные объективного исследования, принятое
ранее лечение и его эффективность)

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Емдеу курсы: (Курслечения): _____ Барлығы (Всего) _____ процедуралар (процедур)

Барлығы (Всего) _____ нүктелер (точек)

Күні Дата	Емшараның № № процедуры	Рефлексотерапияның түрі Вид рефлексотерапии	Әсер ету әдісі Метод воздействия	Нүктелер (аймақтар) Точки (зоны)	Науқастың жағдайы Состояние больного
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				

Емдеудің нәтижелері айтарлықтай жақсарды, жақсарды, өзгеріссіз, нашарлады) (Результаты лечения: значительное улучшение, улучшение, без перемен, ухудшение) ____

Дәрігер (Врач) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Гемодиализ емшараларын есепке алу картасы/карта учета процедур гемодиализа

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым/Медицинская организация,
наблюдающая больного _____

01. ЖСН/ИНН _____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

02. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер) |_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

03. Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____
әкесінің аты(болған жағдайда)/отчество (при его наличии) _____

04. Туған күні/Дата рождения: _____/_____/_____ (кк/аа/жжжж)/(дд/мм/гггг)
05. Жынысы/Пол:

ер/мужской;

әйел/женский

06. Ұлты/Национальность _____

07. Әлеуметтік мәртебесі/Социальный статус:

қызметші/служащий;

жұмысшы/рабочий;

ауыл шаруашылығының жұмысшысы (работник сельского хозяйства),

зейнеткер/пенсионер;

оқушы/учащийся;

үй шаруасындағы әйел/домохозяйка;

жеке еңбекпен айналысатын тұлға/лицо, занятое индивидуальным трудом;

дін қызметкері/служитель культа;

жұмыссыз/безработный;

өзге/иное.

08. Тұрақты мекенжайы/Адрес постоянного места жительства: пошталық индекс/
почтовый индекс _____, обл. _____, аудан/р-он ____
_____, елді мекен/населенный пункт _____, көше/улица____
_____, үй/дом № _____, пәтер/кв. № _____, тел. _____

09. Тұрғын/Житель:

қалалық/города;

ауылдық/села

10. Жеңілдік алушылар санаты/Категория льготности:

ҰОСҚ/УВОВ;

ҰОСМ/ИВОВ;

интернационалист жауынгер/воин-интернационалист;

өзге/иное

11. Мүгедектік тобы/Группа инвалидности:

жоқ/нет;

I топ/гр.;

II топ/гр.;

III топ/гр.

12. Науқасты жолдаған ұйымның атауы/Название организации, направившей больного

13. Негізгі диагноз/Основной диагноз

_____ 10-АХЖ шифры/шифр
МКБ-10

14. Фондық аурулар/Фоновые заболевания: _____ 10-АХЖ шифры
/шифр МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр
МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр
МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр
МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр
МКБ-10

_____ 10-АХЖ шифры/шифр
МКБ-10

15. Гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом: күні/число ____
____ айы/месяц ____ жылы/год ____

16. Аталған мекемеде гемодиализ емін бастау күні/Дата начала лечения гемодиализом в данном учреждении: күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

17. Аталған мекемеде гемодиализ емін тоқтату күні/ Дата прекращения лечения гемодиализом в данном учреждении: күні/число _____ айы/месяц _____ жылы/год _____

18. Гемодиализ емін тоқтату себебі/Причина прекращения лечения гемодиализом:

трансплантация жасауға ауыстыру/перевод на трансплантацию;

басқа гемодиализ бөлімшесіне ауыстыру/перевод в др. отделение гемодиализа;

көшу/выезд;

қайтыс болу/смерть

өзге/прочее

01. Тегі/Фамилия _____ аты/имя _____

Әкесінің аты(болған жағдайда)/отчество (при его наличии) _____

02. Өткізу мерзімі/Дата проведения: ____/____/____ КК/ АА/ ЖЖЖЖ (ДД /
ММ / ГГГГ)

03. Басталуы (уақыты)/Начало (время) ____:____

04. Аяқталуы (уақыты)/Окончание (время) ____:____

05. Гемодиализ № _____ Аппарат № _____

06. Диализатор үлгісі: ағыны төмен, ағыны жоғары/Тип диализатора: низко
поточный, высоко поточный

Көлемі/размер _____ м2, өндіруші/производитель _____,

07. Гемодиализ: бикарбонатты/бикарбонатный

08. Ультрасүзгілеу бейіні/Профиль ультрафильтрации:

ОУФ (ИУФ);

УФ

Na

09. Тамыр арқылы жету әдісі/Сосудистый доступ):

A-V фистула;

протез;

катетер (уақытша, тұрақты) (временный, постоянный)

10. Антикоагулянт:

гепарин;

клексан;

фраксипарин

10.1 мөлшер/доза _____ БІРЛІК/ЕД

10.2 тәсілі/способ

жалпы (общая);

мөлшерлі (дозированная);

өңірлік (региональная)

11. Қанағым жылдамдығы/Скорость кровотока _____ мл/мин. Диализат ағынының жылдамдығы/Скорость потока диализата _____ мл/мин

12. ГД белгіленген уақыты/Назначенное время ГД _____ сағат (ч.) ГД тиімді уақыты /Эффективное время ГД _____ сағат (ч.)

13. Құрғақ салмағы/Сухой вес _____,

12.1 ГД дейінгі салмақ/вес до ГД _____,

12.2 ГД кейінгі салмақ/вес после ГД _____,

12.3 ультрасүзгілеу/ультрафильтрация _____

14. Артериялық қысым/Артериальное давление:

	Г Д дейін (До ГД)	1 сағат (час)	2 сағат (час)	3 сағат (час)	4 сағат (час)	ГД кейін/после ГД
АД						

15. Дәрілік препараттар/Лекарственные препараты

Препараттың атауы (Наименование препарата)	Өлшем бірлігі (Ед. из.)	С а н ы (Количество)

16. Техникалық. асқынулар/Технические осложнения _____

17. Емдеуші дәрігердің Т.А.Ә(болған жағдайда) /Ф.И.О. (при его наличии) лечащего врача:

18. ГД мейіргерінің Т.А.Ә..(болған жағдайда) /Ф.И.О.(при его наличии) медсестры
ГД:

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

ГБО сеанстарын есепке алу картасы
Карта учета сеансов ГБО

Т.А.Ә. .(болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Негізгі диагнозы (Основной диагноз) _____

Қосалқы диагнозы (Диагноз сопутствующий) _____

ГБО-ға көрсеткіштер (Показания к ГБО) _____

Емдеу басталған күн (Дата начала лечения) _____

Емдеу аяқталған күн (Дата окончания лечения) _____

ГБО сеанстарының саны (Количество сеансов ГБО) _____

ГБО курстарының саны (Количество курсов ГБО) _____

Эпикриз (тиімділігі, аяқталуы, ГБО ерешелектері) (Эпикриз (эффективность, исход,
о с о б е н н о с т и Г Б О))

Асқынулар (Осложнения) _____

02 улану (02 Интоксикация) _____

Дәрігер (Врач) _____

Меңгеруші (Заведующий) _____

Сеанс Күні Дата	№	№	сеанса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Р е ж і м і Режим															
ГБО сеансының ұзақтығы Длительность сеанса ГБО															
Науқастың жағдайы Состояние больного															
АҚ АД															
РЗ ЧД															
Тамыр соғу жиілігі Частота пульса															

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Экстракорпоралдық гемокоррекцияның
к а р т а с ы
К а р т а
экстракорпоральной гемокоррекции

Күні (Дата) 20__жылғы (года) "____" _____

Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного): _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____

Диагнозы: _____

Өңделетін плазманың көлемі (Объем обрабатываемой плазмы) _____

_____мл

Гепариндеу(Гепаринизация) _____; НЭХО (NaClO) _____

_____ температурада криопреципитаттау (криопреципитация при температуре)

20__ жылдан (года) " __ " _____ бастап (с), 20__ жылға (года) " __ " _____ дейін (по).

20__ жылғы (года) " __ " _____ ерітілді (разморожена), супернатант
преципитаттан стерильді бөлініп алынды, гемосорбентті колонка арқылы
п е р ф у з и я л а н д ы
(супернатант стерильно отделен от преципитата, перфузирован через колонку с
гемосорбентом) _____

Колонканың көлемі (Объем колонки): _____

Реинфузия үшін плазмосорбциядан кейінгі науқас плазмасының көлемі (Объем
п л а з м ы б о л ь н о г о
после плазмосорбции для реинфузии) _____

Асқынулар (Осложнения) _____

Перфузия жылдамдығы (Скорость перфузии) _____ мл, АҚ көлемі (объем
ЦК) _____ мл

есептік (расчетный)

Не жасалды (Что сделано) _____

Дәрігер (Врач) _____

Қолы (Подпись) _____

М.О.

М.П.

Операциялық мейірбике (Операционная медицинская сестра) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Эхокардиографиялық тексеру
к а р т а с ы
К а р т а
эхокардиографического обследования
20__жылғы (года) " ____ " _____

Клиникалық диагнозы (Клинический диагноз) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жасы (Возраст) _____ Салмағы (Вес) _____ Дене аумағы (Поверхность
тела) _____

Митраль қақпақшасы (Митральный клапан) _____

- - - - -

Қолқаның негіздемесі (Основание аорты) _____

Қолқа қақпақшасы (Аортальный клапан) _____

Үшжармалы қақпақша (Трикуспидальный клапан) _____

Өкпе артериясы (Легочная артерия) _____

Өкпе артериясының қақпақшасы (Клапан легочной артерии) _____

Сол жақ жүрекше. Диастола кезіндегі өлшемі (Левое предсердие. Размер в диастолу
) - - - - -

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Оң жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола кезіндегі өлшемі (Правый желудочек.

Размер полости в диастолу) _____

Систола кезіндегі өлшемі (Размер в систолу) _____

Сол жақ жүрек қарыншасы. Қуыстың диастола соңындағы өлшемі (Левый
ж е л у д о ч е к .

Конечно диастолический размер полости) _____

Қуыстың систола соңындағы өлшемі (Конечно-систолический размер полости) _____

Диастола көлемі (Диастолический объем) _____

Систола көлемі (Систолический объем) _____ Соғу көлемі (Ударный
объем) _____

Аластау фракциясы (Фракция изгнания) _____

Диастола кезіндегі артқы қабырғаның қалыңдығы (Толщина задней стенки в диастолу)_____

Систола кезіндегі (В систолу)_____

Сол жақ жүрек қарыншасының аластау уақыты (Время изгнания левого желудочка)

Қарынша аралық қалқа (Межжелудочковая перегородка)_____

Жүрекқап сарысуының болуы (Наличие перикардального выпота)_____

Эхокардиограмманың қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности эхокардиограммы)_____

Сегменттер бойынша жергілікті жиырылғыштығы (Локальная сократимость по сегментам):_____

- | |
|---|
| 1) Базалық алдыңғы-қалқалық 9) Ортаңғы алдыңғы - қапталдық |
| (Базальный передне-перегородочный) (Средний передне - боковой) |
| 2) Базалық алдыңғы 10) Ортаңғы артқы - қапталдық |
| (Базальный передний) (Средний задне - боковой) |
| 3) Базалық алдыңғы-қапталдық 11) Ортаңғы артқы (Средний задний) . |
| (Базальный передне-боковой) 12) Ортаңғы артқы - қалқалық |
| 4) Базалық артқы –қапталдық (Средний задне - перегородочный) |
| (Базальный задне-боковой) 13) Алдыңғы – ұштық (Передне - верхушечный) |
| 5) Артқы базалық (Базальный задний) 14) Ұштық-қапталдық (Верхушечный боковой) |
| 6) Базалық артқы-қалқалық 15) Ұшттық артқа (Верхушечный задний) |
| (Базальный задне-перегородочный) 16) Қалқалық -ұшттық (Перегородочно - верхушечный) |
| 7)Ортаңғы алдыңғы-қалқалық |
| (Средний передне-перегородочный) |
| 8) Ортаңғы алдыңғы (Средний передний) |

Қорытынды (Заключение)_____

- - - - -

- - - - -

- - - - -

Дәрігердің қолы (Подпись врача)_____

* Ескертпе (Примечание):

II. Алдыңғы қалқа – передняя перегородка

Алдыңғы қабырға – передняя стенка

Төменгі қабырға – нижня стенка

Артқы қабырға – задняя стенка

Бүйірлік қабырға – латеральная стенка

Амбулаториялық науқастың			
медициналық картасының қосымша парағы			
Вкладной лист к медицинской карте			
амбулаторного пациента			

Қуық асты безін тік ішек арқылы саусақпен зерттеу / Пальцевое ректальное исследование предстательной железы

№ _____ 20____жыл (год) "____" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный)_____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА) _____нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) РНІ_____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері

Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое подчеркнуть):

түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),

түйіндер(узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),

түйіндер(узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы)
/ қуық безінің түгел ұлғайуы (увеличение всей железы),

Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы) жумсақ(мягкая)/қиыршықты(каменистая),

Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)

Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы)тегіс(ровная) / тегіс емес(бугристая)

Қуық безінің жоғарғы шекараларысаусаққа (верхняя граница предстательной железы для пальца)қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются) Иә (Да)/Жоқ (Нет) Зарарсыз (Доброкачественное) : Иә (Да)/Жоқ (Нет) Түзіліс оқшауланған орын: (Локализация образований): _____ Күдікті (Сомнительное): _____ Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева; Двустороннее) Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес): _____ _____ г Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т после пальцевого ректального исследовани): _____ ----- Ескертулер (Замечания): _____ _____ _____	

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы

Жүрек қызметінің фазалық талдау (поликардиография)
Фазовый анализ сердечной деятельности (поликардиография)

Т.А.Ә.(
болған
жағдайда) (
Ф.И.О.(при
его наличии)

ЖСН/ИИН__

Туған күні (
Д а т а
рождения)__

Жынысы (
Пол)_____

Салмағы (
Вес)____

Бойы (Рост)_

Бөлімше (
Отделение)_

Сықатнама
№ (№
истории
болезни)____

Зерттеу күні
(Дата
исследования
) _____

Диагнозы__

Гемодинамика фазаларының атаулары мен көрсеткіштері	Қалыптылығы	Рауаны тербелістер шегі	Іс жүзіндегі деректер
Наименование фаз и показателей гемодинамики	Размерность (сек.)	Пределы допустимых колебаний	Фактические данные
R - R	сек.		
АС	"-	0,04 – 0,07	
ИС	"-	0,02 – 0,05	
ПН	"-	0,06 – 0,11	
ПИ	"-	0,21 – 0,30	
So	"-	0,29 – 0,35	

_____	Sm	-"-	0,23 – 0,34
_____	КБ	-"-	2,5 – 4,5
-----	ВСП	%	85-94
_____	ИНМ	%	20-29
_____		мм сын.бағ./	
-----	VI	с е к .	1500 - 4500
_____		(мм рт.ст./сек.	
_____		)	
_____	Ve	мл /сек.	200 - 500
-----	ВИМО	сек.	15-21

Қорытынды (

Заключение):

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись)_____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Велоэргометриялық зерттеу хаттамасы
Протокол велоэргометрического исследования

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))_____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні _____ жасы _____ жынысы _____

(Дата рождения) (возраст) (пол)

Зерттелген күні _____ бөлімшесі _____

(Дата исследования) (отделение)

Сырқатнама № _____

(№ истории болезни)

Диагнозы _____

(Диагноз)

Коронарография _____

(Коронарография)

	ЖЖС (ЧСС)	Қ а н (Артериальное давление)	Ескертпе (Примечание)
Қ а л ы п т ы (В покое)	жағдайы		
Жүктеме кезінде (При нагрузке)			
1,6-10вт-60кгм			
4,0-25вт-150кгм			
8,0 50 300			
12,0 75 450			
16,0 100 600			
20,0 125 750			
24,0 150 900			
28,0 175 1050			
32,0 200 1200			
48,0 300 1800			
64,0 400 2400			

ДП: Макс ЧСС х Макс САД

_____ = ш. б. оттектегі мұқтаждылығы (потребность в кислороде)

100

Жүктеме келесі себептермен тоқтатылды _____

(Нагрузка прекращена в связи)

-	-	-	-	-	-	-	-

-	-	-	-	-

-	-	-	-	-

Қалпына келу кезеңі

(Период восстановления)

-	-	-	-	-	-	-	-

-	-	-	-	-

-	-	-	-	-

-	-	-	-	-

Қорытынды

(Заключение)

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Емшек бездерін зерттеу хаттамасы
Протокол исследования грудных желез

№ _____ 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

ЖСН/ИИН _____

	Он жақ сүт безі (Правая молочная ж е л е з а) Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)) Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена))

Сол жақ сүт безі (Левая молочная железа) Пішіні (әдеттегідей, пішіні бұзылған) (Форма (обычная, деформирована)). Тері қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Кожа (изменена, не изменена))	Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, glandуларлық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, glandулярная))
Тері асты май қабаты (өзгерген, өзгермеген) (Подкожно-жировой слой (изменен, не изменен)) Сүт бездерін қалыптастырушы тін (майлы, фиброзды, glandуларлық) (Ткань, формирующая молочную железу (жировая, фиброзная, glandулярная))	Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков)
Өзектерді визуалдау (Визуализация протоков)	Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков)
Өзектердің диаметрі (Диаметр протоков)	Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)
Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)	Қорытынды (Заключение):
	Қолы (Подпись)

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 амбулаторного пациента

Телемедициналық консультация өткізу
 х а т т а м а с ы
 П р о т о к о л
 проведения телемедицинской консультации

№ _____
20____ жылғы (года) "____" _____

Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, (болған жағдайда) ЖСН (фамилия, имя, отчество (при его наличии) пациента, ИИН) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

медициналық картасының № (№ медицинской карты) _____

Жолдаманың нөмірі (Номер направления) _____

Телемедициналық консультацияға жіберілген жолдаманың күні (Дата выдачи направления на телемедицинскую консультацию) _____

Пациенттің келген күні (Дата обращения пациента) _____

Өтінімнің нөмірі (Номер заявки) _____

Өтінім берілген күн (Дата подачи заявки) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), өтінімді жасаған дәрігердің мамандығы/
Ф а м и л и я , _____ и м я , _____

отчество (при его наличии), специальность врача подавшего заявку_____

—

Өтінімді жасаған дәрігердің медициналық ұйымы (Медицинская организация врача
п о д а в ш е г о з а я в к у)

Алдын ала қойылған диагноз (Предварительный диагноз) _____

АХЖ-10 (МКБ-10)

Жоспарланған қызметтер (Планируемые услуги (тарификатор))

Қызмет код (Код услуги)	Қызметтің атауы (Наименование услуги)
1	2

Консультанттың өтінімді қарау күні (Дата рассмотрения заявки консультантом) _____

Дәрігер-консультанттың медициналық ұйымы (Медицинская организация
в р а ч а - к о н с у л ь т а н т а)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда), дәрігер-консультанттың мамандығы/
Ф а м и л и я , и м я , о т ч е с т в о

(при его наличии), специальность врача-консультанта_____

Өтінімді қарау нәтижелері (Результаты рассмотрения заявки)

Бас тарту себептері (Причина отказа)_____

Телемедициналық консультацияны өткізу күні мен уақыты (Дата и время проведения телемедицинской консультации)_____

Консультанттың ұйғарымы (Заключение консультанта) _____

Тіркелген медициналық құжаттар (Прикрепленные медицинские документы)

№ п/п	Тіркелген құжаттардың атауы (Наименование прикрепленного документа)	Өтінімге құжаттарды тіркеген дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача, прикрепившего документ к заявке)
1	2	3

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Жүктіліктің 1 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования в 1 триместре беременности)

20 __ ж (г) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында
жүргізілді

(Исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии)

беременной) _____

— — — — —
ЖСН/ИИН _____

Жасы (возраст) _____

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктіліктің І-ші триместріндегі (10-14 апта) ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(протокол ультразвукового обследования в I триместре беременности (10 - 14 недель)

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (недель) _____ күн (день
)

Босанудың болжамды күні (Предполагаемая дата родов) 20__ жыл (год) " __ " _____

Зерттеу түрі: трансабдоминалдық, трансвагиналдық (Вид исследования: трансабдоминальный, трансвагинальный (нужное подчеркнуть))

Жатыр қуысында (В полости матки визуализируется) _____ ұрық көрінеді (плод)

Сегізкөз-бел өлшемі _____ мм, етеккір мерзіміне сәйкес, сәйкес емес (КТР соответствует, не соответствует менструальному сроку)

Ұрықтың жүрек соғысының жиілігі (частота сердечных сокращений плода) _____
_____ 1
минуттағы соғуы (ударов в 1 минуту)

Жаға кеңістігінің қалыңдығы (Толщина воротникового пространства) _____ мм

Ұрықтың мұрын сүйектерінің ұзындығы (Длина носовых костей плода) _____
_____ мм

Ұрықтың анатомиясы (Анатомия плода)

Бассүйек күмбезінің сүйектері (Кости свода черепа) _____

"Көбелек" ("Бабочка") _____ Асқазан (Желудок) _____

Алдыңғы іш қуысы (Передняя брюшная стенка)_____

Қуық (Мочевой пузырь)_____

Омыртқа (Позвоночник)_____

Аяқ-қолдары (Конечности)_____

Сарыуыз қабының орталық ішкі диаметрі (СВД желточного мешка)_____

мм

Хорионның ерекше орналасуы: жатырдың алдыңғы, артқы, оң, сол қабырғалары,
т ү б і , і ш к і а ң қ а
жанында (Преимущественная локализация хориона: передняя, задняя, правая, левая,
б о к о в а я с т е н к а ,
дно матки, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть)

Хорион құрылымы: өзгермеген, өзгерген (Структура хориона: не изменена,
изменена (нужное подчеркнуть))

Жатыр қосалқыларының ерекшеліктері (Особенности придатков матки):_____

Жатыр құрылысының ерекшеліктері (Особенности строения матки):_____

Қарау: қанағаттанарлық, қиын (Визуализация: удовлетворительная, затруднена)

Ерекшеліктері (Особенности):

Ұйғарым (Заключение):

Ұсыныстар (Рекомендации):

Ультрадыбыстық бақылау (Ультразвуковой контроль в) _____ аптада (недель)

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) врача) _____ қолы (подпись)

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Жүктіліктің 2 және 3 триместріндегі ультрадыбыстық зерттеудің хаттамасы
(Протокол ультразвукового исследования во 2 и 3 триместрах беременности)

20__ жыл (год) " __ " _____ Зерттеу (исследования) N _____

Зерттеу _____ аппаратында
жүргізілді (исследование проведено на аппарате)

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)

беременной) _____

ЖСН/ИИН _____

Жасы (возраст) _____ лет

Соңғы етеккір келген күн (Последняя менструация) _____

Жүктілік мерзімі (Срок беременности) _____ апта (неделя) _____ күн (день
)

Басымен/жамбасымен _____ жатқан тірі ұрық(тар) бар

Имеется живой(ые) плод(ы) в головном/тазовом предлежании (нужное подчеркнуть)
)

Фетометрия:

Бастың бипариеталдық өлшемі _____ мм Бас шеңберінің өлшемі _____ мм

Бипариетальный размер головы Окружность головы

Маңдай-шүйде өлшемі _____ мм Іш шеңберінің өлшемі _____ мм

Лобно-затылочный размер Диаметр/окружность живота

Жамбас сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина бедренной кости: левой правой

Тізе сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина кости голени: левой правой

Иық сүйегінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина плечевой кости: левой правой

Білек сүйектерінің ұзындығы: сол _____ мм оң _____ мм

Длина костей предплечья: левой правой

Ұрықтың ұзындығы: _____ аптаға сәйкес

Размеры плода: соответствуют неделям

Пропорционалды емес және жүктілік мерзімін анықтауға мүмкіндік бермейді
(непропорциональны и не позволяют судить о сроке беременности)

Ұрық анатомиясы (анатомия плода):

Мидың бүйірлік қарыншалары _____ Мишық _____

—

Боковые желудочки мозга

Мозжечок

Үлкен цистерна _____

Көз шарасы _____

Большая цистерна

Глазницы

Беттік құрылым: бейін _____

Өкпе _____

Лицевые структуры: бейін

Легкие

Мұрын-ерін үштігі _____

Асқазан _____

Носогубной треугольник

Желудок

Омыртқа _____

Қуық _____

Позвоночник

Мочевой пузырь

4-камералық жүрек кескіні _____

Өт қабы _____

4-камерный срез сердца

Желчный пузырь

3 қантамырлық арқылы жүрек кескіні _____

Срез сердца через 3 сосуда

Ішектер (Кишечник) _____

Бүйрек (Почки) _____

Алдыңғы құрсақ қабырғасына кіндіктің бекуі _____

Место прикрепления пуповины к передней брюшной стенке

Бала жолдасы, кіндік, қағанақ суы (плацента, пуповина, околоплодные воды):

Бала жолдасы жатырдың алдыңғы, артқы қабырғасында орналасқан, көбірек оң/ сол , түбінде _____ см ішкі ернеуден жоғары, ішкі ернеудің аймамағы _____.

(Плацента расположена по передней, задней стенке матки, больше справа/слева, в дне на _____ см выше внутреннего зева, область внутреннего зева) (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының қалыңдығы: қалыпты, _____ мм – ге дейін кішірейген, үлкейген

Толщина плаценты: _____ мм - нормальная, уменьшена, увеличена (нужное подчеркнуть).

Бала жолдасының құрылымы _____ Жетілу дәрежелері _____, жүктіліктің мерзіміне сәйкес/ сәйкес емес

Структура плаценты _____ .Степень зрелости соответствует/не соответствует (нужное подчеркнуть)сроку беременности.

Қағанақ суының мөлшері: қалыпты, көпсулылық/су аздық (Количество околоплодных вод: нормальное, многоводие/маловодие) (нужное подчеркнуть).

Амниотикалық суықтықтың индексі _____ см

Индекс амниотической жидкости

Кіндік бауының _____ қан тамыры бар. Пуповина имеет _____ сосуда

Туа біткен даму ақаулары: деректер анықталмады

Врожденные пороки развития: данных не обнаружено (нужное подчеркнуть).

Анықталды _____

Обнаружены

Жатырдың мойны және қабырғасы: құрылымының ерекшеліктері

Шейка и стенки матки: особенности строения

Аналық безінің аймағы _____

Область придатков

Қарау: қанағаттанарлық, қиын

Визуализация: удовлетворительная/затруднена (нужное подчеркнуть).

Ұйғарым: _____

Заключение:

Дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) _____ қолы _____

Ф.И.О. (при его наличии) врача

подпись

Амбулаториялық	науқастың
медикалдық	картасының
Вкладной	лист
амбулаторного пациента	карте
қосымша	парағы
медцинской	карте

ӨаЭФЗ ХАТТАМАСЫ-өңеш арқылы электрофизиологиялық зерттеу
П р о т о к о л
ЧпЭФИ – чрезпищеводного электрофизиологического исследования
№ _____

Күні (Дата) " ____ " _____ 20 ____ жылғы (года).

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))_____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні(Дата рождения)_____Дене салмағы (Масса тела)_____кг.

Диагнозы (Диагноз): _____

Кім жіберді (Кем направлен)_____

ӨаЭФЗ параметрлер: 9,5 мс импульсінің ұзақтығы, деңгейлі амплитуда (Параметры ЧпЭС: длительность импульса 9,5 мс; амплитуда пороговая)_____
в,

қалыпты (рабочая)_____в, эл-дтіңқойылу тереңдігі (глубина установки эл-да)_____см.

	Қалыпты , мс Норма, мс	Дерілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	Вегетативтік блокададан кейін После вегетативной блокады	
			атропин мг.	атропин м г + обзидан мг
Ж Ж Ж 1 м и н у т т а ЧСС в 1 минуту				
Ж О Ц ССЦ, мс				

1. Синус функциясы Функция синусового ВВФСУ, мс	торабының СТФҚКУ узла до 1400			
СТФҚКТУ КВВФСУ, мс	до 525			
2. Өткізгіштігі ВСАП, мс	Проводимость до 206			
АВ Венкебах нүктесі (точка Венкебаха)	130-180 в 1 минуту			
ЭРП АВ - қосылымның (ЭРП АВ-соединения)				
Қарыншалардың ерте қозу с-мы С-м предвозбуждения желудочка				
ЭРП Қосымша антероградтың жолдың (антероградного доп. пути)				

3. Тахиаритмияларды зерттеу Изучение тахиаритмий	Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикаментов	В/а енгізгеннен кейін После введения в/в		
		МГ	МГ	МГ
Тахиаритмия формасы Форма тахиаритмий				
1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту				
В-А, мс				
Тахикардия "терезесі" "Окно" тахикардии				
Тоқтату ӨаЭС Купирующая ЧпЭС				

4. ЖИА-ын диагностикалауға арналған жүктеме тесті (Нагрузочный тест для диагностики ИБС):

1 минуттағы жиілігі Частота в 1 минуту	ӨаЭС ЧпЭС	АҚҚ АД	Стенокардия деңгейі Порог стенокардии			Ескертпе Примечание	
			Дәрілік заттарды енгізгенге дейін До введения медикамента	Қабылдағаннан кейін После приема			
				мг/с	мг/с		мг/с
100							
110							
120							
130							
140							

Дәрігер (Врач): _____ қолы (подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Реография

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____

Сықатнама (амбулаториялық картасы) № _____ (№ истории болезни (амбулаторной карты)

_____ бөлім (отделение)
)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Диагнозы

— — — — —

QREL _____ Е жүйе. (сис.) _____

Е жылдам (Е быст). _____ RR _____

Баяу Е (Е медл) _____ ИНМ _____

Е макс. _____ Ag|Fd _____

Шығарылу Е (Е изгн). _____ УО _____

_____ Pg

_____ МОК

Қ о р ы т ы н д ы :

Заключение:

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (Ф.И.О.)

Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық	науқастың
медициналық картасының	қосымша парағы
Вкладной лист к	медицинской карте
амбулаторного пациента	

Спирография*

20__ ж."__"__

Амбулаториялық картаның № /№ _____ амбулаторной карты

Медициналық картаның № / № _____ медицинской карты

Бөлімше (Отделение) _____

Тегі, аты, әкесінің аты(болған жағдайда)

(Фамилия, имя, отчество(при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ӨӨК (ЖЕЛ) _____

ӨЖЖШ (МВЛ) _____

ӨЖӨК (ФЖЕЛ) _____

О2 ПК (КИ О2) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: (ФКК 1/ӨӨК) (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

ПСВ _____

Зерттеу жүргізілгенге дейінгі 24 ішінде пациент қабылдаған дәрілік препараттар (
П р и н я т ы е
пациентом медикаментозные препараты за 24 часа до обследования) _____

Реверсивтік тестілеуден кейін (После реверсивного теста) _____

ФКК 1 (ОФВ 1) _____

Тиффно индексі: ФКК 1/ӨӨК (Индекс Тиффно: ОФВ 1/ЖЕЛ) _____

Қорытынды/Заключение

(Недействительна без приложенного графического отображения процесса дыхания (вдоха и выдоха) в осях "объем-время" и поток-объем")

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Жүкті әйелді ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование беременной

№ _____ 20__ жылғы (года) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)

(Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

З е р т т е у деректері
Данные исследования

Жағдайы (Положение Алдында жатқан (Предлежит)_____

Позициясы (Позиция)_____БПР_____

— — — — —

_____мм_____апта (недель)

Кеудесі (Грудь)_____мм

Іш қуысының диаметрі (Диаметр брюшной полости)_____

_____мм.

Саны (Бедро)_____мм_____апта (недель)

Ұрықтың ағзасы (Органы плода): миы (мозг)_____

Жүрегі (Сердце)_____

Бауыры (Печень)_____

Іш қуысы (Брюшная полость)_____

Ұрықтың жүрек қызметі (Сердечная деятельность) плода_____

Ұрықтың қимылдық белсенділігі (Двигательная активность плода)_____

Бала жолдасының орнығуы (Локализация плаценты)_____

Бала жолдасының төменгі шеті (Нижний край плаценты на)_____см. ая (лоно)
, і ш к і а ң қ а
деңгейінен биік (выше уровня лона, внутреннего зева)

Бала жолдасының қалыңдығы (Толщина плаценты) _____

_____см.

Бала жолдасының құрылымы (Структура плаценты)_____

Ұрық маңы суларының мөлшері (Количество околоплодных вод)_____

Қорытынды мен нұсқаулар (Заключения и рекомендации):_____

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Ультрадыбыстық тексеру
(жатыр, жатыр мойыны, аналық без)
Ультразвуковое исследование
(матки, шейки матки, яичника)

№ _____ 20__жылғы (года) " _____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Өлшемдері (Размеры): ұзындығы (длина)_____мм, алғы-арқы (передне-задний) _
_ _ _ _ _ мм ,
көлденеңі (ширина)_____мм

[illegible]

М-эхо _____ мм. Етеккір циклының күні (День менструального цикла)

Эндометрий жаңғырығы (Отражение от эндометрия): орташа, бәсеңдеген, күшейген
(с р е д н е е ,
снижено, усилено)

Жатыр мойнының өлшемдері (Размеры шейки матки: длина) _____ мм,
алғы - артқы (передне - задний)
_____ мм, көлденеңі (ширина) _____ мм

Құрылымы (Структура) _____

Жатыр мойнының өзегі (Цервикальный канал) _____

Оң жақ аналық без (Правый яичник): өлшемдері (размеры) _____ мм,
құрылымы (с т р у к т у р а)

Сол жақ аналық без (Левый яичник): өлшемдері (размеры) _____ мм,
қ ұ р ы л ы м ы (с т р у к т у р а)

- - - - -

Ерекшеліктері (Особенности) _____

- - - - -

- - - - -

Қорытынды, нұсқаулар (Заключение, рекомендации)

- - - - -

- - - - -

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись): _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы

Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Ультразвуковое исследование Куыкты ультрадыбыстык зерттеу
мочевого пузыря
№ _____

20__жылғы (года) "_____" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз) предварительный _____

З е р т т е у деректері
Данные исследования

Пішіні: овал, үшбұрыш тәрізді (Форма: овала, треугольника) _____

Өлшемдері (Размеры)_____

Орналасуы (Положение)_____

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес, (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Қабырғасының қалыңдығы (Толщина стенки)_____см

Ішіндегі зат: гомогенді, гомогенді емес, тұнба (Содержимое: гомогенное, негомогенное, осадок)

Конкременттер (Конкременты) _____

- - - - -

- - - - -

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)_____

- - - - -

Қорытынды (Заключение):

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

Амбулаториялық	науқастың
мединалық	картасының
Вкладной	лист
амбулаторного пациента	к
қосымша	парағы
медцинской	карте

Ішперде қуысын, бүйректерді, бүйрекбезді және ішперде артындағы кеңістікті (бауыр, өтқалта, ұйқыбез, көкбауыр, бүйректер, бүйрекбездер, зәрағар, ішперде аортасы және оның тармақтары, төменгі қуыс вена және оның ағыны) ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, почек, надпочечников и забрюшинного пространства (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки, надпочечники, мочеточники, брюшная аорта и ее ветви, нижняя полая вена и ее притоки)

№ _____

20 _____ жылғы (года) " _____ "

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ (Жынысы) Пол _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Зерттеу деректері Данные исследования

1. Бауыр (Печень) оң бөлігі, биіктігі (правая доля высота) _____ см қалыңдығы (толщина) _____ см

сол бөлігі, биіктігі (левая доля высота) _____ см қалыңдығы (толщина) _____ см

Бауырдың контуры (Контуры печени) _____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура) _____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

Бауыріші өт жолдары (Внутрипеченочные желчные пртоки)_____

Қақпақша тамыр (Портальная вена)_____

2.Өтқалтасы (Желчный пузырь)_____

Пішіні (Форма)_____Өлшемдері (Размеры)_____

Қаптың қабырғасы (Стенка пузыря)_____

Қаптың қуысында (В полости пузыря)_____

Жалпы өт жолы (Общий желчный проток)_____

3. Ұйқыбезі (Поджелудочная железа) _____

Басының өлшемдері (Размеры головки)___ (N 1,8 – 2,6), денесі (тела)___(N0,6 – 1,6),
құйрығы (хвост)___(N 1,6 – 2,0)

Бездің контурлары (Контурсы железа)_____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура)_____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

Вирсунг өзегі (Вирсунгов проток)_____

Көкбауыр венасы (Селезеночная вена)_____

Оның диаметрі (Ее диаметр)_____

4. Көкбауыр (Селезенка)_____

Көкбауыр ауданы (Площадь селезенки)_____ (N 40 ш.см. артық емес (не более 40 кв. см.))

Көкбауыр контуры (Контур селезенки)_____

Жаңғырықтық құрылымы (Эхоструктура)_____

Жаңғырықтық тығыздығы (Эхоплотность)_____

5. Бүйректер (Почки)_____

Оң бүйректің өлшемдері (Правая почка размером)_____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы)_____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система)_____

Сол бүйректің өлшемдері (Левая почка размером)_____

Ұлпасының қалыңдығы (Толщина паренхимы)_____

Тостақшалар-түбекше жүйесі (Чашечно-лоханочная система)_____

6. Бүйрекбездер (Надпочечники): Оң бүйрекбезі (Правый надпочечник)_____

Сол бүйрекбезі (Левый надпочечник) _____

7. Төменгі қуыс вена және оның ағыны(Нижняя полая вена и ее притоки) _____

8. Ішперде аортасы және оның тармақтары(Брюшная аорта и ее ветви) _____

УДЗ бойынша қосымша ерекшеліктері (Дополнительные особенности по УЗИ) _____

Қорытынды (Заключение): _____

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Подпись) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

Амбулаториялық	науқастың
медикалдық	картасының
Вкладной	лист
амбулаторного пациента	к
қосымша	медикалдық
карта	карта

Қуық асты безін ультрадыбыстық зерттеу
Ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____

20____жыл (год) "____" _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

З е р т т е у д е р е к т е р і

Данные исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная) _____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая) _____

Өлшемдері (Размеры) _____

Контур: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)_____

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоэхогенді (Структура внутренней части: гиперэхогенная, гипоэхогенная)

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоэхогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части: средней эхогенности, гипоэхогенная, гиперэхогенная)_____

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)_____

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

Қорытынды (Заключение):

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись)

		Амбулаториялық	науқастың
медициналық	картасының	қосымша	парағы
Вкладной	лист	к	медицинской
амбулаторного пациента			карте

Қалқанша безді ультрадыбыстық зерттеу

Ультразвуковое исследование щитовидной железы

№ _____ 20__ жыл (год) "____" _____

ТАӘ(болған жағдайда) (ФИО(при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____ Пол (Жынысы) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный)_____

З е р т т е у д е р е к т е р і

Данные исследования

Контурлары (Контуры) _____

Серпімділігі

(Эластичность) _____

Пішіні (Форма) _____ Мойнақ (Перешеек) _____

Оң жақ бөлігі (Правая доля) _____

- - - - -

- - - - -

Сол жақ бөлігі (Левая доля) _____

- - - - -

Қорытынды (Заключение) _____

Дәрігер (Врач) _____ Қолы (Врач) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Фонокардиограмма № Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/ Фамилия, имя, отчество (при его наличии) _____ _____ _____	а р т қ ы				б е т і			
	оборотная сторона							
	З е р т т е у н ә т и ж е л е							
	Результаты исследования							
	Q	—	I	дыбыс	(тон):	_____		
	І	дыбыс	(тон):	_____				
II	дыбыс	(тон):	_____					
III	дыбыс	(тон):	_____					
Ашылу	тырсылы	(Щелчок	открытия)	_____				

[illegible]

бойынша қорытынды Заключение по фонокардиограмме) № _____ _____ Дәрігер Т.А.Ә (_____ болған жағдайда) (_____ Врач Ф.И.О. (при его наличии))_____ _____ _____ қолы (подпись)_____ _____	Зерттеуді жүргізген (Исследование проводил)_____ Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы (Ф.И.О., (при его наличии) подпись)

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 амбулаторного пациента

Перифериялық қан тамырларын функциялық зерттеу
 Функциональное исследование периферических сосудов

Т.А.Ә. (болған жағдайда)(Ф.И.О. (при его наличии))_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Диагнозы(диагноз)_____

Зерттеу күні (Дата исследования): 20__ жылғы (года) "____" _____

1.Реография

	Амплитуда		Индекс		Асимметрия коэффициенті Коэффициент асимметрии
	оң правый	сол левый	оң правый	сол левый	
Табандар Стопы					
Балтырлар Голени					
Сандар Бедрa					
Саусақтар Кисти					
Білектер Предплечья					
Иықтар Плечи					

2.Көлемдік сфигмография (Объемная сфигмография)

		АГП		Көтеру уақыты Время подъема	
		оң правый	сол левый	оң правый	сол левый
Балтырдың Н/з голени	т / з				
Балтырдың В/з голени	ж / з				
Санның о / з Ср/з бедра					
Білектің т / з Н/з предплечья					
Білектің ж / з В/з предплечья					
Иықтың о / з Ср/з плеча					

3.Капилляроскопия

Зерттеу орны, жалпы көрінуі, негізгі түсі, капиллярлық тордың қоюлығы, орналасуы және капиллярлар пішіні. Анастомоздар, субкапиллярлық өрімдер. Қан жүруі.

(Место исследования, общая видимость, фон, густота капиллярной сети, расположение и форма капилляров. Анастомозы, субкапиллярные сплетения. Ток крови)

Қорытынды (Заключение): _____

- - - - -

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Амбулаториялық	науқастың
медикалдық	картасының
қосымша	парағы
Вкладной	лист
амбулаторного пациента	к медицинской карте

Электрокардиограмма №

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

- - - - -

Ұлты (Национальность) _____ Туған күні (Дата рождения) _____

Жынысы (Пол) _____ Салмағы (Вес) _____ Бойы (Рост) _____

АҚҚ (АД) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____ ЖСН/ИИН _____

Үйінің мекенжайы (Домашний адрес) _____

Жұмыс орны (мекенжайы) Место работы (адрес) _____

Бөлімше, учаске (Отделение, участок) _____

Сырқатнама немесе амбулаториялық картасының № (№ истории болезни или
а м б у л а т о р н о й
карты) _____

Зерттеу күні (Дата исследования) _____

Диагнозы _____

- - - - -

P — Q = сек.
 Q R S T (Q — T) = сек.
 R — R = сек.
 R I : R I I : R I I I =
 R a V F : S a V F =
 Ж С С (Ч С С) =
 Патологиялық тістердің сипаттамасы (Описание патологических зубцов):

Корытынды (Заключение):
 Ырғақ (Ритм)
 ЖЭО (ЭОС)
 Гипертрофия
 Коронарлық патология (Коронарная патология)
 Блокадалар (Блокады)
 Басқа өзгерістер (Другие изменения)
 Дәрігер Т.А.Ә. (болған жағдайда)
 (Врач Ф.И.О. (при его наличии))
 қолы (подпись)

Амбулаториялық науқастың
 медициналық картасының қосымша парағы
 Вкладной лист к медицинской карте
 амбулаторного пациента

Электроэнцефалография

20 ____ жыл (год) " ____ "

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН/ИИН _____

Жасы (Возраст) _____

Диагнозы _____

ЭЭГ негізгі түсі (Фоновая ЭЭГ) _____

- - - - -

- - - - -

- - - - -

- - - - -

Фотостимуляция _____

Гипервентиляция _____

Қорытынды (Заключение):

Дәрігер (Врач)

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись)

Амбулаториялық	науқастың
медициналық	картасының
қосымша	парағы
Вкладной лист	к медицинской карте
амбулаторного пациента	

Эхоэнцефалография

20 _____ жылғы (года) " _____ " _____

Сырқатнама немесе амбулаториялық картаның № (Истории болезни или амбулаторной карты)_____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

_____Жынысы (Пол)_____

ЖСН/ИИН_____

Туған күні (Дата рождения)_____

Мидың орта құрылымдарының ауытқуы (бар, жоқ) (Смещение срединных структур мозга (есть, нет)

$T_m = T$

ІІІ қарынша (ІІІ желудочек): ені (ширина)_____мм

Солқылдауы (Пульсация) күшейген (усилена) 1/3 2/3 М –
жаңғырық (эхо)

күшеймеген (не усилена)

ширыққан (напряжена)

ширықпаған (не напряжена)

М – жаңғырықтың пішіні өзгерген, өзгермеген (М-эхо деформирован, не изменен)

Қосымша импульстар бар, жоқ (дополнительные импульсы есть, нет)

Амплитудасы орташа, жоғары, төмен (Средней, высокой, низкой амплитуды)

Бірлі – жарым, қалыпты мөлшерде, көп санды (Единичные, умеренные, большое количество)

Қорытынды

(Заключение) _____

Белгілері бар, жоқ (Признаки да, нет) _____

Әлсіз, қалыпты, көрнекі (Слабо, умеренно, значительно выраженные)

Дәрігер (Врач) _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))

қолы (подпись) _____

Амбулаториялық науқастың
медициналық картасының қосымша парағы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

Амбулаторлық пациенттің статистикалық картасы статистическая карта
амбулаторного пациента
Консультациялық-диагностикалық орталықтар (емханалар) үшін для
консультативно-диагностических центров (поликлиник)

1. ТАӘ (ФИО) _____

2. Туған күні (кк/аа/жжжж) (Дата рождения (дд/мм/гггг))

____/____/____ жылы(год)

3. Жынысы (Пол): 1 – ер(муж.), 2 - әйел(жен.)

4. Ұлты (Национальность) _____ 5. Азаматтық (Гражданство) _____

6. ЖСН (ИИН) ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Медициналық тіркеу нөмірі (МТН) |____|____|____|____|____|____|

(Регистрационный медицинский номер (РМН))

5. Мекенжайы (Место жительства) _____

6. Жолдаған мекеме (Направившая медицинская организация) _____

7. Қаралу күні (кк/аа/жжжж) (Дата обращения (дд/мм/гггг))

_____/_____/_____ жылы(год)

8. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): 2 – бюджет, 4 – ақылы

қызметтер (платные услуги).

9. Кеңес берулер мен тексеру түрлері (консультации и виды обследования)

Кабинеттің № кабинета	№	Б ө л і м ш е Отделение	Зерттеу Код исследования	коды
		Жалпы клиникалық зерттеулер Общеклинические исследования		
		Биохимиялық зерттеулер Биохимические исследования		
		Иммунология		
		Радиоиммунология		
		Цитоморфология		
		Функционалдық диагностика (Функциональная диагностика)		
		Эндоскопия		
		Ультрадыбыстық диагностика Ультразвуковая диагностика		
		Рентгендиагностика		
		МРТ және КТ диагностикасы МРТ и КТ диагностика		
		Кеңесші дәрігер Врач-консультант		
		Кеңесші дәрігер Врач-консультант		
		Кеңесші дәрігер Врач-консультант		
		К е ң е с ш і дәрігер Врач-консультант		
		К е ң е с ш і дәрігер Врач-консультант		
		Кеңесші дәрігер Врач-консультант		
		Кеңесші дәрігер Врач-консультант		

10. Қаралу себебі (Повод обращения): ауру (заболевание); проф. карау

(профосмотр); басқалар (прочие)

(тек бір себепті астын сызыңыз) (подчеркнуть только один повод)

11. Келуі (Посещения):

К ү н і Дата	К е л у В и д посещения	т ү р і *	Д ә р і г е р к о д ы Код врача	К ү н і Дата

П – диагностикалық орталық (диагностический центр),
Б – күндізгі стационар (дневной стационар)

12. Диагноз

	Жолдағанда П р и направлении	ХАЖ-10 к о д ы Код МКБ-10	Тексергенде П р и обследовании	ХАЖ-10 к о д ы Код МКБ-10	1,2,3 түрі Тип 1,2,3	Дәрігердің к о д ы Код врача
Негізгі (Основной)						
Ілеспелі (Сопутствующие)						

Әр диагнозға (Для каждого из диагнозов): 1 –жіті ауру (острое заболевание), 2 – бірінші рет анықталған (установленный впервые), 3 –бұрыннан белгілі созылмалы (известное ранее хроническое).

13. Өткізілген зерттеулер (Проведенные исследования):

Күні Дата	Маманның коды Код специалиста	Атауы Названия	Тарификатор бойынша коды Код по тарификатору	Саны Кол-во	1-алғашқы (первично) 2 – қайталана (повторно)

14. Қабылдауда дәрігермен жасалған операциялар мен манипуляциялар (Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме):

А т а у ы Наименование	Операцияның коды Код операции	Дәрігердің коды Код врача

15. Дәрігер: ТАӨ (Врач: ФИО) _____

Коды (Код) _____ Қолы (Подпись) _____

16. ЕҚО аяқталған күн (Дата завершения СПО) _____

жылғы (год) " __ " _____

A5 форматы

Формат A5

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Денсаулық сақтау	Республикасы министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бекітілген № 025-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

АМБУЛАТОРЛЫҚ ПАЦИЕНТТІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫНА ЖАСӨСПІРІМГЕ ЖАПСЫРМА ПАРАҚ

Картаның толтырылған күні 20__ жылғы _____

№ немесе коды

ВКЛАДНОЙ ЛИСТ НА ПОДРОСТКА К МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЕ
АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА Дата заполнения карты _____ 20__ года

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-2/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 025-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның Наименование организации	атауы Республики от 23 ноября 2010 года № 907	Казахстан

**Қорытынды (анықталған) диагноздарды тіркеуге арналған
СТАТИСТИКАЛЫҚ ТАЛОН
СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН
для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 025-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-4/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 025-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. Форма ведется в электронном виде

Талон Выберите элемент.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста.

Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область

район город улица дом квартира

Амбулаториялық картасының №/№ амбулаторной карты

Место для ввода текста.

Кабинеті/Кабинет Место для ввода текста.

Келу керек/Явиться Место для ввода даты.

Дәрігер Т.А.Ә./К врачу Ф.И.О. ФИО

Лауазымы/должность Выберите элемент.

Қаралу себебі/Повод обращения Выберите элемент.

Подпись врача Ф.И.О. ФИО ЭЦП

Форма

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО _____	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-5/е нысанды медициналы құжаттама			
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Ф о р м а 0 2 5 - 5 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907			

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

5.1. Тұрғыны (Житель): 1 – қаланың (города); 2 – ауылдың (села)

5.2. Оралман: 1 – иә (да), 2 – жоқ (нет).

6. Қаржыландыру көзі (Источник финансирования): 1 – бюджет; 2 – ЕМС (ДМС);
3 – ақылы қызмет (платные услуги).

6.1. Сақтандыру компаниясының атауы (Наименование страховой

компании) _____

Сақтандыру полисінің № (№ страхового полиса) _____

—

7. Жеңілдік алушылар категориясы (Категории льготников) 1–ҰОСМ (ИОВ); 2–
ҰОСҚ (УВОВ);

3– интернационалист-жауынгер (воин-интернационалист); 4–бала кезінен мүгедек (инвалид

детства); 5–ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию); 6 – басқа жеңілдік

алушылар (прочие льготники)

8. Қаралу себебі (Повод обращения): ауру (заболевание); профилактикалық
тексеріп-қарау

(профилактический осмотр); диспансерлеу (диспансеризация); екпе (прививка);

медициналық-әлеуметтік (медико-социальный); басқалар (прочие); зақым (травма) (тек бір

себепті сызыңыз) (подчеркнуть только один повод);

8.1. Зақым түрі (Вид травмы): 1- Өндіріспен байланысты (Связанная с производством):

өнеркәсіпте, ауыл шаруашылығында, жол-көліктік, басқалар (в промышленности, в сельском

хозяйстве, дорожно-транспортная, прочая); 2- Өндіріспен байланыссыз (Не связанная

с производством): тұрмыстық, көшеде, жол-көліктік, спорттық, мектепте, басқалар

(бытовая, уличная, дорожно-транспортная, спортивная, школьная, прочая);

8.2. Кім жіберді (Кем направлен): 1- ОДА (СВА); 2 – жедел жәрдем (скорой помощью); 3 –

стационар (стационаром); 4 - өздігінен (самостоятельно).

9. Келуі (Посещения):

Күні Дата	Келу түрі Вид посещения	Дәрі- гер * коды Код врача	Күні Дата	Келу түрі Вид посещения	Дәрігер коды * Код врача	Күні Дата	Келу түрі Вид посещен	Дәрігер коды * Код врача

- Е (П) – Емхана (Поликлиника); Ү (Д) – үйінде (на дому); ҮҚ (А) – үйінде қарау

(актив на дому); М (Ш) – мектепте (балабақшада) (в школе (детском саду));

- Ү (О) – ұйымда (в организации); Б - күндізгі стационар (дневном стационаре); ҮС

(С) – үйдегі стационар (в стационаре на дому).

10. Стационарда өткізген төсек-күндері (Проведено дней в стационаре):

күндізгі (дневном) _____ үйіндегі (на дому) _____

ауруы бойынша (по заболеванию)				АХЖ-10 коды	Түрі (Тип)
АХЖ-10	коды	(код	МКБ-10)	(Код	1,2,3*)
11. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)				МКБ-10)	

*) Диагностдардың әрқайсысы үшін (Для каждого из диагнозов): 1- ушыққан ауру (острое

заболевание); 2 - өмірінде бірінші рет анықталған созылмалы немесе бірінші рет

анықталған (впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые);

3- бұрыннан белгілі созылмалы (известное ранее хроническое).

12. Диспансерлеу (Диспансеризация)

Диагнозы	АХЖ-10 коды (Код МКБ-10)	1-алынды (взят) 2-есепте (состоит) 3 - шығарылды (снят)	Есептен шығарылу себебі (Причина снятия учета *)	Келесі келу күні * (Дата следующей явки)	Дәрігер- дің коды (Код врача)

*) 1-жазылу (выздоровление); 2-15 жасқа толды (достигнуто 15 лет); 3-басқа жаққа кетті

(выезд); 4-қайтыс болды (смерть)

13. Емшаралар мен талдаулар (орындалған) (Процедуры и анализы (выполненные))

Маманның коды (Код специалиста)	Аттары Названия	Тарификатор бойынша коды (Код по тарификатору)	С а н ы (Количество)

14. Қабылдау кезінде және үйінде дәрігердің жасаған операциялары мен манипуляциялары

Операции, манипуляции, выполненные врачом на приеме и на дому:

Күні Дата	А т а у ы Наименование	Операция коды Код операции	Дәрігердің коды Код врача

15. Қаралу нәтижесі (Исход обращения): 1- сау (здоров); 2 – жазылды (выздоровление);

3 - өзгеріссіз (без перемен); 4 – жақсарды (улучшение); 5 – ауруханаға жатқызылды

(госпитализация); 6 – медициналық-әлеуметтік сараптамасына - болған жағдайда (бұдан әрі

– МЭС) жіберілді (направлен на медико-социальную экспертизу – при наличии (далее -

МСЭ); 7 – өлім (смерть); 8 – науқастың бас тартуы (отказ больного); 9- басқа жаққа

кетуі (выезд); 10 – егілді (привит); 11 – басқалар (прочие); 12 – Емханалық қаралу

оқиғасы - болған жағдайда (бұдан әрі – ЕҚО) жалғасуы (продолжение случая

поликлинического обращения – при наличии (далее - СПО); 13 – КДЕ (КДО) жолданды

(направлен в КДП (КДЦ).

16. ЕҚО (СПО): 1 – аяқталды (завершен); 2 - аяқталмады (не завершен)

17. Дәрігер (Врач): ТАӘ (ФИО) _____

Код _____ Қолы (Подпись) _____

18. ЕҚО аяқталған күн (Дата завершения СПО) _____ жылғы (год) " _____ " _____

А4 форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-7/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Медициналық ұйым (Медицинская организация)

Білім беру ұйымы (Организация образования)

Амбулаторлық карта № амбулаторной карты _____ учаске №

участка _____

ЖИН ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ИИН

! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !

БАЛАНЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУДІҢ (
СКРИНИНГТІҢ)
СТАТИСТИКАЛЫҚ КАРТАСЫ
СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА
ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА (СКРИНИНГА)
ребенка

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

1.Тегі/Фамилия	Аты/Имя

Әкесінің аты/Отчество

2. Туған күні/День рождения / / // / // / / / / жылғы

(года).

3. Жынысы/Пол: 1- ер/муж; 2 – әйел/жен

4. Ұлты/Национальность _____ 5. Тұрғын/Житель: 1-

қала/города; 2- ауыл/села

6. Тұратын жері/Место жительства: облыс/область _____

қала/город _____

аудан/район _____

Елді мекен (кент, ауыл)/населенный пункт (поселок, село)

7. Бекітілген тұрғын/Прикрепленный житель: 1 – иә/да, 2 – жоқ/нет

8. Бекітілген медициналық ұйым/Медицинская организация

прикрепления _____

9. Мүгедектік/Инвалидность: 1- бар/есть; 2- жоқ/нет 9.1. Мүгедектік

берілген жыл/Год установления инвалидности _____ 9.2.

Мүгедектік қай мерзімге берілді/На какой срок установлена

инвалидность (16 жасқа дейін/до 16 лет) _____

9.3. Мүгедектік тобы/Группа инвалидности (16 жастан бастап/от 16 лет)

9.4. Мүгедектік бойынша диагноз/Диагноз по инвалидности

_____ 10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)

10. Бойы/Рост _____ (см); 11. Салмағы/Вес _____ (кг).

12. Бас шеңбері/Окружность головы (3 жасқа дейінгі балалар/дети до 3 лет) _____
_____ (см).

13. Кеуде шеңбері/Окружность грудной клетки (3 жасқа дейінгі

балалар/дети до 3 лет) _____ (см).

14. Темекі шегу, күніне ең болмағанда бір темекі (7 жас және одан

үлкен балалар)/Курение, хотя бы одну сигарету в день (дети 7 лет и

старше): 1-жоқ/нет; 2-иә/да.

15. Алкоголдік ішімдіктер тұтыну (7 жас және одан

үлкенбалалар)/Употребление алкогольных напитков (дети 7 лет и старше): 1-жоқ/
нет; 2-иә/да.

16. Физикалық белсенділік, күнделікті физикалық салмақ (жаттығу, жаяу жүру, спорттық үйірмелерге қатысу және т.б.) 30 минуттан кем емес (3 жас және одан үлкен

балалар)/Физическая активность, ежедневная физическая нагрузка (зарядка, пешие прогулки, посещение спортивных секций и т.д.) не менее 30 минут (дети 3 лет и старше): 1-жок/нет, 2-иә/да.

17. Артериялық қысым (7 жас және одан үлкен балалар) (систолалық/диастолалық) 1-сі ____/____, 2-сі ____/____, орташа ____/____мм.с.б./Артериальное давление (дети 7 лет и старше) (систолическое/диастолическое) 1-е ____/____, 2-е ____/____, среднее ____/____мм.рт.ст.

18. Құлақтың естігіштігін анықтау/Определение остроты слуха:

18.1 Нәрестелер, отоакустикалық эмиссияны тіркеу әдісімен/Новорожденные, методом регистрации отоакустической эмиссии: 1-тіркелген/зарегистрирована; 2-тіркелмеген/не зарегистрирована; 3-жүргізілмеді/не проведена.

18.2 1 жасқа дейінгі балалар және одан үлкен/Дети 1 года и старше: 1-қалыпты/норма; 2-төмендеу/снижение.

19. Көздің көргіштігін анықтау/Определение остроты зрения: 1-қалыпты/норма; 2-төмендеу/снижение.

20. Плантограмманы анықтау (5 жасқа дейінгі балалар және одан үлкендер)/Оценка плантограммы (дети 5 лет и старше): 1-қалыпты/норма; 2-жалпақтабандық/плоскостопие.

21. Нервтік-психикалық дамуды бағалау/Оценка нервно-психического развития: 1-қалыпты/норма; 2-аздаған ауытқу/незначительные отклонения; 3-айқын ауытқу/выраженные отклонения.

22. Жыныстық дамуды бағалау (7 жастағы балалар және одан үлкен)/Оценка полового развития (дети 7 лет и старше): 1-қалыпты/норма; 2-қалыс қалу/отставание; 3-ерте жетілу/опережение.

23. Қатыгездік белгілері/Признаки жестокого обращения: 1-жоқ/нет; 2-иә/да.

24. Қаралу/Посещения:

Күні/ Дата	Қаралу Вид * щения	түрі*/ посе-	Дәрігер коды / Код врача	Күні/ Дата	Қаралу Вид * щения	түрі*/ посе-	Дәрігер коды / Код врача

продолжение таблицы

Күні/ Дата	Қаралу түрі* / Вид * щения	Дәрігер коды / Код врача	Күні/ Дата	Қаралу Вид * щения	түрі*/ посе-	Дәрігер коды / Код врача

* А/П – БМСК/ПМСП; Ү/Д – үйде/на дому; А/А–үйге актив/актив на дому; М/Ш – мектепте/в школе (балабақша, колледж, университет); К/К – жылжымалы медицина кешенінде/в передвижном медицинском комплексе.

25. Скринингтік тексерудің нәтижесі/Результаты скринингового

обследования:

25.1 Дені сау/Здоров(а): 1-жоқ/нет; 2-иә/да.

25.2 Мінез-құлықтық қауіп факторлары анықталды /Выявлены поведенческие факторы риска: 1-темекі шегу/курение; 2-ішімдікке салыну/употребление алкоголя; 3-

дененің артық салмағы/избыточная масса тела; 4-дене қимылы белсенділігінің төмендігі/низкая физическая активность.

25.3 Қорытынды диагноз/ Заключительный диагноз	10-ХАЖ коды/ Код МКБ-10	Диагноз түрі/ Тип диагноза (1,2,3*)	Дәрігер коды/ Код врача

*) Диагноздың әрбірі үшін/Для каждого из диагнозов: 1-жедел сырқат/острое заболевание; 2-өмірінде алғаш тіркелген созылмалы немесе алғаш анықталған/впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые; 3-бұрыннан белгілі созылмалы сырқат/известное ранее хроническое заболевание.

26. Денсаулық тобы: 1-I; 2-II; 3-III; 4-IV; 5-V./Группа здоровья: 1-I; 2-II; 3-III; 4-IV; 5-V.

27. Процедуралар мен талдаулар/Процедуры и анализы (орындалған/выполненные):

Мамандың к о д ы К о д специалиста	Т а р и ф и к а - торға бойынша к о д К о д по тарификатору	Атауы/Название	С а н ы Количество

28. БМСК дәрігеріне жіберілді (учаскелік дәрігер, жалпы практика дәрігері)/
Направлен к врачу ПМСП (участковый врач, врач общей практики): 1-жок/нет; 2-иә/да.

29. Скрининг-тексеру аяқтау күні/Дата окончания скрининг-обследования: _____
_____ жылғы/года. 30. Скрининг жүргізген адамның ТАӘ/ФИО лица,

проводившего скрининг _____ Дәрігердің коды/Код врача

Берілген мәліметтердің растығын мақұлдаймын/Подтверждаю, что вся

представленная информация достоверна.

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-8/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма 025-8/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____

Амбулаториялық карта № амбулаторной карты _____ учаске № участка _____

ЖСН!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!ИИН!__!__!__!__!__!__!__!__!__!__!
__!

Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) амбулаториялық
пациенттің үшін картасы Карта профилактического медицинского осмотра
(скрининга) амбулаторного пациента

1. Тегі/Фамилия_____Аты/Имя_____Әкесінің аты (
б о л ғ а н
жағдайда)/Отчество (при его наличии)_____

ЖСН/ИИН_____

2. Туған күні/Дата рождения / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ /ж. г.

3. Жынысы/Пол: 1-ер/муж; 2-әйел/жен

4. Ұлты/Национальность _____ 5. Тұрғын/Житель: 1-қала/
города; 2-ауыл/села

6.ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

7.Тұратын жері/Место жительства: облыс/область _____

қала/город _____ аудан/район _____

елді мекен (кент, ауыл)/населенный пункт (поселок, село) _____

8. Тіркелген тұрғын/Прикрепленный житель: 1 – иә/да, 2 – жоқ/нет

9. Тіркелген медициналық мекеме/Медицинская организация прикрепления _____

10. Мүгедектік/Инвалидность: 1-бар/ есть; 2- жоқ/нет 10.1 Мүгедектік обы/Группа инвалидности (16 жастан бастап/от 16 лет) _____

Мүгедектігі бойынша диагноз/Диагноз по инвалидности _____
_____ АХЖ-10 шифры/шифр МКБ-10 _____

11. Бойы/Рост _____ (см) 12. Салмағы/Вес _____ (кг) 13. Кетле индексі/Индекс Кетле : 1-25-кедейін/до 25; 2-25-30 аралығы/от 25 до 30; 3-30 және одан жоғары/от 30 и выше.

14. Белінінің ауқымы /Объем талии. 14.1 Ерлер/Мужчины: 1- 94 см-ға дейін/до 94 см; 2-94 см және одан көп/2-94 см и более. 14.2 Әйелдер/Женщины: 1-80 см-ға дейін/до 80 см; 2-80 см-ға дейін және одан көп/ 2-80 см и более.

15. Темекішегушілік (ең болмағанда күніне бір темекі)/Курение (хотя бы одну сигарету в день): 1-жоқ/нет; 2-иә/да

16. Алкоголдік ішімдіктерді тұтыну, тұтынуы аптасына екі реттен кем емес/ Употребление алкогольных напитков, разовое потребление не менее 2-х раз в неделю.

17 Ерлер 35-65 жас/Мужчины 35-65 лет: 1-тұтынбаймын/не употребляю; 2- аптасына бір рет , не одан да сирек/употребляю 1 раз в неделю и реже; 3-иә, сыра 0,5л дейін/да, пиво до 0,5 л; 4-иә, сыра 0,5л көп/да, пиво более 0,5 л; 5-иә, шарап 250 мл дейін/да, вино до 250 мл; 6-иә, шарап 250 мл көп/да, вино более 250 мл; 7-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 50 мл дейін/да, водку и другие крепкие напитки до 50 мл; 8-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 50 мл көп/да, водку и другие крепкие напитки более 50 мл.

18 Ерлер 18-34 жас, барлық жастағы әйелдер/Мужчины 18-34 лет, женщины всех возрастов: 1-тұтынбаймын/не употребляю; 2-аптасына бір рет, не одан да сирек/употребляю 1 раз в неделю и реже; 3-иә, сыра 0,25л дейін/да, пиво до 0,25 л; 4-иә, сыра 0,25л көп/да, пиво более 0,25 л; 5-иә, шарап 120 мл дейін/да, вино до 120 мл; 6-иә, шарап 120 мл көп/да, вино более 120 мл; 7-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 25 мл дейін/да, водку и другие крепкие напитки до 25 мл; 8-иә, арақ және одан да күшті ішімдіктер 25 мл көп/да, водку и другие крепкие напитки более 25 мл.

19. Дене белсенділігі /Физическая активность – күнделікті физикалық жүктеме 30 минуттан кем емес (жүру, жаттығулар және т.б.)/ежедневная физическая нагрузка (ходьба, упражнения и т.д.) не менее 30 минут: 1-жок/нет; 2-иә/да

20. Сіздің ата-анаңызда жүрек аурулары бар (болды) ма (гипертония, ЖИА)/Имеются (-лись) ли у Ваших родителей болезни сердца (гипертония, ИБС): 1-жок/нет; 2-иә/да

21. Сіздің кеудеңізде тыныштықта немесе жүктеме түскенде (психоэмоционалдық, физикалық) ауыру немесе басқа да жағымсыз сезінулер бола ма, жүктеме түсіруді доғарғанда олар 10 минут ішінде басылады ма немесе жүрек ырғағы қалпына келе ме/Появляется ли у Вас боль или другие неприятные ощущения за грудиной в покое или при нагрузке (психоэмоциональная, физическая), проходящие при ее отмене в течение до 10 минут, или перебои в ритме сердца: 1-жок/нет; 2-иә/да

22. Сізде бас ауыруы бола ма/Отмечаются ли у Вас головные боли: 1-жок/нет; 2-иә/да

23. Сізде артериялды қысым жоғарылауы бола ма/Отмечается ли у Вас повышение артериального давления: 1-жок/нет; 2-иә/да

24. Артериялды қан қысым (систоалық/диастоалық), орташа /Артериальное давление (систолическое/диастолическое), среднее ____/____ммс.б. /ммрт.ст.

25. Көз көруіңіздің нашарлауы байқала ма/Наблюдается ли у Вас снижение остроты зрения: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

26. Сіздің көз алдыңыздың бұлдырлауына шағымдарыңыз бар ма/Имеются ли у Вас жалобы на "пелену" перед глазами: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

27. Сіздің ата-анаңызда глаукома бар (болды) ма/Имеется (-лась) ли у Ваших родителей глаукома: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

28. Сізде 4 диоптрийдан асатын алыстан көрмеушілік бар ма/Есть ли у Вас близорукость, превышающая 4 диоптрии: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

29. Сізде соңғы жылы нәжісіңізде патологиялық қоспалар байқала ма/Отмечаются ли у Вас в течение последнего года патологические примеси в кале: 1-жоқ/нет; 2-қан/кровь; 3-сілемей/слизь; 4-ірің/гной

30. Тек әйелдер үшін/Только для женщин: Сізде жыныстық қатынастан кейінгі қанағу бола ма/бывают ли у Вас контактные кровотечения: 1-жоқ/нет; 2-иә/да

31. Қанайналым жүйесі және қант диабеті ауруларын анықтайтын тексерудің нәтижесі/Результаты обследования на выявление болезней системы кровообращения и сахарного диабета (18,25,30,35,40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64 жас/года)

ЭКГ/ЭКГ: 1-норма/норма; 2-патология/патология; 3-жүргізілмеді (көрсетілмеген)/не проведена (не показана)

32. Холестерин деңгейі/уровень холестерина: 1-менее 5,2 ммоль/л; 2-5,2 ммоль/л и выше 3-диспансерлік есепте тұр/состоит на диспансерном учете

33. Глюкоза/глюкоза 1-3,88-ден 5,55 ммоль/л-ге дейін/ от 3,88 до 5,55 ммоль/л; 2-5,55 ммоль/л және жоғары/ 5,55 ммоль/л и выше; 3-диспансерлік бақылауда тұр / состоит на диспансерном учете

34. Глаукоманы анықтайтын тексерудің нәтижесі/Результаты обследования на выявление глаукомы (40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 жас/лет)

35. Көзішілік қысым/Внутриглазное давление: 1-норма/норма; 2-жоғарылаған/повышенное; 3-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

36. Ісікалды және ісік ауруларын анықтайтын тексерулердің нәтижесі/Результаты обследования на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний

37. Сүртінділердің цитологиялық зерттеу/Цитологическое исследование мазков (әйелдер/женщины 30,35,40,45,50,55,60 жас/лет): 1-норма/норма; 2-микроорганизмдер/микроорганизмы; 3-эпителий жасушаларының басқа өзгерістері (жасушалардың реактивтік өзгерістері, гистерэктомиядан кейінгі бездік жасушалар, атрофия)/другие изменения эпителиальных клеток (реактивные клеточные изменения, железистые клетки после гистерэктомии, атрофия), 4-ASC-US; 5-ASC-H; 6-LSIL; 7-HSIL, 8-CIS; 9-AGUS; 10-AIS; 11-қатерлі ісік/рак; 12-басқалары (40 жастан асқан әйелдерде эндометрия жасушалары)/другое (эндометриальные клетки у женщин старше 40 лет); 13-жүргізілмеген/ не проведена; 14-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

38. Кольпоскопия (көрсетілімдер бойынша)/ Кольпоскопия (по показаниям): 1-жүргізілді/проведена; 2-жүргізілген жоқ/не проведена

39. Жатыр мойыны биопсиясының нәтижесі (көрсетілімдер бойынша)/ Результат биопсии шейки матки (по показаниям): 1-басқалары/другое; 2-CIN I; 3-CIN II; 4-CIN III ; 5-CIS; 6-AIS; 7-қатерлі ісік/рак; 8-жүргізілмеген/не проведена.

40. Маммография, бірінші оқып талдау/Маммография, первая читка (әйелдер/женщины 50,52,54,56,58,60 жас/лет), первая читка: 1-M1; 2-M2; 3-M3; 4-M4; 5-M5; 6-жүргізілмеген/не проведена; 7-диспансерлік есепте тұр/состоит на диспансерном учете

41. Маммография екінші оқып талдау/Маммография, вторая читка: 1-M1; 2-M2; 3-M3; 4-M4; 5-M5; 6-M6a; 7-M6b

42. Скрининг бойынша маммография арқылы тексеру/Обследована маммографически по скринингу: 1-алғашқы рет/впервые; 2-қайтара/повторно

43. Гемокульт-тест/Гемокульт-тест (50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 жас/лет): 1-оң/положительный; 2-теріс/отрицательный; 3-жүргізілмеген/не проведен; 4-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

44. Скрининг бойынша гемокульт-тест арқылы тексеру/Проведен гемокульт-тест по скринингу: 1-алғашқы рет/впервые; 2-қайтара/повторно

45. Колоноскопия (көрсетілімдер бойынша)/Колоноскопия (по показаниям): 1-CS1; 2-CS2; 3-CS3; 4-CS4; 5-CS5; 6-CS6; 7-CS7; 8-CS8; 9-жүргізілмеген/не проведена

46. Эзофагоскопия (50, 52, 54, 56,58, 60 жас/лет): 1-ES1; 2-ES2; 3-ES3; 4-ES4; 5-ES5; 6-ES6; 7-ES7; 8-ES8; 9-ES9; 10-ES10; 11-ES11; 12-ES12; 13-жүргізілмеген/не проведена ; 14- диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

47. Гастродуоденоскопия (50, 52, 54, 56,58, 60 жас/лет): 1-GS1; 2-GS2; 3-GS3; 4-GS4 ; 5-GS5; 6-GS6; 7-GS7; 8-GS8; 9-GS9; 10-GS10; 11-GS11; 12-жүргізілмеген/не проведена; 13-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

48. ПЕА нәтижелері/Результаты ПСА (еркектер/мужчины 50, 54, 58, 62, 66 жас/лет): 1-төмен 3,1 нг/мл/ниже 3,1 нг/мл; 2-3,1 тен 7,8 нг/мл дейін/от 3,1 до 7,8 нг/мл; 3-7,8 нг/мл

мл және астам/ выше 7,8 нг/мл; 4-жүргізілмеген/не проведен; 5-диспансерлік бақылауда тұр/состоит на диспансерном учете

49. Қуықасты безінің денсаулық индексі/Индекс здоровья простаты: 1-ден 25/до 25; 2-25 және жоғары/ 25 и выше; 3-жүргізілмеген/не определен

50. Қуықасты безі биопсиясының нәтижелері (көрсетілімдер бойынша)/Результаты биопсии предстательной железы (по показаниям): 1-ісік жасушалары жоқ/опухолевые клетки не обнаружены; 2- қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы/доброкачественная гиперплазия предстательной железы; 3-қабыну/воспаление; 4-қуықасты безінің интраэпителиалдық неоплазиясы/простатическая интраэпителиальная неоплазия (ПИН) : 4а-ПИН 1-2; 4б-ПИН 3; 5-қалыпсыз кіші ацинарлық пролиферация /атипическая мелкоацинарная пролиферация ASAP; 6-обыр/рак: 6а- Глисон 2-6; 6б-Глисон 7; 6в-Глисон 8-10; 7-биопсия жүргізілмеген (бас тартты, қарсы көрсеткіштері, басқалары)/ биопсия не проведена (отказ, противопоказания, другое)

51. Қаралуы/Посещения:

Күні / дата	Қаралу түрі/ В и д * посещения	Дәрігердің коды/Код врача	Күні / дата	Қаралу түрі/ В и д * посещения	Дәрігердің коды/Код врача	Күні / дата	Қаралу түрі/ В и д * посещения	Дәрігердің коды/Код врача

* П –МСАК/ПМСП; Д – үйде/на дому; А–үйдегі актив/актив на дому; У – ұйымдарда/в организации; К – жылжымалы медициналық кешенде/ в передвижном медицинском комплексе

52. Скринингтік тексерудің нәтижесі/Результаты скринингового обследования:

53. Дені сау/Здоров(а): 1-жоқ/нет; 2-иә/да

54. Мінез-құлық қауіп факторлары анықталды /Выявлены поведенческие факторы риска: 1- темекішегушілік/курение; 2-ішімдікті мөлшеріне көп тұтыну салыну/

злоупотребление алкоголем; 3-дененің артық салмағы/избыточная масса тела; 4- дене белсенділігінің төмендігі/низкая физическая активность

55. Биологиялық қауіп факторлары анықталды/Выявлены биологические факторы риска: 1-тұқымқуалаушылыққа бейімділік/наследственная предрасположенность; 2- гипертензия/гипертензия 3-гиперлипидемия/гиперлипидемия; 4-гипергликемия/гипергликемия

56. Қорытынды Заключительный диагноз	АХЖ-10 коды/ К о д МКБ-10	Диагноздың түрі (1,2,3*)/Тип д и а г н о з а (1,2,3*)	Дәрігердің коды/ Код врача

*) Диагноздардың әр қайсысы үшін/Для каждого из диагнозов: 1-ушыққан ауру/острое заболевание; 2-алғаш тіркелген созылмалы немесе алғаш анықталған/впервые в жизни зарегистрированный хронический или установленный впервые; 3- бұрыннан белгілі созылмалы ауруы/ известное ранее хроническое заболевание.

57. Диспансерлік бақылау топтары/Группа диспансерного наблюдения: 1-ІА; 2-ІБ; 3-ІІ; 4-ІІІ

58. МСАК дәрігеріне жіберілді (учаскелік дәрігер, жалпы практика дәрігері)/Направлен к врачу ПМСП (участковый врач, врач общей практики): 1-жок/нет; 2-иә/да

59. Скрининг-тексерудің күні/Дата окончания скрининг-обследования: _____
_____ жылғы/года

60. Скрининг жүргізген адамның Т.А.Ә. (болған жағдайда)/Ф.И.О. (при его наличии)
) лица, проводившего скрининг _____

Дәрігердің коды/Код врача _____

Берілген мәліметтердің растығын мақұлдаймын/Подтверждаю, что вся представленная информация достоверна.

Амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте профилактического осмотра (скрининга) амбулаторного пациента

Ұлттық скринингтік бағдарлама қатысушысының
т ө л қ ұ ж а т ы
П а с п о р т
участника Национальной скрининговой программы

Берілген күні/Дата выдачи: " _____ " _____ 20 _____

Скрининг – бұл халықтың нысаналы топтары арасында ауруды ерте сатысында және қауіп-қатер факторларын анықтауға бағытталған ұйымдастырылған және мемлекет тарапынан қаржыландырылған алдын алу тексеріс бағдарламасы. Скрининг бағдарламасы белгілері мен шағымдары айқындалмаған белгілі бір аурудың (глаукома немесе диабет болмаса обыр) дамуын анықтауға көмектесетін зерттеулерден құрылған. Скрининг Бекітілген халық тіркелімінің деректеріне негізделеді және тіркелу орны бойынша емханада тегін өткізіледі. Скрининг еріткі түрде өткізіледі Егер сіз скринингтік бағдарламаның қатысушысы болсаңыз, сіздің келесідей құқықтарыңыз бар: - скрининг өткізлетін аурулар туралы және скринингтің өту процедурасы туралы ақпарат алуға; - бекітілген ауқымда тегін тексерістен өтуге; - скрининг алгоритіміне сәйкес мамандардың кеңесін алуға; - диагностика және емдеу хаттамаларына сәйкес сәйкес	Скрининг – это организованная и оплаченная государством программа профилактического обследования целевых групп населения для выявления факторов риска и заболеваний на ранних стадиях развития. Программа скрининга включает в себя исследования, с помощью которых можно определить развитие определенного заболевания (глаукомы или диабета или рака) без симптомов и жалоб. Скрининг основывается на данных Регистра прикрепленного населения и проводится бесплатно в поликлинике по месту п р и к р е п л е н и я . Скрининг проводится на добровольной основе. Если Вы стали участником скрининговой программы, вы имеете следующие права: - получить информацию о заболеваниях, при которых проводится скрининг, и процедуре скрининга; - пройти бесплатно обследование в утвержденном объеме; - получить консультацию специалистов согласно алгоритму

динамикалық қаралу мен сауықтырудан өтуге; - өзіңіздің скрининг нәтижелеріңіз туралы ақпарат алуға; - тексеріс барысында жанама әсер/асқынулар пайда болғанда – тегін медициналық жәрдемнің кепілдік берілген көлемі аясында тиісінше медициналық көмек алуға. Егер сіз скринингтік бағдарламаның қатысушысы болсаңыз, сіздің келесідей міндеттеріңіз бар: - бекітілген тексеріс ауқымын уақытында және үнемі өтіп отыру; - зерттеулерге дайындалу және оларды өткізуге қойылатын талаптарды бұлжытпай орындауға; - скринингтің негізгі артықшылықтары мен кемшіліктерін білуге. Ұлттық скринингтік бағдарламасы халықтың нысаналы тобы, скринингтік тест, қосымша зерттеу ауқымы белгіленген бірқатар аурулардың түрлерін анықтауға бағытталған. Халықтың нысаналы тобында кейбір аурулардың даму қауіп-қатері жоғары болып табылатын белгілі бір жас шамасындағы топтар, еркектер және/немесе әйелдер қамтылған. Нысаналы топқа аталған аурулар бойынша Д-есебінде тұрған және ауыр соматикалық патологиясы бар, сонымен қатар бағдарламада қатысудан (соның ішінде қосымша зерттеуден өтуге) бас тартқан азаматтар кірмейді.	с к р и н и н г а ; - проходить динамическое наблюдения и оздоровление в соответствии с протоколами диагностики и лечения; - получить информацию о своих результатах скрининга; - в случае развития непредвиденных нежелательных (побочных) явлений/осложнений при проведении исследований – получить соответствующую медицинскую помощь в рамках Гарантированного объема бесплатной медицинской помощи. Если Вы стали участником скрининговой программы, вы имеете следующие обязанности: - регулярно и своевременно проходить утвержденный объем обследования; - четко выполнять требования к подготовке и проведению исследований; - знать основные преимущества и недостатки скрининга. Национальная скрининговая программа направлена на выявление определенных видов заболеваний, для которых установлены целевая группа населения, скрининговый тест, объем дообследования. Целевая группа включает себя мужчин и/или женщин, определенные возрастные группы, в которых риск развития некоторых заболеваний является высоким. Из целевой группы исключаются пациенты, состоящие на Д-учете по данным заболеваниям и с тяжелой соматической патологией, а также отказавшиеся от участия в программе (в т.ч. от этапа дообследования).

Скринингтің түрі (аурудың атауы) / Вид скрининга (наименование заболевания)	Нысаналы топ (жынысы, жасы) / Целевая группа (пол, возраст)	Скринингтік тест / Скрининговый тест	Қосымша зерттеудің ауқымы, мамандар кеңестері / Объем дообследования, консультации специалистов
Артериалды гипертония, Ж И А / Артериальная		АҚ өлшеу, қандағы холестеринді анықтау /	ЭКГ, кардиолог

гипертония, ИБС	ерк./әйел //муж./жен. 25, 30, 35, 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет	измерение АД, определение холестерина крови	
Қант диабеті / Сахарный диабет		қандағы глюкозаны анықтау/ определение глюкозы крови	эндокринолог
Глаукома	ерк./әйел муж./жен 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет	көз ішінің қысымын өлшеу / измерение внутриглазного давления	офтальмолог
Сүт безінің обыры/ Рак молочной железы	әйел /жен. 50, 52, 54, 56, 58, 60 жас/ лет	маммография	УДЗ, биопсия, маммолог / УЗИ, биопсия, маммолог
Ж а т ы р мойынының обыры/ Рак шейки матки	әйел /жен. 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 жас / лет	онкоцитологияға сұртінді/ мазок на онкоцитологию	кольпоскопия, биопсия, гинеколог
Жуан ішектің обыры / Рак толстого кишечника	ерк./әйел //муж./жен. 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жас/ лет	нәжістегі жасырын қанды анықтау /определение скрытой крови в кале (гемокульт-тест)	і ш е к т ің эндоскопиялық зерттелуі, колопроктолог/ эндоскопическое исследование кишечника, колопроктолог
Өнеш, асқазан обыры/ Рак пищевода, желудка	ерк./әйел муж./жен. 50, 52, 54, 56, 58, 60 жас/ лет	өңештің, асқазанның эндоскопиялық зерттелуі/ эндоскопическое исследование пищевода и желудка	гастроэнтеролог, онколог
Қуықасты безінің обыры/ Р а к предстательной железы	ерк./муж. 50, 54, 58, 62, 66 жас/ лет	ПЕА анықтау,РНІ / определение ПСА, РНІ	қуықасты безінің пункциялық биопсиясы, уролог / пункционная биопсия простаты, уролог
Бауыр обыры/ Рак печени	бауыры циррозы бар ерк./әйел/ муж./жен. с циррозами печени	АФП анықтау, бауыр УДЗ / определение АФП, УЗИ печени	бауырдың КТ/ М Р Т / КТ/МРТ печени, онколог

Емделуші туралы деректер / Сведения о пациенте

1. Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____
 _Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

2. Туған күні/Дата рождения / __/__/__ / __/__/__ / __/__/__ / __/__/__ /ж. г. 3. Жынысы/Пол: ер
./муж. / __/ әйел/жен. / __/

4. ЖИН /ИИН! __! __! __! __! __! __! __! __! __! __! __! __! __!

5. ӘАОЖ коды/Код КАТО _____

6. Тұратын жері/Место жительства: облыс/область _____ қала/город _____
аудан/район _____

елді мекен (кент, ауыл)/населенный пункт (поселок, село) _____

7. Бекітілген медициналық мекеме/Медицинская организация прикрепления _____

Ұлттық скринингтік бағдаламаға қатысудың
к е л і с і м і

Мен, _____
19 _____ жылы туған, Ұлттық скрингтік
бағдарламаның мақсаттары мен міндеттері,
скринингті өткізудің ережелері, өзімнің
құқықтарым мен міндеттеріммен
т а н ы с т ы р ы л д ы м .

Мен медицина маманы тарапынан
-скринингтік тест ауруды растайтын немесе
жоққа шығаратын біржолата ақырғы емес екенін
;

- белгілі бір көрсетімдерде қосымша зерттеу,
мамандардың кеңестері, мүмкін – биопсияның
өткізілуі қажет екенін;

- скринингтік тест, қосымша зерттеу әдістері
инвазиялық сипатта, жайсыз және/немесе
аурушаң сезінулермен болуы мүмкін екенін;
- қолданылатын зерттеу әдістері айырықша
жағдайда жанама әсер/асқыну дамуының себебі
болуы мүмкін екенін;

- скрининг барысында белгілі бір ауру
анықталған жағдайда бекітілген ауруды анықтау
және емдеу клиникалық протоколдарының
тәртібіне сәйкес кейінгі зерттеу және емдеуден

Согласие участия в Национальной скрининговой
п р о г р а м м е

Я, _____ 19 _____
года рождения, ознакомлен с целями и задачами
Национальной скрининговой программы, с правилами
проведения скрининга, своих правах и обязанностях. Я
информирован медицинским работником, что
- скрининговый тест не является окончательным
подтверждением или исключением заболевания;
- при определенных показаниях необходимо
дообследование, консультации специалистов, возможно
– проведение биопсии;
- скрининговый тест, методы дообследования могут
нести инвазивный характер, неприятные и /или болевые
о щ у щ е н и я ;

- в исключительных случаях используемые методы
обследования могут стать причиной развития
нежелательных (побочных) явлений/осложнений;

- в случае выявления какого-либо заболевания в ходе
скрининга обязываюсь проходить дальнейшее
обследование и лечение согласно утвержденным в
установленном порядке клиническим протоколам
диагностики и лечения.

өтуге міндетті екенімді ақпараттандырылдым. Мен өз денсаулығым үшін ортақ жауапкершілік алатынымды және Ұлттық скринингтік бағдарламаға қатысуға өз еркіммен келісім беретінімді түсінемін.	Я понимаю, что несу солидарную ответственность за свое здоровье, и добровольно даю свое согласие на участие в Национальной скрининговой Программе.
_____ (қолы) (күні, айы, жылы)	_____ (подпись) (дата, месяц, год)

Қауіп-қатер факторлары, қанайналым жүйесінің аурулары, диабет, глаукомаға скринингтік зерттеулердің нәтижелері /

Результаты скрининговых исследований на факторы риска, болезни системы кровообращения, диабет, глаукому

Жасы, жыл / возраст, годы	Скринингтің өткізілген күні / Дата прохождения скрининга	Рост	Вес	Кетле индексі / Индекс Кетле	Употребление овощей и фруктов	Физическая активность	Темекішегушілік / Курение	Ішім-дік / Алкоголь	АҚ, ммсн . бағ. АД, мм рт.ст .	Жалпы холестерин / Общий холестерин, ммоль/л	Глюкоза, ммоль/л
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
40											
42											
44											
46											
48											
50											
52											
54											
56											
58											
60											
62											
64											
66											
68											
70											

Физиологические нормы жизнедеятельности и факторы риска возникновения заболеваний.

Онкологиялық ауруларға скринингтік зерттеулердің нәтижелері / Результаты скрининговых исследований на онкозаболевания (1)

Ж а с ы , ж ы л возраст, годы	Жатыр мойыны / Шейка матки			Сүт безі / Молочная железа	
	Цитограмма	Кольпоскопия, күні /дата	Диагноз	Маммография, күні /дата	Диагноз
	14	15	16	17	18
30					
35					
40					
45					
50					
52					
54					
55					
56					
58					
60					

Тоқсан-жылы / квартал-год	АФП, нг/мл	УДЗ / УЗИ	Тоқсан-жылы / квартал-год	АФП, нг/мл	УДЗ / УЗИ	Тоқсан-жылы / квартал-год	АФП, нг/мл	УЗИ	Бауырдың КТ, МРТ / КТ, МРТ печени
28	29	30	31	32	33	34	35	36	37

Мамандардың кеңестері / Рекомендации специалистов

Күні/ Дата	Маман, КДМ / специалист, КДУ	Кеңестері (қысқаша) / Рекомендации (кратко)
38	39	40
Скрининг кезінде зерттеулерден өту үшін дайындалудың ережелері: ... Қанайналым жүйесінің аурулары және қан диабетіне 1. Зерттеу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс. 2. Зерттеу алдында бір сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн. ... Жатыр мойынының обырына 1. Профилактикалық тексеріске дейінгі 48 сағат бұрын жыныстық қатынастардан тартыну, іншектік манипуляцияларды (бүркіп жуу, бұлау, тампондарды қолдану) жүргізуді, іншектік дәрі-дәрмектерді (спермицид, лубрикант т.б.) пайдалануды тоқтату керек. 2. Сүртіндіні етеккір/менструалды цикл басталғаннан 8-19-күні жасаған жөн. 3. Тексерілуден етеккір кезінде, қабынудың белгілері болған жағдайда немесе генетальді инфекцияны емдеу кезінде өтуге болмайды. ... Сүт безінің обырына 1. Маммографияны етеккір/менструалды цикл		Как подготовиться к прохождению исследований при скрининге: ... Болезней системы кровообращения и сахарного диабета 1. Анализ проводится строго натощак, т.е. между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов. 2. За час до взятия крови необходимо воздержаться от курения, употребления алкоголя, жирной и пищи. ... Рака шейки матки 1. За 48 часов до профилактического осмотра необходимо исключить половые контакты, влагалищные манипуляции (проведение спринцеваний, ванночек, тампонов), использование вагинальных медикаментов (спермицидов, лубрикантов и т.д.). 2. Мазок предпочтительно делать на 8-19-й день с начала менструального цикла. 3. Нельзя проходить обследование во время менструации, при наличии признаков воспаления или в период лечения от генитальной инфекции. ... Рака молочной железы 1. Маммографию предпочтительно делать на 6-9-й день от начала менструального цикла. 2. Отправляясь на обследование, следует надеть

басталғаннан 6-9-күні жасаған жөн.

2. Тексерілуге барарда екі бөліктен құрылған киім киген дұрыс – белдемше немесе шалбар және жейде , өйткені тексерілу кезінде әйел белге дейін шешінеді. Өзіңізбен бірге құрғақ сүрткі алыңыз.

... Жуан ішек обырына

1. Зерттеуді менструалды циклдан кейінгі 3 күн ішінде, гемморойлық түйіннің қанағыштығы, несепте қан болған жағдайда жасамаған жөн.

2. Тестіні жүргізуге дейінгі 48 сағат ішінде алкогольді, құрамында аспирин бар дәрілерді тұтынудан бас тартқан дұрыс, себебі мөлшерден көп тұтыну ішектің шырышты қабығын қоздырып, қанағыштықты туғызуы мүмкін.

3. Арнайы диетаны ұстанудың қажеті жоқ, өйткені скринингте иммунохимиялық тест пайдалынады.

4. Нәжісті тәуліктің кез келеген уақытында алуға болады. Басты талап – материал "жаңа алынған" болуы тиіс.

5. Егер тестінің өткізілуі туралы нұсқау берілсе – міндетті түрде тестіден өтер алдында онымен мұқият танысып алыңыз.

... Өңеш пен асқазан обырына

1. Эзофагогастродуоденоскопи-яны өткізудің басты шарты – процеруданы жүргізуге дейінгі 8-10 сағат бұрын тамақтан тартыну. Егер зерттеу күннің бірінші жартысына жоспарланса, қарсаңында 20-00-ге дейін жеңіл ғана кешкі ас рұқсат етіледі.

2. Зерттеу алдында 3-4 сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн.

3. Зерттеу жүргізгеннен кейінгі 30 минут ішінде тамақ пен су ішуге болмайды. Процедура кезінде өзіңізді қалай ұстау керек екеніңізді медицина мамандарынан сұрауға еш қысылмаңыз.

... Қуықта безінің обырына

1. Қан тапсырар алдындағы 1-2 тәулік бұрын жыныстық қатынастардан тартынған жөн.

2. Зерттеу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс.

3. Зерттеу алдында бір сағат бұрын темекі шегуден тартынған жөн.

4. Анализді қауықасты безінің массажа, инструменттік зерттеулерден кейін(трансректальді ультрадыбыстық зерттеу, несеп қуығының цистоскопиясы немесе катетеризациясы) араға кем дегенде бір апта салған уақытта берген дұрыс. Қуықасты безінің биопсиясынан кейін кем дегенде бір ай өту керек.

... Бауыр обырына

1. УДЗ және қанды талдауға алу ашқарынға өткізіледі, яғни соңғы ас қабылдау мен қан алудың арасы кем дегенде сегіз сағат болуы тиіс.

2. Ультрадыбыстық суреттің дұрыс көрінуі үшін

одежду из двух частей – брюки или юбка и блузка, так как во время обследования женщине надо будет раздеться до пояса. Возьмите с собой сухие с а л ф е т к и .

... Рака толстой кишки

1. Не рекомендуется производить исследование во время и в течение 3 дней после менструального периода, при кровоточивости из геморроидальных узлов, при наличии крови в моче.

2. Рекомендуется воздержание от приема алкоголя и аспириносодержащих препаратов в течение 48 часов до проведения теста, так как их чрезмерное употребление может способствовать раздражению слизистой кишечника и явлению кровоточивости.

3. Нет необходимости придерживаться специальной диеты, т.к. в скрининге применяется иммунохимический тест.

4. Кал для исследования может быть взят независимо от времени суток. Главное условие – "свежий" материал.

5. Если выдана инструкция по проведению теста – обязательно перед проведением теста тщательно ознакомьтесь с ней.

... Рака пищевода и желудка

1. Главное условие для проведения эзофагогастродуоденоскопии – воздержание от пищи и еды за 8-10 часов до процедуры. Если исследование запланировано в первую половину дня – накануне разрешается легкий ужин до 20-00.

2. За 3-4 часа до обследования необходимо воздержаться от курения.

3. После исследования нельзя пить и принимать пищу в течение 30 минут. Не стесняйтесь спросить врача и медицинскую сестру, как вести себя во время процедуры.

... Рака предстательной железы

1. За 1-2 суток перед сдачей крови следует воздержаться от половых отношений.

2. Анализ проводится строго натощак, т.е. между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов.

3. За час до взятия крови необходимо воздержаться от курения.

4. Сдавать анализ нужно не раньше, чем через неделю после массажа предстательной железы, инструментальных исследований (трансректального ультразвукового исследования, цистоскопии или катетеризации мочевого пузыря). После биопсии предстательной железы должно пройти не меньше месяца.

... Рака печени

1. УЗИ и анализ крови проводятся натощак, т.е. между последним приемом пищи и взятием крови должно пройти не менее восьми часов.

симетекон эмульсиясын кешке және зерттеу өткізілетін күні таңертең қабылдағын дұрыс.

2. Для улучшения визуализации УЗ-картины рекомендуется применение эмульсии симетекона вечером и утром в день исследования.

Амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте профилактического осмотра (скрининга) амбулаторного пациента

Маммограмманы "екінші рет оқу" және қорытындысы туралы жолдама /
Направление маммограмм на "вторую читку" и результаты

1. Ұйымның атауы/ Наименование организации: _____	
2. МГ өту уақыты / Дата прохождения МГ: _____	
3. МГ-ның МКДБ-ға келіп түскен күні / Дата поступления МГ в СКДО: _____	
4. ЖСН / ИИН: _____	
5. ТАӘ (болған жағдайда) ФИО(при его наличии: _____	
6. Туған күні/ Дата рождения: _____	
7. Тұратын жері/Место жительства: _____	15. Шағымдар / Жалобы: иә/да - жоқ/нет _____ (қандай /указ:
	16. Анамнез/Анамнез жылы/год _____
8. Телефон / Контактный телефон _____	17. Аспирация кисты / Аспирация кисты _____
9. Алғашқы маммография / Маммография впервые? иә /да - жоқ/нет	18. Секторлы түрде кесіп алу (қатерсіз ісіктер) / Секторальная резекция (доброкачественного образования) _____
10. Скрининг б/ша алғаш рет / По скринингу впервые? иә/да - жоқ/нет	19. Мастэктомия/Мастэктомия _____
	20. Ағзаны сақтап қалу отасы / Органосохранная операция _____
	21. Сәулелі терапия / Лучевая терапия _____
	2 2 . Б а с қ а о т а л а р /
	Другие операции _____

Алғаш рет болмаса (өткен күні, жері, канша рет) / Если не впервые (дата, место прохождения, который раз): _____

11. Басқа МГ тексерулер / Другие МГ обследования: иә/да - жок/нет
иә болса: қашан, қайда / если да: когда, где _____

12. Бұрынғы маммограммалардың болуы / Наличие предыдущих маммограмм: иә/да - жок/нет

13. Менопауза: иә/да - жок/нет _____ (қанша жыл / сколько лет)

14. Тұқым қуу ауруының болуы/ Наследственность отягощена? иә/да - жок/нет
Сүт безі қатерлі ісіңгі /рак молочной железы (кімде? у кого?) _____

Басқа ағзаларда /др. локализация _____

_____ (көрсету керек, кімде / указать какая, у кого)

14. Гормоналмастыру емі / Гормонозаместительная терапия: иә/да - жок/нет

23. Көрінетін өзгерістер / Видимые изменения железы

24. Терідегі тыртықтар, қалдар, папилломалар / На коже рубец, родинка, папиллома и др.

25. Емшек үрдісінің өзгеруі / Изменение соска

26. Е м ш е к т і ң ы л ғ а д а н у ы ,
Выделения из соска

27. Д е ф о р м а ц и я , т ы ғ ы з д а л у ,
Деформация, уплотнение

линия отрыва

25. Маммография
Ұйымның атауы /
Наименование
организации: _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда)
Ф.И.О. (при его наличии): _____

Туған күні / Дата
рождения: _____

Маммография өткен күні /
Дата маммографии "____
" _____ 20 ____
Екінші үшінші рет
оқылған күні / Дата "____
второй, третьей читки" "____
" _____ 20 ____

28. Көрінетін өзгерістер (сурет ретінде көрсету)
Видимые изменения (зарисовать на рисунке)

33.МГ сапасы /

34. Жарамды / 1
35. Көрініс сап
36. Жайғастыру
37. Ек
"второй читки"

29. Маммограмма проекциясы және оның саны / Проекции маммограмм и их число

Проекциялар/ проекции	R	L
Тура (тік) /Прямая (CC)		
жанама / Косая (OBL)		
Маммограммалар жалпы саны / общее число маммограмм		

30. Қайталанған маммограммалар саны
/Число повторных маммограмм _____
Рентгензертханашы / Рентгенлаборант
ТАӘ, қолы/ ФИО _____
Қолы /Подпись _____

31.Бірінші оқу қорытындысы/ Результаты "первой читки" (BI-RADS)

38. Ү1
/ Результаты "тү
R L Ұсып
күні
Жауапты
ТАӘ/
Қолы

32.МКДБ/СКДО.: Рентген сүт безі тығыздығы (I денIV-дейін)/ Рентгеноплотность железы (от I до IV) R____
____ L____
линия отрыва

(оборотная сторона)	4. Мам
39. Ұ сы ны с тар / Р е ко м е н д а ц и и	камтылмау)
1. Екі жылдан соң қайта скринингке шақыру / Пригласить на скрининг через 2 года	пр о б л е м ы
2. МКДБ -ға қосымша скринингке шақыру (МГ, УДЗ, биопсия) / Пригласить на дополнительное	Дәрігерлер,
обследование в СКДО (МГ, УЗИ, биопсия)	Ф.И.О.
3. Қысқамерзімді динамикалық қадағалау ____кейін / Краткосрочный динамический контроль через ____	_____
_____м е с я ц е в	_____

Амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скринингтің) картасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте профилактического осмотра (скрининга) амбулаторного пациента

Қуық асты безін ультрадыбыстық және тік ішек арқылы саусақпен зерттеу /
Пальцевое ректальное и ультразвуковое исследование предстательной железы

№ _____ 20 ____ жыл (год) " ____ " _____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Кім жіберді (Кем направлен) _____

Алдын ала қойылған диагнозы (Диагноз предварительный) _____

Жалпы ПЕА деңгейі (Уровень общего ПСА) _____ нг/мл;

Қуықасты безінің денсаулық индексі (Индекс здоровья простаты) РНІ _____

Тік ішек арқылы саусақпен зерттеу деректері /Данные пальцевого ректального исследования

Белгілеу керек (Необходимое подчеркнуть):

түйіндер (узлы) тығыз (плотные)/тығыз емес (неплотные),

түйіндер(узлы) біреу (единичные)/көп (множественные),

түйіндер(узлы) қуық безінің бір қапталында (в одной из долей предстательной железы)
/ қуық безінің түгел ұлғайуы(увеличение всей железы),

Қуық безі консистенциясы (консистенция предстательной железы) /жумсақ(мягкая),
қиыршықты(каменистая)

Қуық безі шекаралары (границы предстательной железы) анық(четкие)/анық емес(нечеткие)

Қуық безі сырты (поверхность предстательной железы)тегіс(ровная) / тегіс емес(бугристая)

Қуық безінің жоғарғы шекараларысаусаққа (верхняя граница предстательной железы для пальца)қол жетімді (доступна)/қол жетімді емес(недоступна)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования пальпируются): Иә (Да)/Жоқ (Нет) Зарарсыз (Доброкачественное): Иә (Да)/Жоқ (Нет) Түзіліс окшауланған орын: (Локализация образования): _____ ----- Күдікті (Сомнительное): Оң; Сол; Екіжақты; (Справа; Слева; Двустороннее) Болжаулы салмағы (Предполагаемый вес): _____ г Тік ішек арқылы саусақпен зерттеуден кейін болжаулы Т кезеңі (Предполагаемая стадия Т после пальцевого ректального исследования): _____ ----- Ескертулер (Замечания): _____ ----- _____ — _____ —	

Ультрадыбыстық зерттеу мәліметтері
Данные ультразвукового исследования

Пішіні: үшбұрышты, жарты ай пішінді (Форма: треугольника, полулунная): _____

Қаптамасы: байқалады, байқалмайды, үзік (Капсула: прослеживается, не прослеживается, прерывистая)

Өлшемдері (Размеры):

Контуры: тегіс, тегіс емес, айқын, айқын емес (Контур: ровный, неровный, четкий, нечеткий)

Ішкі бөлігінің құрылымы: гиперэхогенді, гипоэхогенді (Структура внутренней части: гиперэхогенная, гипоэхогенная)

Сыртқы бөлігінің құрылымы: орта эхогенді, гипоэхогенді, гиперэхогенді (Структура наружной части: средней эхогенности, гипоэхогенная, гиперэхогенная)

Ошақтық пайда болулар (Очаговые образования)

Зарарсыз (Доброкачественное): Иә/Жоқ
Түзіліс оқшауланған орын (Локализация образования):

Күдікті (Сомнительная):
Оң; Сол; Екіжақты; (справа; слева;

двусторонняя)
Трансректальді ультрадыбысты
зерттеуден анықталған сатысы(Стадия
после трансректального ультразвукового
исследования): _____

Түзіліс көлемі (Объем образования):____
_____ см³

Өлшеулер көлемі (Объем измерений):
Қуық (Простата):
Ж(Ш)*Б(В)*Ұ(Д):____*____*____
көлем(объем):_____ см³

Өтпелі аймақ (Переходная зона):
Ж(Ш)*Б(В)*Ұ(Д)____*____*____
көлем(объем):_____ см³

Қорытынды (Заключение):

_____ Биопсия жүргізілген (Биопсия проведена): Жоқ (нет) /
Иә (да)

Дәрігер (Врач)_____

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) қолы (подпись)

Амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық
тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте профилактического осмотра
(скрининга) амбулаторного пациента

Скрининг бойынша өңеш пен асқазанды эндоскопиялық зерттеудің бланкісі /Бланк эндоскопического исследования пищевода и желудка по скринингу

1. Зерттеулер саны/ Номер исследования _____

2. Аты-жөні (толық) зерттелген /Ф.И.О. (полностью) исследуемого _____

3. ЖСН/ИИН _____

4. Туған күні /Дата рождения /__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ __/_/ж. г. 5. Жас тобы/
Возрастная группа _____

6. Мекенжайы/ Адрес _____

7. ЭГДС өткізілген күн /Дата проведения колоноскопии /__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ __/_/ж. г.

АЖүргізілген зерттеу көлемі /Объем проведенного исследования	
1 толық эзофагоскопия ментолық гастроскопия жүргізілді /проведена полная эзофагоскопия и полная гастроскопия	В Зерттеуді жүргізген кездегі асқынулар /Осложнения при проведении исследования 1 Асқынуларсыз /Без осложнений
2 толық емес эзофагоскопия жүргізілді /проведена неполная эзофагоскопия	2 Қан кету/Кровотечение
3 толық эзофагоскопия ментолық емес гастроскопия жүргізілді/проведена полная эзофагоскопия и неполная гастроскопия	3 Перфорация Перфорация
БӨңеш пен асқазанның тазалық дәрежесі/Степень чистоты пищевода и желудка	4 Б а с қ а л а р ы /Д р у г и е Г Биопсияны жасау /Проведение биопсии 1 Биопсия алынды/Биопсия взята

1 Өңеш пен асқазан құрамынан босатылған /Пищевод и желудок свободны от содержимого	2 Биопсия алынбады – көрсетілімдер жоқ / Биопсия не взята, т.к. нет показаний
2 Өңеш құрамынан босатылған, асқазан – таза емес /Пищевод свободен от содержимого, желудок – нечист	3 Биопсия техникалық мәселелер себебімен алынбады(құрал-жабдықтар жоқ) / Биопсия не взята по техническим проблемам (отсутствия инструментов, формалина и др.)
3 Өңеш пен асқазан – таза емес/Пищевод и желудок – нечисты	

Д Зерттеу нәтижелері / /Результат исследования

ТікелейЭГДС Непосредственный после ЭГДС	Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/ После получения гистологического заключения
ES 1-Өңеш патологиясыз/Пищевод без патологии	ES 1-Өңеш патологиясыз/Пищевод без патологии
ES 2-Өңештің тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/ Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития	ES 2 -Өңештің тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/ Наследственные заболевания пищевода, аномалии развития
ES 3-Өңештің қабыну аурулары /Воспалительные заболевания пищевода	ES 3 -Өңештің қабыну аурулары / Воспалительные заболевания пищевода
ES 4-Өңештің жарасы /Язва пищевода	ES 4 -Өңештің жарасы/Язва пищевода
ES 5 -Өңештің кілегейастыөскіні / Подслизистое образование пищевода	ES 5 -Өңештің кілегейастыөскіні / Подслизистое образование пищевода
ES 6- Баррет өңешінің эндоскопиялықбейнесі / Эндоскопическая картина пищевода Баррета	ES 6 -Баррет өңеші/Пищевод Баррета (ішек метаплазиясы)
ES 7 -Өңештің жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні /Полиповидное образование пищевода на тонкой ножке	ES 7 -Өңештің жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование пищевода на тонкой ножке
ES 8 - Өңештің кең негіздегі полип тәрізді өскіні /Полиповидное образование пищевода на широком основании	ES 8 -Өңештің кең негіздегі полип тәрізді өскіні/Полиповидное образование пищевода на широком основании
ES 9 -Морфологиялық верификациясыз, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінкәтерлі өскіні (екі реттік эзофагоскопиямен)/ЗНО пищевода с размером очага до 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии)	ES 9 -Морфологиялық верификациясыз, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінкәтерлі өскіні (екі реттік эзофагоскопиямен)/ЗНО пищевода с размером очага до 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии)
ES 10 -Морфологиялық верификациямен, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінкәтерлі өскіні/ЗНО пищевода с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически	ES 10 -Морфологиялық верификациямен, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінкәтерлі өскіні/ЗНО пищевода с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически

ES 13-Эндоскопиялық тұрғыдан, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ге дейін қатерлі өскіні/Эндоскопически ЗНО пищевода с размером очага до 1 см	ES 11 -Морфологиялық верификациясыз, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні(екі реттік эзофагоскопиямен)/ЗНО пищевода с размером очага более 1 см без морфологической верификации (двукратной эзофагоскопии)
ES 14 - Эндоскопиялық тұрғыдан, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/Эндоскопически ЗНО пищевода с размером очага более 1 см	ES 12 -Морфологиялық верификациямен, өңештің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ЗНО пищевода с размером очага более 1 см, верифицированное морфологически
Тікелей ЭГДС кейін/Непосредственный после ЭГДС	Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/После получения гистологического заключения
GS 1 Асқазан патологиясыз/Желудок без патологии	GS 1 Асқазан патологиясыз/ Желудок без патологии
GS 2 Асқазанның тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары/Наследственные заболевания желудка, anomalies развития	GS 2 Асқазанның тұқым қуалаушылық аурулары, даму ақаулары /Наследственные заболевания желудка, anomalies развития
GS 3 Асқазанның қабыну аурулары /Воспалительные заболевания желудка	GS 3 Асқазанның қабыну аурулары /Воспалительные заболевания желудка
GS 4 Асқазанның жарасы/Язва желудка	GS 4 Асқазанның жарасы/Язва желудка
GS 5 Асқазанның кілегейастыөскіні/Подслизистое образование желудка	GS 5 Асқазанның кілегейастыөскіні /Подслизистое образование желудка
GS 6 Асқазанның жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на тонкой ножке	GS 6 Асқазанның жіңішке аяқшадағы полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на тонкой ножке
GS 7 Асқазанның кең негіздегі полип тәрізді өскіні/Полиповидное образование желудка на широком основании	GS 7 Асқазанның кең негіздегі полип тәрізді өскіні/ Полиповидное образование желудка на широком основании
GS 12 Эндоскопиялық тұрғыдан, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ге дейін қатерлі өскіні/Эндоскопически ЗНО желудка с размером очага до 3 см	GS 8 Морфологиялық верификациясыз, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ге дейін қатерлі өскіні (екі реттік гастроскопиямен)/ЗНО желудка с размером очага до 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии)
GS 13 Эндоскопиялық тұрғыдан, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ден асатын қатерлі өскіні/ Эндоскопически ЗНО желудка с размером очага более 3 см	GS 9 Морфологиялық верификациямен, ошақ өлшемі 3 см-ге дейін асқазанның қатерлі өскіні/ЗНО желудка с размером очага до 3 см, верифицированное морфологически
	GS 10 Морфологиялық верификациясыз, асқазанның ошақ өлшемі 3 см-ден асатын қатерлі өскіні (екі реттік гастроскопиямен)/ ЗНО желудка с размером очага более 3 см без морфологической верификации (двукратной гастроскопии)
	GS 11 Морфологиялық верификациямен, ошақ өлшемі 3 см-ден асатын асқазанның қатерлі өскіні/ЗНО желудка с размером очага более 3 см, верифицированное морфологически

Е Гистологиялық зерттеудің нәтижесі, алу мерзімі/Результат гистологического исследования, дата получения

1 Онкологиялық ауру расталды /Онкологическое заболевание подтверждено

2 Онкологиялық ауру расталмады/Онкологическое заболевание не подтверждено

ЭГДС сипаттамасы /Описание ЭГДС

Қорытынды/ Заключение _____

—

Зерттеуді жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы мен жеке мөрі/
Ф.И.О. (при его наличии), подпись и личная печать врача проводившего исследование_

Амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық
тексеріп-қараудың (скринингтің) картасының қосымша парағы
Вкладной лист к карте профилактического осмотра
(скрининга) амбулаторного пациента

Скрининг	бойынша	колоноскопиялық	зерттеу	бланкісі/
Бланк	колоноскопического	исследования	по	скринингу
1.Зерттеулер	саны/	Номер	исследования	_____
2.Аты-жөні (толық) зерттелген	/Ф.И.О. (полностью) исследуемого _____			

3.ЖСН/ИИН _____

4. Туған күні /Дата рождения / __/__/__/__/__/__/__/__/ж. г. 5. Жас тобы/ Возрастная группа _____

6. Мекенжайы/ Адрес _____

7. КС өткізілген күн /Дата проведения колоноскопии __/__/__/__/__/__/__/__/ж. г. АЖүргізілген зерттеу көлемі / Объем проведенного исследования _____

1 – Жаппай колоноскопия жүргізілді (тік ішектен соқыр ішек күмбезіне дейін)/Проведена тотальная колоноскопия (от прямой кишки до купола слепой кишки)

2 – Жаппай колоноскопия тиісті емес дайындық себебімен жүргізілмеді /Тотальная колоноскопия не проведена по причине неадекватной подготовки

3 – Жаппай колоноскопия ауырсыну мен науқастың зерттеуді әрі қарай жүргізуден бас тартуы себебімен жүргізілмеді /Тотальная колоноскопия не проведена по причине боли и отказа пациента от дальнейшего проведения исследования

4 – Жаппай колоноскопия техникалықсебептермен жүргізілмеді – соқыр ішек күмбезіне жету мүмкін емес / Тотальная колоноскопия не проведена по техническим причинам – невозможность достигнуть купола слепой кишки

5 – Жаппай колоноскопиябасқа себептермен жүргізілмеді(көрсетіңіз)/ Тотальная колоноскопия не проведена по другим причинам (указать) _____

6 – Колоноскопия медициналық қарсы көрсетілімдерге байланысты жүргізілмеді/Колоноскопия не проведена в связи с медицинскими противопоказаниями

7 – Колоноскопия зерттелетін науқастың бас тартуына байланысты жүргізілмеді/ Колоноскопия не проведена в связи с отказом исследуемого

8 – Седация қолданылған/ Использована седация
БІшек тазалығының дәрежесі / Степень чистоты кишечника _____

1 – Ішек қанағаттанарлық түрде дайындалған / Кишечник подготовлен удовлетворительно

2 – Ішек қанағаттанарлықсыз дайындалған / Кишечник подготовлен неудовлетворительно
В Зерттеуді жүргізген кездегі асқынулар / Осложнения при проведении исследования

1 – Асқынуларсыз/ Без осложнений

2 – Қан кету /Кровотечение

3 – Перфорация / Перфорация

4 – Басқалары /Другие _____
Г Биопсияны жасау / Проведение биопсии

1 – Биопсия алынды/Биопсия взята

2 – Биопсия алынбады – көрсетілімдер жоқ/ Биопсия не взята – нет показаний

3 – Биопсия техникалық мәселелер себебімен алынбады (құрал-жабдықтар жоқ)/ Биопсия не взята по техническим проблемам (отсутствие инструментов, формалина и др.)
Д Зерттеу нәтижелері / Результат исследования

Тікелей колоноскопиядан кейін / Непосредственно после колоноскопии	Гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін/После получения гистологического заключения
CS 1 – патологиясыз/без патологии	CS 1 – патологиясыз/без патологии
CS 2 – тоқ ішектің тұқым қуалаушылық аурулары және оның даму ақаулары / наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития	CS 2 – тоқ ішектің тұқым қуалаушылық аурулары және оның даму ақаулары / наследственные заболевания толстой кишки и аномалии ее развития
CS 3 – ішектің созылмалы қабыну аурулары/ хронические воспалительные заболевания кишки	CS 3 – ішектің созылмалы қабыну аурулары/ хронические воспалительные заболевания кишки
CS 4 – полип тәрізді өскіндер/полиповидные образования	CS 4 – полип тәрізді өскіндер/ полиповидные образования
CS 9 – эндоскопиялық тұрғыдан, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінкәтерлі өскіні / эндоскопически ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см	CS 5 – морфологиялық верификациясыз, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінкәтерлі өскіні/ ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см без морфологической верификации
CS 10 – эндоскопиялық тұрғыдан, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ эндоскопически ЗНО толстой кишки с размером очага более 1 см	CS 6 – морфологиялық верификациямен, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ге дейінкәтерлі өскіні/ЗНО толстой кишки с размером очага до 1 см, верифицированное морфологически
	CS 7 – морфологиялық верификациясыз, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ЗНО толстой кишки с размером очага более 1 см без морфологической верификации
	CS 8 – морфологиялық верификациямен, тоқ ішектің ошақ өлшемі 1 см-ден асатын қатерлі өскіні/ЗНО

	толстой кишки с размером очага более 1 см, верифицированное морфологически				
Е	Гистологиялық	зерттеудің	нәтижесі,	алу	мерзімі
/	Результат	гистологического	исследования,	дата	получения

КС сипаттамасы / Описание КС					
Корытынды/ Заключение					
Зерттеуді жүргізген дәрігердің Т.А.Ә. (болған жағдайда), қолы мен жеке мөрі/ Ф.И.О. (при его наличии), подпись и личная печать врача проводившего исследование					

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-9/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма 025-9/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026/е нысаны медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 2 6 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

(Мектеп, мектеп-интернат, балалар үйі, бала бақша, бүлдіршіндер бақшасы үшін)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

(для школы, школы-интерната, детского дома, детского сада, яслей-сада)

Сынып Класс		АЛЛЕРГИЯ (егуге, дәрілік, аллергиялық аурулар) (вакцинальная, лекарственная, аллергические заболевания)
Т о п группа	Жыл сайын толтырылады заполняется ежегодно	

Баланың тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество ребенка) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (ер, әйел) (Пол (муж, жен))

Мекенжайы (Адрес места жительства)

_____ Телефон _____

Қызмет көрсететін емхананың (Обслуживающая поликлиника) № _____

_____ Телефон _____

Ата-анасы туралы мәлімет (Сведения о родителях) _____

	Туған жылы год рождения	Б і л і м і образование	Жұмыс орны место работы	телефон
анасы (мать)				
әкесі (отец)				

а) баспана-тұрмыстық жағдайлары (жилищно-бытовые условия) _____

б) отбасылық сыртартпасы (семейный анамнез) _____

МЕКТЕПТЕН ТЫС САБАҚТАҒЫ (ВНЕШКОЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ):

спорт (иә, жоқ, спорт түрі) (да, нет, вид спорта) _____

шет тіл (иә, жоқ) (иностранный язык (да, нет)) _____

музыка (иә, жоқ) (да, нет) _____

басқа сабақтары (другие занятия) _____

Ауырған аурулары (Перенесенные заболевания)

	Күні Дата		Күні Дата
Қ ы з ы л ш а (корь)		Қызамық (краснуха)	
к ө к ж ө т е л (коклюш)		жұқпалы гепатит (инфекционный гепатит)	
ж ә н ш а у (скарлатина)			
к ү л а у р у ы (дифтерия)		дизентерия	
ж е л ш е ш е к (ветряная оспа)		і ш с ү з е г і (брюшной тиф)	
жұқпалы паротит (инфекционный паротит)		туберкулез	
		ревматизм	

БАЛАНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ ҚОЗҒАЛЫСЫНЫҢ ПАРАҒЫ
(ЛИСТ ДИНАМИКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА)

Ж а с ы Возраст Денсаулық тобы Группа здоровья	Нәресте Новорожденный	1 а й 1 месяц	2 а й 2 месяца	3 а й 3 месяца	4 а й 4 месяца	5 а й 5 месяцев	6 а й 6 месяцев
+							
I							
II А	+	+	+	+			
II Б					+	+	+
III							
IV							
V							

продолжение таблицы

7 а й	8 а й	9 а й	10 а й	11 а й	12 а й	1 жас 3 ай	1 жас 6 ай
7 месяцев	8 месяцев	9 месяцев	10 месяцев	11 месяцев	12 месяцев	1 год 3 мес	1год 6 мес
+	+	+	+	+	+	+	+

продолжение таблицы

[illegible]

ЕСКЕРТУ: Кестеде баланың туғаннан 14 жасқа дейінгі денсаулық жағдайының мысалы келтірілген. (+) белгісімен профилактикалық тексеріп-қарау кезіндегі баланың денсаулық тобы белгіленеді. ПРИМЕЧАНИЕ: В таблице приведен пример динамики состояния здоровья ребенка от рождения до 14 лет. Знаком + отмечается группа здоровья ребенка при профилактическом осмотре.

Ауруханаға жатқызылуы, санаторлық емделуі туралы мәліметтер (Сведения о госпитализации, санаторном лечении)

Күні Дата	Диагноз	Күні Дата	Диагноз

ЗАҚЫМДАРЫ, ОПЕРАЦИЯЛАРЫ (ТРАВМЫ, ОПЕРАЦИИ)

Күні Дата	Диагноз

Ауруы бойынша босатуы (Пропуск по болезни)

Күні Дата		Диагноз	Күні Дата		Диагноз	Күні Дата		Диагноз	Күні Дата		Диагноз
Бастап(от)	Дейін (до)		Бастап (от)	Дейін (до)		Бастап (от)	Дейін (до)		Бастап (от)	Дейін (до)	

№ 026/е. н. 3 беті

Стр. 3 ф. № 026/у

ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУЛАР ТУРАЛЫ МӘЛІМЕТТЕР*
(СВЕДЕНИЯ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ *)

Диагноз	Есепке алынған күні Дата взятия на учет	Есептен шығарылған күні, себебі Дата снятия с учета, причина	Маманға келуін бақылау Контроль посещения специалиста					
			тағайындалғанназначения	келуі явка	тағайындалғанназначения	келуі явка	тағайындалғанназначения	келуі явка
Күні Дата	Тексеріп-қарау деректері Данные осмотра		Ұ с ы н ы с т а р Рекомендации					
1	2		3					

***Емханада диспансерлік бақылауда тұрғандар үшін**

(* Для состоящих в поликлинике на диспансерном наблюдении).

Күні Дата	Тексеріп-қарау деректері Данные осмотра	Ұсыныстар Рекомендации
1	2	3

Зертханалық зерттеулер деректері

Данные лабораторных исследований

Күні Дата	Нәтиже Результат	Талдаулар Анализы	Күні Дата	Нәтиже Результат

		Қ а н д ы		
		крови		
		Н е с е п т і		
		мочи		
		Н ә ж і с т і		
		кала		

Күні Дата				
Нәтиже Результат				
Күні Дата				
Нәтиже Результат				

Күні Дата				
Формула				

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО _____	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Денсаулық министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Республикасы сақтау	Қазақстан Денсаулық 2010 жылғы "23" бұйрығымен бекітілген медициналық құжаттама	Республикасы министрінің м.а. қарашадағы № 907 № 026-1/е нысанды		
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская Ф о р м а Утверждена здравоохранения ноября 2010 года № 907	приказом Республики	и.о. Министра Казахстан "23"	документация 0 2 6 - 1 / у

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
(балалар үйі үшін) (қыз бала)
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА

(для детского дома) (девочка)

Қан тобы

(группа крови) _____

Резус тиістілігі

(резус принадлежность) _____

1.Тегі Аты Әкесінің аты

(фамилия) _____ (имя) _____ (отчество) _____

2.Туған күні айы жылы

(дата рождения): число _____ месяц _____ год _____

3.Туылған жері

(место рождения) _____

4. Ұлты 5.Әлеуметтік жағдайы

(национальность) _____ (статус)

6. Түскен мерзімі: күні _____ айы _____ жылы _____ сағат _____

(дата поступления): (число) (месяц) (год) (время)

7. Кеткен мерзімі күні _____ айы _____ жылы _____ сағ _____

(дата выбытия): (число) (месяц) (год) (время)

8. Қайда ауысты

(адрес выбытия): _____

9. Қанша төсек-күн болды

(проведено койко-дней): _____

10. Жіберген мекеменің диагнозы (диагноз направившего учреждения):

11. Қандай диагнозбен түсті (диагноз при поступлении):

12. Қорытынды диагноз (диагноз заключительный):

Отбасы туралы мәліметтер
(Сведения о семье)

Ата-аналар және басқа балалар (родители и другие дети) Тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)	Туған жылы (дата рождения)	Жұмыс орны, лауазымы, телефоны (бала ұйымы) (где и кем работает, телефон (детские организации)	Асқынған аурулардың бар-жоғы (наличие запущенных заболеваний)
Ана (мать)			
Әке (отец)			
Басқа балалар (другие дети)			

Баланың төлқұжаты туралы анықтама
(справка о паспорте ребенка)

Түскен құжаттар (документы поступлении)	кезіндегі		
Туу туралы (свидетельство рождения)	куәлік		
Бас тарту (заявление отказе)	өтініші		
Баланы тастап актісі (акт подкидыше)	кету		
№ 4 нысан (форма № 4)			
Қаулы (постановление)			
Қолдау (ходатайство)	хат		

Зертханалық зерттеулер:

(лабораторные исследования):

1. RW _____

2. ВИЧ _____

3. HBSAg и AntiHCV _____

Баланың ауырған аурулары туралы мәлімет (сведения о перенесенных заболеваниях ребенка):

Ушыққан аурулар (острые заболевания)	инфекциялық инфекционные	Ауырған күні (дата заболевания)	Созылмалы (хронические заболевания)	аурулар	Ауырған күні (дата заболевания)
Қызылша (корь)			Туберкулез		
Қызамық (краснуха)			Мерез (сифилис)		
Күл ауруы (дифтерия)			Вирустық гепатиттер (вирусные гепатиты)		
Жел шешек (ветряная оспа)					
Жәншау (скарлатина)					

Туған кездегі салмағы (вес при поступлении) _____

Туған кездегі бойы (рост при поступлении) _____

ДСИ (ИМТ) _____

Бастың шеңбері (окружность головы) _____

Денесінің дамуын бағалау (оценка физического развития):

Жалпы мәлімет

Общие сведения

1. Гинекологиялық анамнез (гинекологический анамнез) _____

2. Әлеуметтік анамнез (социальный анамнез)

Шешесі (мать) _____ Әкесі (отец) _____

Тұрмыстық жағдайы (бытовые условия) _____

Материалдық қамтамасыз ету (материальное обеспечение) _____

3. Акушериялық анамнез (акушерский анамнез) _____

Нәресте мезгілінде туылды (шала туылды) (ребенок родился доношенным

(недоношенным)) _____

Босану ағымы қалыпты (қалыпсыз) (течение родов правильное (неправильное)) _____

Операция қолданылды (применение операционного вмешательства) _____

Жансыздандырылды иә, жоқ (обезволивание да, нет) _____

Туылған кезіндегі салмағы (вес при рождении) _____

Ұзындығы (длина) _____

Бастың көлемі (окружность головы) _____

[illegible]

Баланың топтар бойынша қозғалысы (движения ребенка по группам)

**Емдеуде қолданылатын антибиотиктерді есепке алу
(учет антибиотиков, применяемых при лечении)**

Тағайындау күні (дата назначения)	Антибиотиктердің атауы (наименование антибиотиков)	Курстың ұзақтылығы (продолжительность курса)	Антибиотиктерді қабылдаудың кері әсері (реакция на применение антибиотиков)

**Емдеуге жатқызу туралы мәліметтер
(сведения о госпитализации)**

№	Ж а с ы (возраст)	Стационардың а т а у ы (наименование стационара)	Емдеуге жатқызу (д а т а госпитализации	Емдеуге жатқызу күнінің саны (число дней госпитализации	Жіберу кезіндегі диагноз (диагноз п р и направлении	Қоры- тынды диагноз (заклю- читель- н ы й диаг- ноз)

Рентгент зерттеулерін есепке алу
(учет рентгенологических исследований)

Зерттеу күні (дата исследования)	Баланың жасы (возраст ребенка)	Зерттеу сипаты (характер обследования)	Зерттеу саласы (область обследования)

Мешелді спецификалық профилактикалауды есепке алу парағы
(лист учета специфической профилактики рахита)

Күні (дата)	"Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д")	Күні (дата)	"Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д")	Ультракүлгін сауле - болған жағдайда (бұдан әрі – УКС) (ультрафиолетовое облучение – при наличии (далее - УФО))		
				Күні (дата)	Арасы (расстояние)	Ұзақтығы (длительность)

Антропометриялық деректер (антропометрические данные)

[illegible]

Балалар үйіне түсу кезіндегі алғашқы тексеріп-қарау:
(первичный осмотр при поступлении в Дом ребенка)
Тексеріп-қарау міндеттері
(задачи осмотра)

1. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)

2. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие)

3. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков

развития)

4. Қалыпты бейімделу бойынша ұсыныстар беру (дать рекомендации по нормальной

адаптации)

Тексеріп-қаралу күні (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____ Дене қызуы (температура) _ _ _ _ _	
Туғандағы дене салмағы (при рождении вес): ____ кг Бойы (рост): ____ см	
ИМТ _____ басының шеңбері (окружность головы) ____ см	
Графиктерді пайдаланып физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Анасының шағымы (жалобы матери):	
Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности):	
1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин);	
2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин));	
3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки);	
4. Сырылдап тыныс алу (экспираторный демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка);	
5. Тырысу (судороги);	
6. Қозғалыс тек	

ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7. Дене қызуының 38 °С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°С); 8. Дене қызуы <35,5 °С төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі (бала өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейінгі), білінетін бозару (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	Иә (да) _____ Жок (нет) _____
СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); баскасы (другое) ...	Ауыр сыртартқы (отягощенный а н а м н е з) : Иә (да) _____ Жок (нет) _____
Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлексстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; автоматтандырылған жүру (автоматической походки) Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы) Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая) Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ конъюнктивалар (конъюнктивы)	

Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) _____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза") Көзге көрінетіне туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) _____

Сүйек жүйесі (костная система) _____
 Бас пішіні (форма головы) _____ жігі (швы) _____
 Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок) _____

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу

жиілігі - болған жағдайда (бұдан әрі – ТЖ) (частота дыхания – при наличии (далее -ЧД) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)

Жүрек-тамыр жүйесі - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖТЖ) органдары (органы сердечно-сосудистой системы – при наличии (далее - ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (частота сердечных сокращений) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса) _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) (в норме симметрично с двух сторон)

Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____

Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____

Кіндік (пуповина) _____ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании); Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ
 БА Р - Ж О Ғ Ы Н А Н Ы Қ Т А
 ЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

ТАМАҚТАНДЫРУ
 ПРОБЛЕМАЛАРЫ
 (ПРОБЛЕМЫ
 ПИТАНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет) _____
 - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____
 - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____
 - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____

- Бала баска тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) ____ Жок (нет) ____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)	
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; баска тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме?	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма ? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ____ Жок (нет) ____ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ____ Жок (нет) ____ _____ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ____ Жок (нет) ____ _____ - Ареола ауыздың _____

(кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) ____ Толық салынбаған (приложен плохо) ____ Жаксы салынған (приложен хорошо) ____ Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами))? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) ____ Жаксы ембейді (сосет неэффективно) ____ Жаксы емеді (сосет эффективно) ____ Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком ?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)	Даму проблемалары (проблемы развития)	
Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус м л а д е н ц а) : Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня): 1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____	Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____ Мерзімі (дата) _____	
Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кровати, предметов ухода, одежда ребенка) Жайдың гигиенасы (гигиена помещения) _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22 °C төмен		

емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °С) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка)	Күту проблемалары (проблемы ухода)
Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери): 1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):	Проблемалар (проблемы)
2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите): 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины) 6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность) 8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к сексу 13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и безнадежности) 14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)	Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии): 1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи о том, что происходит с ней) 3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) 5. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (чаще выходить на улицу и двигаться) 7. жақсы тамақтану (хорошо питаться) 8. өзіне күтім жасау (заботиться о себе) 9. күнделік жүргізу (вести дневник) егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не

	помогают, обратиться к соответствующему специалисту)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного

вскармливания);

- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного

вскармливания);

- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного

молока (при необходимости);

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери);

- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и

предметам ухода за новорожденным);

- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған

талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы)

(безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и

игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая);

- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим

прогулок гигиенические ванны);

- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила

поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки);

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации);

Дәрігер (врач):

**Қыздың жасына қарай бойының ұзындығы
(туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-индекстер)
Длина к возрасту ДЕВОЧКИ
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)**

(карта учета профилактических прививок)

(плановая вакцинация)

[illegible]

Туберкулезге (туберку- леза)	Вакцинация								
	Қорытынды 1 а й (результат 1 месяц)								
	Қорытынды 3 а й (результат 3 месяц)								
	Қорытынды 6 а й (результат 6 месяц)								
	Қорытынды 1 ж ы л (результат 1 год)								
	1 ревакцинация								
В вирустық гепатитке (Вирусного гепатита В)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
Полиоми- елитке (Полиоми- елита)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Күлге, көкжөтелге, сіреспеге (дифтерии, коклюша, столбняка)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Гемофилиялық инфекцияға (гемофильной инфекции)	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Қызылшаға, паротитке, қызамыққа (кори, паротита, краснухи)	Вакцинация								
	Ревакцинация								
А вирустық гепатитке	Вакцинация								

(Вирусного гепатита А)									
К ү л г е , сіреспеге (дифтерии, столбняка)	1 ревакцинация								
	2 ревакцинация								
	3 ревакцинация								

Жоспардан тыс егу және қайтадан енгізілген екпелер (внеплановая вакцинация и вновь введенные вакцины)

Қарсы екпе (прививка против):	Вакцинация немесе (или) ревакцинация	мерзі- м і (дата)	Жасы (воз- раст)	Мөл- шері (доза)	Сериясы (серия)	Енгізу тәсілі (спо- с о б введе- ния)	Өндіруші мемлекет (страна произво- дитель)	Реакция	
								Жергі- лікті (мест- ная)	Жал- п ы (об- щая)

МАНТУ РЕАКЦИЯСЫ (РЕАКЦИЯ МАНТУ):

Манту реакциясы (реакция Манту):	К ү н і (дата)	Ж а с ы (возраст)	Мөл- шері (доза)	Туберкулин сериясы (Серия туберкулина)	Өндіруші мемлекет (страна- произ- водитель)	Ин- филь- трат көлемі (раз- мер ин- филь- трата)	Нәтиже (ре- зульт- тат)	Фтизиат- р д ы ң қорытын- д ы с ы (Заключе- н и е фтизиатра)

Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы (лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов)

Нәрестені бірінші рет тексеріп-қарау (первичный осмотр новорожденного):

Нәрестені тексеріп-қарау міндеттері (задачи осмотра новорожденного):

1. Туғаннан кейін қалыпты бейімделуіне көз жеткізу (удостовериться в нормальной адаптации после рождения);
2. Қатерлі белгілердің болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)
3. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие);
4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков развития).

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____.	
Дене қызуы	(температура) _____
Туғандағы (при рождении): Салмағы (вес): ____ кг	Бойы (рост) ____ см ИМТ ____
Басының шеңбері	(окружность головы) ____ см
Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Шағымдар (жалобы):	
Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности):	
1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин));	
2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин));	
3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки);	
4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее)	

дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7.. Дене қызуының 38 °С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5°C төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5°C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозаруы (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11 Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса ірінді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	Иә (да) _____ Жок (нет) _____
СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрыскақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); баскасы (другое)	Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез) : Иә (да) _____ Жок (нет) _____
Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлексстерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; автоматтандырылған жүру (автоматической походки) Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдір қабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы) Тері (кожа): _____ (калпытты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в	

норме	розовая	или	интенсивно	розовая)
Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ конъюнктивалар (конъюнктивы)				
Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) _____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық қалып") (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза") Көзге көрінетін туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки)				

Сүйек	жүйесі	(костная	система)	
Бас пішіні	(форма головы)	_____ жігі	(швы)	

Үлкен еңбегі	(большой родничок)	_____ кіші еңбегі	(малый родничок)	

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)				
Тыныс алу	органдары	(органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)		
ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Жамбас пульсын пальпациялау (пальпация бедренного пульса) _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) (в норме симметрично с двух сторон)				
Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____				
Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____				
Кіндік (пуповина) _____ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)				
Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании); Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)				
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БА Р - Ж ОҒ Ы Н А Н Ы Қ Т А			ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ	
ЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)			(ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)	
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет) _____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____				

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Ж о қ (нет) _____ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Ж о қ (нет) _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
ЕМШЕКПЕН БАҒАЛАҢЫЗ КОРМЛЕНИЕ Нәресте емшекпен (кормился грудью последнего часа?)	ЕМІЗУДІ (ОЦЕНИТЕ ГРУДЬЮ): соңғы емізілді ли в сағатта ме? младенец течение а	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь?) Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) _____ Ж о қ (нет) _____ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) _____ Ж о қ (нет) _____ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) _____ Ж о қ (нет) _____ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) _____ Ж о қ (нет) _____ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Ж а қ с ы салынған (

	п р и л о ж е н х о р о ш о) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами) ? Мүлдем ембейді (не сосет с о в с е м) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе актаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во р т у (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях р а з в и т и я) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим р е б е н к о м ?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)		Даму проблемалары (проблемы развития)
Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный с т а т у с м л а д е н ц а) : Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня): 1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____		Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____ Мерзімі (дата) _____
Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кровати, предметов ухода, о д е ж д а р е б е н к а) Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22°C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22°C) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____		Күтім жасау проблемалары (проблемы ухода)
Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери): 1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):		Проблемалар (проблемы)
2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите): 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и		Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии): 10. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 11. отбасы мүшелеріне

б е с п о к о й с т в о)	э й е л д і н
2. терең мұңды (глубокая печаль)	жағдайын түсіндіру
3. жиі жылау (частые слезы)	(рассказать членам семьи, о
4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение	том, что происходит с ней)
неспособности заботиться о ребенке)	12. бала назарда болу үшін
5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины)	жағдай жасау (создать
6. байбалам ұстамасы (приступы паники)	атмосферу, при которой
7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и	ребенок будет в центре
раздражительность)	внимания)
8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток	13. баланы жиі ұстау (чаще
энергии)	прикасаться к ребенку)
9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к	14. бала туралы ойлау (думать
сосредоточению	о ребенке)
10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна)	15. далаға жиі шығу және жиі
11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом)	қозғалу (чаще выходит на
12. секске қызықпау потеря интереса к сексу	улицу и двигаться)
13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение	16. жақсы тамактану (хорошо
беспомощности и безнадёжности)	питаться)
14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)	17. өзіне күтім жасау
	(заботиться о себе)
	18. күнделік жүргізу (вести
	дневник) егер осы іс-шаралар
	көмектеспесе, тиісті маманға
	қаралу қажет (если эти меры
	не помогают, обратиться к
	соответствующему
	специалисту)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного

вскармливания)

- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного

вскармливания)

- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного

молока (при необходимости)

- Ананың құнарлы тамақтануы (оптимальное питание матери)

- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)

- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и

предметам ухода за новорожденным)

- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған

талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы)

(безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и

игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим

прогулок гигиенические ванны)

- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила

поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

Дәрігер (врач):

Дәрігердің тексеріп-қарауы (15-ші күн) (Осмотр врачом (15-й день)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____ Дене кызуы (температура)_____	
Шағымдар (жалобы):	
Қауіп себептерін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене кызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене кызуы <35,5 оC төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	Иә (да) ____ Жок (нет) ____
Т е р і (к о ж а) : (Пуповина)____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) к о н ь ю к т и в а л а р (конъюнктивы)____ Үлкен еңбегі (большой родничок)	К і н д і к

Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____	ДИАГНОЗЫ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР - ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет) _____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)	
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):	
	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме?

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ) : Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	(подбородок касается груди) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жақсы салынған (приложен х о р о ш о) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жақсы ембейді (сосет неэффективно) Жақсы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе актандақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях р а з в и т и я) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим р е б е н к о м ?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)	Даму проблемалары (проблемы развития)	
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):	КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)	
Балаға қатыгез мінез көрсету белгілері (признаки жестокого о б р а щ е н и я с р е б е н к о м) : физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	Иә (да) Жоқ (нет)	
Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіп белілері (тревожные признаки, требующие специализированной помощи): Есту бойынша (по слуху) Көру бойынша (по зрению)	Проблемалар (проблемы)	
АНАНЫҢ ҚАУІПТІ АУРУЛАРДЫҢ БЕЛГІСІН БІЛУІ (ЗНАНИЕ М А Т Е Р И ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ)	Иә (да) Жоқ (нет)	
АНА ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):	ПРОБЛЕМАЛАР ПРОБЛЕМЫ	
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):		

Ұсыныстар (рекомендации):

1. Тек емшекпен емізуді қолдау (поощрение исключительно грудного вскармливания);

2. Емізетін ананың тиімді тамақтануы және ұйқы/демалу режімі (оптимальное питание и

режим сна/отдыха кормящей матери);

3. Нәресте күтімі (уход за новорожденным);

4. Психоэлеуметтік дамуды ынталандыру (стимуляция психосоциального развития);

5. Қауіпсіз орта (нәресте киіміне, күтім жасау заттарына және ойыншықтарға қойылған

талаптар) және жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алу үшін ата-аналардың

мінез-құлқы (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за

новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая);

6. Бала сырқаттанғанда күту және мінез-құлық қағидасы (правила поведения и уход в

случае болезни ребенка);

7. Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету:

емшек еме алмайды, әрбір емген немесе су ішкен жағдайда құсу, сіреспе, летаргиялық

немесе ес-түссіз (обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать

немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после

каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания);

8. Басқа (другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 1 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 1 месяца жизни врачом)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____	Жасы (возраст): ____.	Дене қызуы (температура) _____
Салмағы (вес) _____ гр	Бойы (рост) ____ см	ИМТ _____
Басының шеңбері (окружность головы) _____ см		
Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):		
Шағымдар (жалобы):		
БАЛАНЫ Т е р і (Пуповина) _____	ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (к о ж а) : _____	РЕБЕНКА) К і н д і к _____
Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____		

А н қ а		(з е в)
К о н ь ю к т и в а л а р (коньюктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) Тыныс алу органдары (органы дыхания) _____ Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____ Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____ Нәжіс (стул) _____		
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН А Н Ы Қ АҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)		ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жок (Нет) _____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Ж о қ (н е т) _____ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (д а) _____ Ж о қ (н е т) _____ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, п о с м о т р и т е н а) :		

ЕМШЕКПЕН	- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) Жок (нет)
ЕМІЗУДІ	- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) Жок (нет)
БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ	- Астынғы еріні сыртқа КОРМЛЕНИЕ айналдырылған (нижняя губа ГРУДЬЮ): вывернута наружу) Иә (да) Жок Нәресте (нет)
соңғы сағатта	- Ареола ауыздың астынан емес, емшекпен үстінен білінеді (большая часть емізілді ме? ареолы видна сверху, а не снизу (кормился ли р т а)
младенец	Иә (да) Жок (нет)
грудью в	Емшекке салынбаған (не приложен течение совсем) Толық салынбаған (приложен последнего плохо) Жаксы салынған (приложен часа?) х о р о ш о)
	- Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).
ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС):	
Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня)	Келесі екпеге бару
В гепатиті 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1	мерзімі
В гепатиті 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2	(визит для
1 айында _____мм БЦЖ-дан берістің даму динамикасын	следующей
бағалау (оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1	прививки)_____
м е с я ц _ _ _ _ м м)	_____
Және перифериялық лимфотүйіндерді (и периферических	Күні (дата)_____
л и м ф о у з л о в)	
Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витамиімен алдын алу (көрсетілім бойынша) длительность)	Мөлшері (доза) Ұзақтығы (
специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	
ПСИХОМОТОРЛЫҚ ДАМУ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ):	Қалмаған (Не отстает)
Д о =	_____
Д р =	эпикриздік
Р а =	мерзімге қалып
Р п =	қойған
Н =	Отстает на

Э = ДАМУ МАҚСАТЫНДА КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)	эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторный демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 оС артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5°C төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5°C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)
БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)	ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)
	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған

Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной п о м о щ и) - Ықтимал керемдік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в к о н т а к т) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других л и ц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит)	көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед ж ә н е т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста д л я выбора и обеспечения специализированной п о м о щ и (психолог, логопед и т.д)
АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, жатыр ішіндегі спираль - болған жағдайда (бұдан әрі – ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, внутриматочная спираль – при наличии (далее - ВМС)	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоэмоционалдық және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и

моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д

витамиімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной

инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и

уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за

помощью, режим кормления и питья);

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы

’,
екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения,

возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают

прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету

(Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного

случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 2 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 2 месяца жизни врачом)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра)	20__ __/____	Жасы (возраст):	_____.
Дене қызуы		(температура)	_____
САЛМАҒЫ (ВЕС)	_____гр.	БОЙЫ (РОСТ)	_____ см.
ИМТ	_____	Басының шеңбері (Окружность головы)	_____ см

Бағандарды пайдаланумен, физикалық дамуын бағалаңыз (Оцените физическое развитие, используя графики):

Шағымдар (жалобы):

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА)
Т е р і (к о ж а) : К і н д і к
(пуловина) _____
Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости)
А ң қ а (З е в)
К о н ь ю к т и в а л а р
(конъюнктивы) _____
Ү л к е н е ң б е г і (б о л ь ш о й
родничок) _____
Тыныс алу органдары (органы
дыхания): _____
Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____
ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі
(ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____
Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____
Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____
Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот)

бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____
Несеп шығару (мочеиспускание) _____
Нәжіс (стул) _____

ДИАГНОЗЫ:

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ
Б А Р - Ж О Ғ Ы Н А Н Ы Қ
АҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

ТАМАҚТАНДЫРУ
ПРОБЛЕМАЛАРЫ
(ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (Нет) _____
- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____
_____ Жоқ (н е т) _____
- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____
- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жоқ (н е т) _____
- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____
- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 м и н у т ы) . - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ____ Жок (нет) ____ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ____ Жок (нет) ____ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ____ Жок (нет) ____ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ____ Жок (нет) ____ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня) В 1- 0 В гепатиті БЦЖ АКДС 1 + hib 1 2 В гепатиті ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2	Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки)_____ Күні (дата)_____	
Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері _____ (доза) Ұзақтығы (длительность)	
ПСИХОҚОЗҒАЛЫС ДАМУЫ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ): Д о =		

Д р = Р а = Р п = Н = Э = Даму максатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком ?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком ?)	Қалмаған (Не отстаёт) _____эпикриздік мерзімге қалып қойған Отстаёт _____на _____эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5 °C төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жақтырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)	ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)

Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной п о м о щ и) - Ықтимал керендік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в к о н т а к т) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жабірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других л и ц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (О Ц Е Н К А ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)	АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН Ж Ә Н Е ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (О Ц Е Н К А ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ) : Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоәлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и

моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д

витамиімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной

инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и

уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за

помощью, режим кормления и питья);

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы

’,
екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения,

возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают

прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету

(Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного

случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер (врач):

Дәрігердің 3 айлық баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка 3 месяцев жизни врачом

Тексеріп	карау	күні	______\ 20__	/Дата	осмотра	________	20__
Ж а с ы :	_____			/В о з р а с т :		_____	
Температурасы	_____	/Температура	_____				
С а л м а ғ ы	_____ гр.			/В е с	_____ гр.		
Б о й ы	_____ см.	/Р о с т	_____ см.				
Д С И	_____ / И М Т	_____					
Басының	шеңбері	_____ см.	/Окружность	головы	_____ см.		

Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:

Шағымдар: /Жалобы:

БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА
Т е р і с і : / К о ж а :
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние
периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы Аңқа
Слизистые ротовой полости Зев
Конъюнктивалары /конъюнктивы
Үлкен еңбек / Большой
родничок _____

Тыныс алу органдары: /Органы
дыхания: _____

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ)
/частота сердечных сокращений (ЧСС) _____

Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____

Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот
_____бауыр/печень _____көкбауыр/селезенка

Несеп шығару/Мочеиспускание _____

Нәжіс /Стул _____

ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ:

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ
Б А Р - Ж О Ғ Ы Н А Н Ы Қ
АҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ

ТАМАҚТАНДЫРУ
ПРОБЛЕМАЛАРЫ/
ПРОБЛЕМЫ
ПИТАНИЯ

- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас
трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жок/Нет _____
- Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да
_____ Ж о қ / Н е т _____
- Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет?__рет /Если Да,
сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да
_____ Ж о қ / Н е т _____
- Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли
ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____Жок/Нет _____
- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да,
как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен
_____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в
сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____
чашкой и ложкой

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ____ Жок/Нет ____ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ____ Жок/Нет ____ ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа? ____ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ____ Жок/Нет ____ ____ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емшекке салынбаған/ Не приложен с о в с е м Толық салынбаған/ Приложен п л о х о Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы акырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтаңдактарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 3 ай ішінде ____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3		Келесі егу үшін каралу/Визит для следующей

м е с я ц а _ _ _ _ _ м м Перифериялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов	прививки _____ Күні/Дата _____
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ Р А З В И Т И Е : Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В Ц Е Л Я Х Р А З В И Т И Я Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	Дамуында тежелу жоқ/Не о т с т а е т Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстае на _____ эпикризный с р о к ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ У Х О Д А для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным р е к о м е н д а ц и я м - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и у х о д у з а р е б е н к о м - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО О Б Р А Щ Е Н И Я с р е б е н к о м : Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ Д А Н Е Т
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной п о м о щ и - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в к о н т а к т . - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау

тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың карауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	кажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и

моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д

витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной

инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и

уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за

помощью, режим кормления и питья);

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы ,

екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения,

возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают

прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету

(Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного

случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 4 айлық баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка 4 месяцев жизни врачом

Тексеріп карау күні ________\20__	/Дата осмотра ________ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр.	/Вес _____ гр.
Б о й ы _____ см.	/Р о с т _____ см.
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Т е р і с і : _____	/К о ж а : _____
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы	/Состояние лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы	Аңқа
Слизистые ротовой полости	Зев
Конъюктивалары	/конъюктивы
Үлкен еңбек /	Большой
родничок _____	
Тыныс алу органдары:	/Органы
дыхания: _____	
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания	ДИАГНОЗ:/ДИАГНОЗ:
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек	

соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____		
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ Б А Р - Ж О Ғ Ы Н АНЫҚТАҢЫЗ/ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ		ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ _____Ж о қ / Н е т _____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет?____рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____раз - Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ _____Ж о қ / Н е т _____ - Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ / _____раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____чашкой и ложкой		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):		
	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на : - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да _____ Жок/Нет _____ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да _____ Жок/Нет _____	

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	— — — - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя вывернута наружу Иә/Да ____ Жок/Нет — — — - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емшекке салынбаған/ Не приложен с о в с е м Толық салынбаған/ Приложен п л о х о Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сорама)/Эффективно л и с о с е т младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с п а у з а м и) ? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 3 ай ішінде ____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 м е с я ц а _ _ _ _ _ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____	
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность	
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ Р А З В И Т И Е : Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э =	Дамуында тежелу жоқ/Не о т с т а е т Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____ эпикризный с р о к	

ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В Ц Е Л Я Х Р А З В И Т И Я Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ У Х О Д А для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамуы және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт . - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе . - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 5. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоэмоционалдық және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и

моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д

витаминымен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной

инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и

уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за

помощью, режим кормления и питья);

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы

’,
екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения,

возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают

прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету

(Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного

случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 5 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом

Тексеріп карау күні ________\20__ /Дата осмотра________ 20__	
Ж а с ы : _____ /В о з р а с т : _____	
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.	
Б о й ы _____ см. /Р о с т _____ см.	
Д С И _____ /И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Т е р і с і : _____ /К о ж а : _____	
Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов	
Ауыз қуысының шырышы Аңқа	
Слизистые ротовой полости Зев	
Конъюктивалары /конъюктивы	
Үлкен еңбек / Большой	
родничок _____	
Тыныс алу органдары: /Органы	
дыхания: _____	
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ; Жүрек соғының ырғағы /Сердечный ритм _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ ;	
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____	
Несеп шығару /Мочеиспускание _____	
Нәжіс /Стул _____	
ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІНІҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыру кезінде қиыншылықтар туындай ма? Иә _____ Ж о қ _____ Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____ - Бала емшек емеді ме? Иә _____ Жоқ _____ Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____	

- Еметін болса, 24 сағат ішінде қанша рет? _____ рет
 Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
 - Түнде емшекпен емізесіз бе? Иә _____ Жок _____
 - Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
 - Бала басқа тамақты жейді ме немесе сұйықтықты ішеді ме?
 Иә _____ Ж о к _____
 Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет__

 - Ішсе және жесе, неше рет? Тәулігіне қанша рет және тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз: _____ бөтелке _____
 шыныаяқ және қасық _____
 - Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой

Нәрестенің жасы 1 айлықтан кем болса немесе тамақтандыру кезінде қиыншылықтар туындаса (емшекпен емізу қиындықтары бар; нәресте тәулігіне емшекті 8 реттен кем емсе, басқа да тамақты жесе немесе сұйықтықты ішсе; өзінің жасына салмағы төмен болса) Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости, или имеет низкий вес для своего возраста):

Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.
 - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на:
 - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да _____ Жок/Нет _____

 - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да _____ Жок/Нет _____

 Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да _____ Жок/Нет _____

 - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да _____ Жок/Нет _____
 Емшекке салынбаған/Не приложен с о в с е м
 Толық салынбаған/Приложен плохо Жаксы салынған/ Приложен хорошо
 - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора

	ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 м е с я ц а _ _ _ _ _ м м Перифериялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____	
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері/Доза ұзақтығы/длительность	
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ПСИХОМОТОРНОЕ Р А З В И Т И Е : Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В Ц Е Л Я Х Р А З В И Т И Я Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	Дамуында тежелу жоқ/Не о т с т а е т Дамуы _____эпикриздік мерзімге тежелген/Отстает на _____эпикризный срок ДАМУҒА КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ У Х О Д А для РАЗВИТИЯ	

КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:

- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной п о м о щ и - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в к о н т а к т . - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других л и ц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ М А Т Е Р И 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери);

- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и

моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери);

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту);

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д

витамиімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной

инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д);

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және

көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) (Правила поведения и

уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за

помощью, режим кормления и питья);

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы ,

екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения,

возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают

прививки);

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету

(Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного

случая);

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача);

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу

(Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям);

- Басқасы (Другое).

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 6 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом

Тексеріп карау күні	______\20__	/Дата осмотра	________20__
Ж а с ы :	_____	/В о з р а с т :	_____
Температурасы	_____	/Температура	_____
Салмағы	_____гр.	/Вес	_____гр.
Б о й ы	_____см.	/Р о с т	_____см.
Д С И	_____	/И М Т	_____
Басының шеңбері	_____см.	/Окружность	_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:			
Шағымдар: /Жалобы:			

БАЛАНЫ	ТЕКСЕРІП	ҚАРАУ/ОСМОТР	РЕБЕНКА	
Т е р і с і :			/ К о ж а :	
Перифириялық	лимфотүйіндер	жағдайы	/Состояние	
периферических			лимфоузлов	
Ауыз	қуысының	шырышы	Аңқа	
Слизистые	ротовой	полости	Зев	
Конъюктивалары			/конъюктивы	
Үлкен	еңбек	/	Большой	
родничок				
Тыныс	алу	органдары:	/Органы	Д И А Г Н О З :
дыхания:				ДИАГНОЗ:
Тыныс	алу	жиілігі	/ Частота	дыхания
ЖТЖ	органдары	/Органы	ССС: жүрек соғысының жиілігі	
(ЖСЖ)	/частота	сердечных	сокращений (ЧСС)	
Жүрек	соғуының	ырғағы	/Сердечный	ритм
Жүрек	соғуының	дыбысы	/Сердечные	
шумы				
Ас қорыту	органдары	/Органы	пищеварения: іш/живот	
	бауыр/печень		көкбауыр/селезенка	
Несеп	шығару	/Мочеиспускание		
Нәжіс	/Стул			
ДАМУЫҢА МАҚСАТЫҢДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В				
Ц Е Л Я Х				
Р А З В И Т И Я				
Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим				
р е б е н к о м ?				
Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы				
общаетесь с вашим ребенком?				
ДАМУЫҢА МАҚСАТЫҢДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В				
Ц Е Л Я Х				
Р А З В И Т И Я				
Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим				
р е б е н к о м ?				
Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы				
общаетесь с вашим ребенком?				
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА				
П С И Х О М О Т О Р Н О Г О				
Р А З В И Т И Я :				
Д	о	=		
Д	р	=		
Р	а	=		
Р	п	=		
Н		=		
Э	=			
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ				
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір				
нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении				
кормления				
вашего ребенка?				
Емшекпен	емізу/Грудное	вскармливание		
Емшекпен	емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью?	Иә/Да		
Ж о қ / Н е т				
Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в				
сутки?	рет/	раз		
Түнде емшекпен	емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью?			
Иә/Да	Жоқ/Нет			
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін				
алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли				

ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл. / _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок ел : _____ - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін каралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по	

питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.)/При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және

сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/
Прикорм:

правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора,

гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,

питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей
раннего

возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие

соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно
возрасту

Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д
дәруменімен

арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По
показаниям

специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну
кажет

үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и
ухода в

случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за
помощью,

режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және
ата-аналарыны

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма
и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на
приеме у

врача.

- Басқа/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 7 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом

Тексеріп карау күні ________\20__ /Дата осмотра________ 20__	
Жасы: _____ /Возраст: _____	
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.	
Бойы _____ см. /Рост _____ см.	
ДСИ _____ /ИМТ _____	
Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : / К о ж а : Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ ; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В Ц Е Л Я Х Р А З В И Т И Я Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстаёт Дамуы _____эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстаёт на _____эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, _____ күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок е л : - Ет/мясо _____ /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____ /_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки

Кызылша/корь + кызамык/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	_____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным р е к о м е н д а ц и я м - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ П Р О Б Л Е М Ы УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевание уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемей немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ М А Т Е Р И 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың

гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного

ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила

приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно

методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25

сентября 2006г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен

арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям

специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқис жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма
и

несчастливого случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у

врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 8 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________\ 20__	/Дата осмотра ________\ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____	/Температура _____
Салмағы _____ гр .	/Вес _____ гр .
Б о й ы _____ см .	/Р о с т _____ см .
Д С И _____	/И М Т _____
Басының шеңбері _____ см .	/Окружность головы _____ см .
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Т е р і с і :	/К о ж а :
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы	/Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы	Аңқа
Слизистые ротовой полости	Зев
Конъюктивалары	/конъюктивы
Үлкен еңбек / Большой родничок	
Тыныс алу органдары:	/Органы дыхания:
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания	
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;	
Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____;	
Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;	

Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В Ц Е Л Я Х Р А З В И Т И Я Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не о т с т а е т Д а м у ы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой	

не д е л и	р е б е н о к	е л :
- Ет/мясо	/балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты	
Иә/Да _____	Жок/Нет _____ қанша күн _____	/сколько дней _____
- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые	Иә/Да _____	Жок/Нет _____
қанша күн _____	/сколько _____	дней _____
- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты	Иә/Да _____	Жок/Нет _____
қанша күн _____	/сколько _____	дней _____
- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай?	Иә/Да _____	Жок/Нет _____
Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____	бөтелке _____	шыныаяқ және қасық _____/_____
бутылочкой _____	чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:		
Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня		
Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2		
Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2		
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3		
Қызылша/корь + қызылша/краснуха + паротит/паротит		
АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация		
НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация		
БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____		
мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм		
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА:		
- Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным р е к о м е н д а ц и я м		
- Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком		
- Наукас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)		
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:		
Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә	Ж О Қ
	ДА НЕТ	
	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ	
	Үрей тудыратын белгілер	

Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе ету үшін жеке бейін маманының консультациясына - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы бағыттау қажет мүмкін)/Частые движения головой (возможное (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении з а б о л е в а н и я у х а) тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или грудь предложенную - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және

сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/
Прикорм:

правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора,

гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,

питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего

возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен

арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям

специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у

врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 9 айлық баланы тексеріп-қарауы **Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом**

Тексеріп қарау күні	______\ 20__	/Дата осмотра	________ 20__
Ж а с ы :	_____	/В о з р а с т :	_____
Температурасы	_____	/Температура	_____
С ал ма ғы	_____ гр.	/В е с	_____ гр.
Б о й ы	_____ см.	/Р о с т	_____ см.
Д С И	_____ / И М Т	_____	_____
Басының шеңбері	_____ см.	/Окружность	_____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз:	/Оцените физическое развитие, используя графики:		

Шағымдар: /Жалобы:				
БАЛАНЫ Т е р і с і : Перифириялық периферических Ауыз Слизистые Конъюктивалары Ү л к е н родничок _____ Тыныс _____ алу _____ дыхания: _____ Тыныс _____ алу _____ жиілігі _____ / _____ Частота _____ дыхания _____	ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР лимфотүйіндер жағдайы куысының шырышы ротовой полости Зев /конъюктивы еңбек / Большой орғандары: _____ /Органы	РЕБЕНКА / К о ж а : /Состояние лимфоузлов Аңқа Зев /конъюктивы Большой орғандары: _____ /Органы		
ЖТЖ орғандары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту орғандары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____			Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:	
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В Ц Е Л Я Х Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?			ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ	
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=			Дамуында тежелу жоқ/Не отстает Д а м у ы _____эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____эпикризный срок	
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ				
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____				
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли				

ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жок/Нет _____Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - - - - - - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок ел : _____ - Ет/мясо _____ /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да_____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - - - - - - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызылша/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту	

қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевание уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложение груди - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және

сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/
Прикорм:

правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора,

гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,

питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего

возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен

арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям

специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у

врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 10 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом

Тексеріп карау күні ________\ 20__ /Дата осмотра________ 20__	
Ж а с ы : _____ /В о з р а с т : _____	
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр . _____ /Вес _____ гр .	
Б о й ы _____ с м . _____ /Р о с т _____ с м .	
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см. _____ /Окружность головы _____ см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифириялық лимфотүйіндер жағдайы _____ /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Анқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюктивалары _____ /конъюктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ Тыныс алу органдары: _____ /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы _____; /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : Д И А Г Н О З :
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В Ц Е Л Я Х Р А З В И Т И Я Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:	Дамуында тежелу жок/Не о т с т а е т

Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Д а м у ы _____эпикриздiк мерзімгее тежелген/Отстает на _____эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емісесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емісесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____мл./_____мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок ел : - Ет/мясо _____/балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	

ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызадық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау_____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным р е к о м е н д а ц и я м - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевание уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложение грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для обеспечения

г р у д и - Бала қарым-қатынас контакт	и л и жасамайды/Ребенок не	д р у г о й вступает в	п и щ и специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ М А Т Е Р И			
1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи			
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:			

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және

сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/
Прикорм:

правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора,

гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,

питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего

возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен

арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям

специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у

врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 11 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________\20__	/Дата осмотра ________ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____	/Температура _____
Салмағы _____ гр.	/В е с _____ гр.
Б о й ы _____ см.	/Р о с т _____ см.
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР	РЕБЕНКА
Т е р і с і :	/К о ж а :
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы	/Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы	Аңқа
Слизистые ротовой полости	Зев
Конъюнктивалары	/конъюнктивы
Үлкен еңбек / Большой родничок _____	
Тыныс алу органдары:	/Органы дыхания:
Тыныс алу жиілігі / Частота	дыхания

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочевыделение _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В Ц Е Л Я Х Р А З В И Т И Я Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жоқ/Не отстаёт Д а м у ы _____эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстаёт на _____эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____	

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок ел: _____ - Ет/мясо _____ /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызылша/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с _____ ребенком: _____	

Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына қажет
- Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения	мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына қажет
- Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевание уха)	(психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
- Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь	т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
- Емшекпен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи	т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
- Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ	
1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы

балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру

қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және

сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/
Прикорм:

правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора,

гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество,

питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей
раннего

возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие
соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно
возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д
дәруменімен

арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По
показаниям

специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқис жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у

врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 12 айлық баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 12 месяцев врачом

Тексеріп	карау	күні	______\20__	/Дата	осмотра	________	20__
Ж а с ы :	_____			/В о з р а с т :		_____	
Температурасы	_____	/Температура	_____				
Салмағы	_____ гр.			/В е с	_____ гр.		

Б о й ы	_____	с м .	/ Р о с т	_____	с м .
Д С И	_____	/ И М Т	_____		
Басының	шеңбері	_____см.	/Окружность	головы	_____см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:					
Шағымдар: /Жалобы:					
БАЛАНЫ	ТЕКСЕРІП	ҚАРАУ/ОСМОТР	РЕБЕНКА		
Т е р і с і :			/ К о ж а :		
Перифериялық	лимфотүйіндер	жағдайы	/Состояние	периферических	
л и м ф о у з л о в					
Ауыз	қуысының	шырышы	Аңқа		
Слизистые	ротовой	полости	Зев		
Конъюнктивалары			/конъюнктивы		
Тыныс	алу	органдары:	/Органы		
дыхания:	_____				
Тыныс	алу	жиілігі	/	Частота	дыхания
				ДИАГНОЗ:	
				ДИАГНОЗ:	
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____;					
Жүрек соғуының ырғағы					
/Сердечный ритм _____;					
Жүрек соғуының дыбысы					
/Сердечные шумы _____;					
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот					
_____бауыр/печень _____көкбауыр/селезенка _____					
Несеп шығару /Мочеиспускание _____					
Нәжіс /Стул _____					
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ				ДАМУЫ үшін	
Р А З В И Т И Я				К У Т У	
Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?				МӘСЕЛЕЛЕРІ	
Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?				ПРОБЛЕМЫ УХОДА	
				д л я	
				РАЗВИТИЯ	
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА				Дамуында тежелу	
ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:				ж о қ /	
Д о =				Не отстает	
Д р =				Д а м у ы	
Р а =				_____	
Р п =				эпикриздік	
Н =				мерзімгее	
Э=				тежелген/Отстает на	

				эпикризный	
				срок	
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ					
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?					
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание					
Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____Жок/Нет_____					
Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки?					
_____ р е т / _____ р а з					
Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью?					
Иә/Да _____Жок/Нет_____					

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день																												
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов _____ за _____ день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не _____ питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ _____ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____																												
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня <table border="0"> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>1-</td> <td>0</td> <td>БЦЖ</td> <td>ОПВ-3</td> <td>АКДС</td> <td>1+</td> <td>hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>2</td> <td></td> <td>ОПВ-1</td> <td>ОПВ-0</td> <td>АКДС</td> <td>2+</td> <td>hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>3</td> <td></td> <td>ОПВ-2</td> <td>АКДС</td> <td></td> <td>3+</td> <td>hib</td> <td>3</td> </tr> </table> Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит _____ АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация _____ НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация _____ БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Гепатит В	1-	0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС	1+	hib	2	Гепатит В	2		ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС	2+	hib	2	Гепатит В	3		ОПВ-2	АКДС		3+	hib	3	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
Гепатит В	1-	0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС	1+	hib	2																				
Гепатит В	2		ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС	2+	hib	2																				
Гепатит В	3		ОПВ-2	АКДС		3+	hib	3																				
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА																											

Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с р е б е н к о м :	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить н а консультацию узкого специалиста для в ы б о р а и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
- Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение	
- Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы	
- Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц	
- Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ	
1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: азық-түліктік терімді кеңейту, тамақты дайындау және сақтаудың

гигиеналық қағидалары/Прикорм: расширение продуктового набора, гигиенические правила

приготовления и хранения пищи

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік және моторикалық дамыту/
Психосоциальное и

моторное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно
возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная

инсоляция

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну
қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в
случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью,
режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында тоқсан сайынғы тексеріп қарау/Ежеквартальный осмотр на приеме

у врача

- Қанның жалпы талдауы, зәрдің жалпы талдауы, гельминттердің жұмыртқаларына нәжіс

талдауы/Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов

- Мамандардың консультациясы - хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог/
Консультация

специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог

Дәрігер/Врач

1 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ЛЕТ

**(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение**

педиатра)

1 жыл 3 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 3 месяцев врачом

Тексеріп карау күні ________\ 20__ /Дата осмотра ________ 20__	
Ж а с ы : _____ /В о з р а с т : _____	
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр. /В е с _____ гр.	
Б о й ы _____ с м . /Р о с т _____ с м .	
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов А у ы з _____ к у ы с ы н ы ң _____ ш ы р ы ш ы _____ А ң қ а Слизистые _____ ротовой _____ полости _____ З е в _____ Конъюктивалары _____ /к о н ь ю к т и в ы _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару _____ /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ Р А З В И Т И Я Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТУ үшін К У Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО Р А З В И Т И Я : Д о = _____ Д р = _____ Р а = _____ Р п = _____ Н = _____ Э= _____	Дамуында тежелу жок/Не отстает Д а м у ы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	
Емшекпен _____ емізу/Грудное _____	вскармливание

Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? ____ р е т / ____ р а з Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____																												
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтанса, күніне ____ рет ____ мл./Если Да, ____ мл ____ раз в день																												
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? ____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? ____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? ____ мл./____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/Негустая ____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ ____ / сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____																												
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня <table border="0"> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>1-</td> <td>0</td> <td>БЦЖ</td> <td>ОПВ-3</td> <td>АКДС</td> <td>1+</td> <td>hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>2</td> <td></td> <td>ОПВ-1</td> <td>ОПВ-0</td> <td>АКДС</td> <td>2+</td> <td>hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>3</td> <td></td> <td>ОПВ-2</td> <td></td> <td>АКДС</td> <td>3+</td> <td>hib</td> <td>3</td> </tr> </table> Қызылша/корь + қызылша/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ мм	Гепатит В	1-	0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС	1+	hib	2	Гепатит В	2		ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС	2+	hib	2	Гепатит В	3		ОПВ-2		АКДС	3+	hib	3	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки ____ Күні/Дата ____
Гепатит В	1-	0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС	1+	hib	2																				
Гепатит В	2		ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС	2+	hib	2																				
Гепатит В	3		ОПВ-2		АКДС	3+	hib	3																				
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ																											

- Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с р е б е н к о м : Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдык қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Д А ЖОҚ НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ Т Р Е В О Ж Н Ы Е ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға карамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету Ү ш і н жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет
ТОЛЫМДЫ

тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое

полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-элеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная

инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай

аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у

врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация

специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

1 жыл 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 6 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________\20__	/Дата осмотра_________ 20__
Жасы: _____	/Возраст: _____
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр.	/Вес _____ гр.
Бойы _____ см.	/Рост _____ см.
ДСИ _____ / ИМТ _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ	ТЕКСЕРІП
Терісі:	ҚАРАУ/ОСМОТР
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы	РЕБЕНКА
	/Кожа:
	Периферических лимфоузлов

Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ : Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Д а м у ы эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ р е т / _____ р а з Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____	

С ұйық / Не г у с т а я _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ / сколько _____ дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые н у ж н о с д е л а т ь с е г о д н я Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за р е б е н к о м - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	К У Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с р е б е н к о м : Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Д А ЖОҚ НЕТ
	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету ү ш і н жеке бейін

Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды

тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое

полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай

Тексеріп Жасы:	карау күні _____	_____ \ _____ \ 20 _____ / Возраст: _____	/Дата осмотра _____ \ _____ 20 _____
Температурасы	_____ / Температура	_____	_____
Салмағы	_____ гр.	_____ / Вес	_____ гр.
Бойы	_____ см.	_____ / Рост	_____ см.
ДСИ	_____ / ИМТ	_____	_____
Басының	шеңбері _____ см.	_____ / Окружность	_____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:			
Шағымдар:/Жалобы:			
БАЛАНЫ Терісі:	ТЕКСЕРІП Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы	ҚАРАУ/ОСМОТР Ауыз қуысының шырышы	РЕБЕНКА / К о ж а : Аңқа Зев
Слизистые	ротовой	полости	Зев
Конъюктивалары			/ конъюктивы
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания:			_____
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания			_____
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)			_____
ритм _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____;			_____
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____			_____
Несеп шығару /Мочеиспускание			_____
Нәжіс /Стул _____			_____
ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ			ДАМУҒА КҮТҮДІ
Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком?			_____

Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО Р А З В И Т И Я : Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Д а м у ы ----- эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на ----- эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? ----- Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? ____ р е т / _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ р а з Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтанса, күніне ____ рет ____ мл./Если Да, ____ мл ____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? ____ мл./____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ С ұ й ы қ / Н е г у с т а я _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ / сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые н у ж н о с д е л а т ь с е г о д н я Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2	Келесі егу үшін қаралу/Визит для

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2	следующей
Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3	прививки
Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит	_____
АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация	Күні/Дата _____
НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация	
БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	К У Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком : Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Д А ЖОҚ НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету Үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)

АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ	
1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды

тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое

полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай

аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у

врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация

специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 2 жастағы баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 2 лет врачом

Тексеріп карау күні ________\ 20__	/Дата осмотра ________\ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр.	/В е с _____ гр.
Б о й ы _____ см.	/Р о с т _____ см.
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов А у ы з _____ к у ы с ы н ы ң _____ ш ы р ы ш ы _____ А ң қ а _____ Слизистые _____ ротовой _____ полости _____ Зев _____ Конъюнктивалары _____ /конъюнктивы _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару _____ /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ : Д о = _____ Д р = _____ Р а = _____ Р п = _____ Н = _____ Э= _____	Дамуында тежелу жок/Не отстает Д а м у ы _____ _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	
Емшекпен _____ емізу/Грудное _____ вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____	

р е т / _ _ _ _ _	р а з
Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за _____ день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не _____ питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық / _____ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн _____ / сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режімі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛІ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с р е б е н к о м : Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдык қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Д А ЖОҚ НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ Т Р Е В О Ж Н Ы Е ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету Ү ш і н жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

Дәрігер/Врач

2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение

педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және

педиатрдың қорытындысы)

2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ ПАРАҒЫ

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение

педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және

педиатрдың қорытындысы)

2 жас 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп қарауы

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________\20__ /Дата осмотра________ 20__	
Ж а с ы : _____ /В о з р а с т : _____	
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.	
Б о й ы _____ см. /Р о с т _____ см.	
Д С И _____ /И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов А у ы з _____ қуысының _____ шырышы _____ Аңқа Слизистые _____ ротовой _____ полости _____ Зев Конъюнктивалары _____ /конъюнктивы _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару _____ /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУ ТУ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ Р А З В И Т И Я Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУ ТУ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО Р А З В И Т И Я : _____	Дамуында тежелу жок/Не отстает Д а м у ы

Д	о	=	
Д	р	=	эпикриздік
Р	а	=	мерзімгее
Р	п	=	тежелген/Отстает на
Н		=	
Э=			эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ			
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?			
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? ____ р е т / ____ р а з Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____			
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? ____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? ____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная ____ Қорексіз/Не питательная ____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? ____ мл./____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая ____ Сұйық/Негустая ____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____ / сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ қанша күн ____/сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____			
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ мм			
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ мм			
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық			

Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки

Күні/Дата ____

ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	К Ү Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком : Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Д А ЖОҚ НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды

тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое

полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания)

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная

инсоляция

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и

несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36

ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у

врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация

специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 3 жастағы баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом

Тексеріп	карау	күні	______\20__	/Дата	осмотра	________	20__
Ж а с ы :	_____			/В о з р а с т :		_____	
Температурасы	_____	/Температура	_____				
С ал ма ғы	_____ гр .			/В е с	_____ гр .		
Б о й ы	_____	с м .		/Р о с т	_____	с м .	

Д С И _ _ _ _ _ / И М Т _ _ _ _ _ Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар:/Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : / К о ж а : Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюктивалары /конъюктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____бауыр/печень _____көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: ДИАГНОЗ:
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТҮДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ : Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстаёт Д а м у ы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстаёт на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма?/Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?	
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание 1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____	

С ұй ы қ / Н е г у с т а я Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел: - Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____																												
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня <table border="0"> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>1-</td> <td>0</td> <td>БЦЖ</td> <td>ОПВ-3</td> <td>АКДС</td> <td>1+</td> <td>hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>2</td> <td></td> <td>ОПВ-1</td> <td>ОПВ-0</td> <td>АКДС</td> <td>2+</td> <td>hib</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Гепатит В</td> <td>3</td> <td></td> <td>ОПВ-2</td> <td></td> <td>АКДС</td> <td>3+</td> <td>hib</td> <td>3</td> </tr> </table> Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Гепатит В	1-	0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС	1+	hib	2	Гепатит В	2		ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС	2+	hib	2	Гепатит В	3		ОПВ-2		АКДС	3+	hib	3	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
Гепатит В	1-	0	БЦЖ	ОПВ-3	АКДС	1+	hib	2																				
Гепатит В	2		ОПВ-1	ОПВ-0	АКДС	2+	hib	2																				
Гепатит В	3		ОПВ-2		АКДС	3+	hib	3																				
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за р е б е н к о м - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	К У Т У МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА																											
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с р е б е н к о м : Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Д А ЖОҚ НЕТ																											
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ Т Р Е В О Ж Н Ы Е ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи	МӘСЕЛЕЛЕР/ ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету ү ш і н жеке бейін																											

- Ойынға қызығушылығы жоқ/Нет интереса к игре - Жиі құлайды/Часто падает - Кішкентай заттарды ұстауда қиындық туындайды/Трудности с манипулированием мелкими предметами - Жәй сұрақтарды түсіну қиындығы туындайды/Проблемы с пониманием простых обращений. - Қарапайым сөйлемдерді қалыптастыра алмайды/Неспособность формулировать простые предложения. - Тамаққа қызығушылығын жоқтығы немесе қызығушылығының аздығы/Отсутствие или незначительный интерес к еде.	маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ	
1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды

тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое

полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания)

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно

возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная

инсоляция

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну
кажет үрей

тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в
случае

болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью,
режим

кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және
ата-аналарының

іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма
и

несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36

ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у

врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация

специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

АУДАРМАЛЫ ЭПИКРИЗ _____

БАЛАНЫҢ АУРУЫ БОЙЫНША ЖАЗБАЛАР/ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ
РЕБЕНКА

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/Вес (кг) _____
Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие
проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? _____

Қайта қаралу?/Повторный визит? _____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕНІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/ Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз/ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру/ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца . Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции ? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички

САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӨ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____	
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ : Сарыауруды ізденіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӨ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ : Қашаннан бері?____ күн/Как долго?____ дней Нәжісінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ : - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца : Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции ? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іріктерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию кожной складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/

	Очень медленно (больше 2 секунд)? Ақырын (2 секундқы дейін)/ Медленно (до 2 секунд)?
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?	
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС	
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да ___ Жок/Нет ___ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/ Если Да, сколько раз за 24 часа? ___ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да ___ Жок/Нет ___ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто? ___ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен / Низкий _____ Төмен Не низкий емес _____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/ Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 м и н у т ы . - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь ? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Жок / Н е т _ _ _ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Ж о қ / Н е т _ _ _ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жок/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта И ә / Д а _ _ _ Ж о қ / Н е т _ _ _ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ П р и л о ж е н п л о х о Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады

	Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.
НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА: Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1-0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АҚДС 1 _____ _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ _____ Күні/Дата _____
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/Вес (кг
) _____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ____ Қайта қаралу?/Повторный визит? _____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ	
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе колмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца . Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички

САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА ____ ЖОҚ/НЕТ ____	
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ: Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите:	

ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____	
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/ Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері? ___күн/ Как долго? ___дней - Нәжісінде қан бар ма?/ Есть ли кровь в стуле?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И О Щ У Т И Т Е : - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд) ? Ақырын (2 секунды дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ - Іше немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто? _____ - - - - - - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен / Низкий _____ Төмен Не низкий емес _____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____ _____	
	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да _____ _____ Ж о қ / Н е т _____ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/	

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме? Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Да _____ Жоқ/Нет _____ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а ниже снизу рта Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.
НӘРЕСТЕҢІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать _____ с е г о д н я Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ _____ Күні/Дата _____
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/Вес (кг)
) _____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ____ Қайта қаралу?/

Повторный визит? _____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕНІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма /Наблюдаются ли трудности при кормлении?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/ Сосчитайте число дыханий в минуту _ ----- - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь	

- Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	- Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения м л а д е н ц а . Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма? /Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз.Қызарған ба немесе ірінді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок.Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің ірінді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички	
САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӨ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____		
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И О Щ У Т И Т Е : Сарыауруды іздеңіз (акқабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)? Алақандар мен табандар сарғайған ба? /Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӨ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____	
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері? __күн /Как долго? __дней - Нәжісінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И О Щ У Т И Т Е : - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию кожной складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд) Ақырын (2 секундкы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ : - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жок/ Н е т __ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа? ____ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жок / Н е т __ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто? ____ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Т ө м е н / Н и з к и й ____ Төмен Не низкий емес ____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/ Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ : Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, п о с м о т р и т е н а : - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да __ Жок/ Н е т __ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да __ Ж о қ / Н е т __ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ____ Жок/Нет ____ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ____ Ж о қ / Н е т ____ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ П р и л о ж е н п л о х о Жақсы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терен сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жақсы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз /Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС М Л А Д Е Н Ц А :	Келесі егу үшін қаралу/ Визит для	

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно с д е л а т ь Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____	с е г о д н я прививки _____ Күні/Дата _____ —
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/
Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет**

Тексеріп карау күні _________20__ /Дата осмотра _________20__ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____ Температурасы/Температура _____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный ____ Шағымдар/Жалобы: _____	Қауіптің жалпы белгілері/ Общие признаки опасности : Иә ____ Жок ____ Да ____ Нет ____
Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4.Летаргия немесе есінен танған халінде ме? Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә ____ Жок ____ Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да ____ Нет ____ Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны ____ Жиі демалу Как долго? _____ Число дыханий в минуту ____ Учащенное дыхание Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидттық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағаланыз)	

Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмодное дыхание (если есть а с т м о и д н о е дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Баланың іші өтеді ме? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка диарея? Да___Нет___ Қашаннан бері___Нәжісінде қан бар ма___ Как долго___Есть ли кровь в стуле___ Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе а б ы р ж ы ғ а н б а Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) И ә _ _ _ Ж о қ _ _ _ Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да___Нет___ Қашаннан бері?___ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба?___ соңғы 3 ай ішінде қ ы з ы л ш а м е н а у ы р д ы м а _ _ _ Как долго?___ Если более 5 дней. Каждый день?___ Болел ли корью последние 3 месяца___ Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, т ү ш к і р у , к ө з д ің қ ы з а р у ы Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, п о к р а с н е н и е г л а з Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден ірінді шығындылар шығады. Көдің қ а с аң қ а б а ғы б ұ л ың ғ ы р Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
Баланың құлағы ауыра ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___ Құлағынан ірінді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Құлағының арты ісіп кеткен бе Есть болезненное припухание за ухом	
Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___Нет___ Тамағында ақ өңез бар ма. Жакасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы	
Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен___төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ___ Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп___	
Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените питание (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә___жоқ___емсе, тәулігіне қанша рет ___Түнде тамақтандырасыз ба. Иә___ ___Жоқ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә___Жоқ___ Ішсе немес жесе, кандай тамақты және сұйықтықты _____	

----- Кормится ли грудью да___нет___Если да. то сколько раз за сутки___Кормите ли ночью. Да___Нет___Получает ли другую пищу или жидкость Да___Нет___Если Да, то какую пищу и жидкости_____ ----- Күніне қанша рет_____Емізу кезінде нені пайдаланады _____ Бір тамақтану өлшемінің көлемі _____ Белсенді емізу Иә _____ Жок_____ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә _____ Жок_____ Өзгерсе, қалай _____ Сколько раз в день_____Чем пользуются при кормлении_____ Объем одной порции_____ Активное кормление Да _____ Нет_____ Изменилось ли к о р м л е н и е в о в р е м я б о л е з н и Да___Нет___Если да, то как _____	Тамақтану мәселелері / Проблемы питания
Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсак нүктелі, папулездік, басқа_____ орналасу жері_____ қ ы ш и т ы н қ ы ш ы м а й т ы н ; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая_____ локализация_____ З у д я щ а я Н е з у д я щ а я ; Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы_____ ----- Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое_____ ----- Қайда_____Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъецирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____ ----- Где_____Конъюнктивга глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъецированы, желтушные Носовое дыхание затруднено, выделения _____ Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: _____ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар_____ЖСЖ_____ М о й ы н т а м ы р л а р ы н ы ң с о ғ у ы . Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: ----- Сердечные тоны: приглушены, шум_____ Ч С С _____ П у л ь с а ц и я в е н ш е и . Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы_____ Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое_____ Бауыр көлемі: _____ Печень размеры: _____ Көкбауыр: көлемі _____ см. Селезенка: размеры _____ см. Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі _____ см. Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см. Бассүйек-ми нервтері жағынан _____ Изменения со стороны черепно-мозговых нервов_____ Шала салдану, салдану _____ Парезы, параличи _____ Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры)_____ -----	

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)_____	
Дизуриялық көрініс: _____	
Дизурические явления: _____	
Басқалары _____	
Другое _____	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/
Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет**

Тексеріп карау күні ________\20__ /Дата осмотра ________\20__ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____ Температурасы/Температура _____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный ____ Шағымдар/Жалобы:	Қауіптің жалпы белгілері/ Общие признаки опасности : Иә___Жок___ _____ Да_____ Нет_____
Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2.Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3.Сіңірі талтылады ма? 4.Летаргия немесе есінен танған халінде ме? Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2.Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3.Были ли судороги? 4.Летаргичен или без сознания?	
Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә___Жок___ Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да___Нет___ Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны____ Жиі демалу Как долго?_____Число дыханий в минуту____Учащенное дыхание Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидттық па па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін б а ғ а л а ң ы з)	

Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмодное дыхание (если есть а с т м о и д н о е дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла	
Баланың іші өтеді ме? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка диарея? Да___Нет___ Қашаннан бері___Нәжісінде қан бар ма___ Как долго___Есть ли кровь в стуле___ Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе а б ы р ж ы ғ а н б а Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) И ә _ _ _ Ж о қ _ _ _ Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да___Нет___ Қашаннан бері?___ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба?___ соңғы 3 ай ішінде қ ы з ы л ш а м е н а у ы р д ы м а _ _ _ Как долго?___ Если более 5 дней. Каждый день?___ Болел ли корью последние 3 месяца___ Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, т ү ш к і р у , к ө з д ің қ ы з а р у ы Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, п о к р а с н е н и е г л а з Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден ірінді шығындылар шығады. Көдің қ а с аң қ а б а ғы б ұ л ың ғ ы р Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
Баланың құлағы ауыра ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___ Құлағынан ірінді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Құлағының арты ісіп кеткен бе Есть болезненное припухание за ухом	
Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___Нет___ Тамағында ақ өңез бар ма. Жакасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы	
Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен___төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ___ Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп___	
Тамақтануды бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените питание (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә ___жоқ___емсе, тәулігіне канша рет ___Түнде тамақтандырасыз ба. Иә ___Жоқ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә___Жоқ___ Ішсе немес жесе,	

қандай	тамақты	және	сұйықтықты	Тамақтану мәселелері / Проблемы питания
Кормится ли грудью да__нет__Если да. то сколько раз за сутки__Кормите ли ночью. Да__Нет__Получает ли другую пищу или жидкость Да__Нет__Если Да, то какую пищу и жидкости _____				
_____ Күніне қанша рет_____Емізу кезінде нені пайдаланады _____Бір тамақтану өлшемінң көлемі _____Белсенді емізу Иә _____Жоқ_____Сырақаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә _____Жоқ_____Өзгерсе, қалай _____Сколько раз в день_____Чем пользуются при кормлении_____Объем одной порции_____Активное кормление Да _____Нет_____Изменилось ли кормление во время болезни. Да _____Нет_____Если да, то как _____				
Басқа мәселелерді тексеріңіз: тері жабыны: сарғыш; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа _____орналасу жері _____қыштың қышымайтын ; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая _____локализация _____Зудящая Не зудящая ; Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы _____ _____ Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое _____ _____ Қайда _____Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъецирован, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____ _____ Где _____Конъюнктив глаза: гиперемияланған, гнойное отделяемое, Склеры : инъецированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____ _____ Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: _____ _____ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар _____ЖСЖ _____ М о й ы н та м ы р л а р ы н ы ң с о ғ у ы . Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ Ч С С _____ П у л ь с а ц и я в е н ш е и . Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы _____ Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____ Бауыр көлемі: _____Печень размеры: _____ Көкбауыр: көлемі _____см. Селезенка: размеры _____см. Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі _____см. Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____см. Бассүйек-ми нервтері жағынан өзгерістер _____ Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____ Шала салдану, салдану _____ Парезы, параличи _____ Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры _____				

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____	
Дизуриялық көрініс: _____	
Дизурические явления: _____	
Басқалары _____	
Другое _____	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелерін жапсыру үшін
Для подклеивания результатов клинико-лабораторных обследований
Стационарлар көшірмелерін жапсыру үшін
Для подклеивания выписок из стационара

Форма

A4 форматы КҰЖЖ бойынша ұйым коды

Формат A4 Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 026-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а 0 2 6 - 2 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

БАЛАНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

(балалар үйі үшін) (ұл бала)

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА РЕБЕНКА

(для детского дома) (мальчик)

Қан тобы

Группа крови _____

Резус тиістілігі

Резус принадлежность _____

1. Тегі Аты Әкесінің аты

(фамилия) _____ (имя) _____ (отчество) _____

2. Туған күні айы жылы

(дата рождения): число _____ месяц _____ год _____

3. Туылған жері

(место рождения) _____

4. Ұлты 5. Әлеуметтік жағдайы

(национальность) _____ (статус)

6. Түскен мерзімі: күні _____ айы _____ жылы _____ сағ _____

(дата поступления): (число) (месяц) (год) (время)

7. Кеткен мерзімі күні _____ айы _____ жылы _____ сағ _____

(дата выбытия): число месяц год время

8. Қайда ауысты

(адрес выбытия): _____

9. Қанша төсек-күн болды

(проведено койко-дней): _____

10. Жіберген мекеменің диагнозы (диагноз направившего учреждения):

11. Қандай диагнозбен түсті (диагноз при поступлении): _____

12. Қорытынды диагноз (диагноз заключительный):

Отбасы туралы мәліметтер
(Сведения о семье)

Ата-аналар және басқа балалар (родители и другие дети) Тегі, аты, әкесінің а т ы (фамилия, имя, отчество)	Туған жылы (дата рождения)	Жұмыс орны, лауазымы, телефоны (бала ұйымы) (где и кем работает, телефон (детские организации)	Асқынған аурулардың бар-жоғы (наличие запущенных заболеваний)
Ана (мать)			
Әке (отец)			
Басқа балалар (другие дети)			

Баланың төлқұжаты туралы анықтама
(справка о паспорте ребенка)

Түскен кезіндегі құжаттар (документы при поступлении)			
Туу туралы куәлік (свидетельство о рождении)			
Бас тарту өтініші (заявление об отказе)			
Баланы тастап кету актісі (акт о подкидыше)			
№ 4 нысан (форма № 4)			
Қаулы (постановление)			
Қолдау хат (ходатайство)			

Зертханалық зерттеулер:

(лабораторные исследования):

1. RW _____

2. ВИЧ _____

3. HBSAg и AntiHCV _____

**Баланың ауырған аурулары туралы мәлімет
(сведения о перенесенных заболеваниях ребенка):**

Ушыққан инфекциялық аурулар (острые инфекционные заболевания)	Ауырған күні (д а т а заболевания)	Созылмалы аурулар. (хронические заболевания)	Ауырған күні (д а т а заболевания)
Қызылша (корь)		Туберкулез	
Қызамық (краснуха)		Мерез (сифилис)	
Күл ауруы (дифтерия)		Вирустық гепатиттер (вирусные гепатиты)	
Жел шешек (ветряная оспа)			
Жәншау (скарлатина)			

Туған кездегі салмағы (вес при поступлении) _____

Туған кездегі бойы (рост при поступлении) _____

ДСИ (ИМТ) _____

Бастың шеңбері (окружность головы) _____

Денесінің дамуын бағалау (оценка физического развития):

**Жалпы мәлімет
Общие сведения**

1. Гинекологиялық анамнез (гинекологический анамнез) _____

2. Әлеуметтік анамнез (социальный анамнез)

Шешесі (мать) _____ Әкесі (отец) _____

Тұрмыстық жағдайы (бытовые условия) _____

Материалдық қамтамасыз ету (материальное обеспечение) _____

3. Акушериялық анамнез (акушерский анамнез) _____

Нәресте мезгілінде туылды (шала туылды) (ребенок родился доношенным (недоношенным)) _____

Босану ағымы қалыпты (қалыпсыз) (течение родов правильное (неправильное)) _____

Операция қолданылды (применение операционного вмешательства) _____

Тағайындау к ү н і (д а т а назначения)	Антибиотиктердің атауы (наименование антибиотиков)	Курстың ұзақтылығы (продолжительность курса)	Антибиотиктерді қабылдаудың кер ә с е р і (реакция на применение антибиотиков)

[illegible]

Рентгент зерттеулерін есепке алу (учет рентгенологических исследований)

Зерттеу күні (дата исследования)	Баланың жасы (возраст ребенка)	Зерттеу сипаты (характер обследования)	Зерттеу саласы (область обследования)

Мешелді спецификалық профилактикалауды есепке алу парағы (лист учета специфической профилактики рахита)

Күні (дата)	"Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д")	Күні (дата)	"Д" витамин мөлшері (Доза витамина "Д")	У К С УФО		
				Күні (дата)	Арасы (расстояние)	Ұзақтығы (длительность)

Антропометриялық деректер (антропометрические данные)

Күні (дата)	Жасы (возраст)	Массасы (масса)	Бойы (рост)	Басының шеңбері (окруж- ность головы)	Кеудесінің шеңбері (окруж- ность грудной клетки)	Тіс саны (кол- во зубов)	Физикалық дамуын бағалау (оценка физич.развития)	Психикалық- тірек дамуын бағалау (оценка психо-мотор- ного развития)

Балалар үйіне түсу кезіндегі алғашқы тексеріп-қарау: (первичный осмотр при поступлении в Дом ребенка) Тексеріп-қарау міндеттері (задачи осмотра)

1. Қауіпті симптомдардың болуын тексеру (проверить на наличие опасных симптомов)

2. Бойы мен дамуын бағалау (оценить рост и развитие)

3. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру (проверить, нет ли врожденных пороков развития)

4. Қалыпты бейімделу бойынша ұсыныстар беру (дать рекомендации по нормальной адаптации)

Тексеріп-қаралу күні (дата осмотра) 20 ____ / ____ Жасы (возраст): ____ Дене қызуы (температура) ____	
Туғандағы дене салмағы (при рождении Вес): ____ кг Бойы (рост): ____ см ИМТ ____ басының шеңбері (окружность головы) ____ см	
Графиктерді пайдаланып физикалық дамуын бағалыңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Анасының шағымы (жалобы матери):	
Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции) 7. Дене қызуының 38°C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы $<35,5^{\circ}\text{C}$ төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее $<35,5^{\circ}\text{C}$ и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі (бала өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінен кейінгі), білінетін бозару (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____
СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); басқасы (другое) ...	Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) ____ Жоқ (нет) ____
Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлексдерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Moro; Автоматтандырылған жүру (автоматической походки) Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): ____ (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдір қабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы) Тері (кожа): ____ (калыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме	

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты).
- Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на):
- Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) ____ Жок (нет) ____
- Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) ____ Жок (нет) ____
- Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ) :

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)

(нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) ____ Жок (нет) ____

Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) ____ Жок (нет) ____

Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо)

Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?)

Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно)

Аузында ойық жара немесе ақтаңдақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы

	или белые пятна во рту (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)		Д а м у проблемалары (проблемы развития)
Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца): Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня): 1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____		Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____ Мерзімі (дата) _____
Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кровати, предметов ухода, одежда ребенка) Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22°C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 ° C) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____		К ү т у проблемалары (проблемы ухода)
Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери): 1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):		Проблемалар (проблемы)
2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите): 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины) 6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность)		Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии): 1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней) 3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 4. баланы жиі ұстау

8. шаршағыштық және әлсіздік (утомляемость и недостаток энергии)	(чаще прикасаться
9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания)	к ребенку)
10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна)	5. бала туралы
11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом)	ойлау (думать о
12. секске қызықпау потеря интереса к сексу	ребенке)
13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и б е з н а д е ж н о с т и)	6. далаға жиі шығу және жиі қозғалу (
14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)	чаще выходит на улицу и двигаться)
	7. жақсы тамақтану (хорошо питается)
	8. өзіне күтім жасау (заботиться о с е б е)
	9. күнделік жүргізу (вести дневник)
	егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)

- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)

- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости)

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери)

- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)

- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и предметам ухода за новорожденным)

- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны)

- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки)).

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

Дәрігер (врач):

**Ұлдың жасына қарай бойының ұзындығы
(туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңызы))**

**Ұлдың бойының ұзындығына салмағы
туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)**

**Ұлдың бойының ұзындығына салмағы
туғаннан бастап 6 айға дейін (Z-маңыздары)**

Қыз баланың жасына сәйкес бойының ұзындығы

6 айдан бастап 2 жасқа дейін (Z-маңыздары)

жас

Жасы (толық айы мен жасы)

Ұл баланың жасына бойының ұзындығы

2 жастан бастап 7 жасқа дейін (Z-маңыздары)

Профилактикалық екпелерді есепке алу картасы
(карта учета профилактических прививок)
Жоспарлы вакцинация
(плановая вакцинация)

Қарсы еке (прививка против):	Вакцинация немесе ревакцинация және неше рет егілді (Вакцинация или ревакцинация и кратность введения)		Мерзімі (дата)	Жасы (возраст)	Мөлшері (доза)	Сериясы (Серия)	Енгізу тәсілі (способ введения)	Өніруші мемлекет (страна - производитель)	Реакция	
									Жер-гі-лікті (мест-ная)	Жал-пы (общая)
Туберкулезге (туберкулеза)	Вакцинация									
	Қорытынды 1 ай (результат 1 мес)									
	Қорытынды 3 ай (результат 3 мес)									
	Қорытынды 6 ай (результат 6 мес)									
	Қорытынды 1 жыл (результат 1 год)									
	1 ревакцинация									
В вирустық гепатитке (Вирусного гепатита В)	Вакцинация	1								
		2								
		3								
Полиомиелитке (Полиомиелита)	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Күлге, көкжөтелге, сіреспеге дифтерии, коклюша, столбняка)	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Гемофилиялық инфекцияға (гемофильной инфекции)	Вакцинация	1								
		2								
		3								
	1 ревакцинация									
Қызылшаға, паротитке, қызамыққа (кори, паротита, краснухи	Вакцинация									
	Ревакцинация									
А вирустық гепатитке (Вирусного гепатита А)	Вакцинация	1								
		2								

Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы
(лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов)

[illegible]

Қорытынды (нақтыланған) диагноздарды жазу парағы
(Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов)

[illegible]

Нәрестені бірінші рет тексеріп-қарау

(первичный осмотр новорожденного):

Нәрестені тексеріп-қарау міндеттері

(задачи осмотра новорожденного):

1. Туғаннан кейін қалыпты бейімделуіне көз жеткізу

(удостовериться в нормальной адаптации после рождения)

2. Қатерлі белгілердің болуын тексеру

(проверить на наличие опасных симптомов)

3. Бойы мен дамуын бағалау

(оценить рост и развитие)

4. Туа біткен даму ақаулардың бар-жоғын тексеру

(проверить, нет ли врожденных пороков развития)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____ Дене қызуы (температура) ____ Туғандағы (при рождении): Салмағы (вес): ____ кг Бойы (рост) ____ см ИМТ ____ Басының шеңбері (окружность головы) ____ см Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Шағымдар (жалобы):	
Қауіпті себебін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин)); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Қозғалыс тек ынталандыру кезінде немесе ынталандыруда да болмауы (движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции); 7. Дене қызуының 38 ⁰ С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38 ⁰ С); 8. Дене қызуы <35,5 ⁰ С төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 ⁰ С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозаруы (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	Иә (да) ____ Жок (нет) ____
СЫРТАРТҚЫ (АНАМНЕЗ): Шала туған бала ма (37 аптаға жетпей) (недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Нәресте жамбасымен келуі (тазовое предлежание); Босанудың асқынған ағымы (осложненное течение родов); Нәрестенің реанимацияға түсуі (реанимация новорожденного); Сыртартқыда құрысқақтың болуы (судороги в анамнезе); Перзентханада нәрестені дәрі-дәрмекпен емдеу (медикаментозное лечение новорожденного в роддоме); баскасы (другое) ...	Ауыр сыртартқы (отягощенный анамнез): Иә (да) ____ Жок (нет) ____
Бас сүйек – ми нервтерінің қызметін бағалаңыз (тілдің қозғалысы, көздің қозғалысы, жұту рефлексінің болуы) (оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Рефлексдерді тексеріңіз (симметриялық болуы қажет) (проверьте рефлексы (должны быть симметричны): іздеу (поисковый); ему (сосательный); ұстау (хватательный); Моро; Автоматтандырылған жүру (автоматической походки) Бетін тексеріп-қарау (осмотр лица): _____ (симметриялығы, дизморфизм белгілері, көз қарашығының жарыққа реакциясы, мөлдірқабықтың көлемі, пішіні, жағдайы) (симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы) Тері (кожа): _____ (қалыпты, қызғылт немесе өте қызғылт) (в норме розовая или интенсивно розовая) Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) _____ конъюнктивалар (конъюнктивы) _____ Бұлшық ет тонусы (мышечный тонус) _____ - _____ (аяқ-қолдың қалыпты гипертонусы және дене мен мойынның гипотонусы; баланың аяқ-қолы бүктеліп, денесіне қысылған, қолы жұдырыққа түйілген "флексорлық калып") (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и	

гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок " ф л е к с о р н а я п о з а ")

Көзге көрінетін туа біткен ақаулар (видимые врожденные пороки) _____

Сүйек жүйесі (костная система) _____

Бас пішіні (форма головы) _____ жігі (швы) _____

Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ кіші еңбегі (малый родничок) _____

Буынды бағалаңыз (оцените суставы): _____ (қозғалысы, көлемі, симметриялығы, иық өрімінің зақымдалуын, бұғананың сынуын; жамбастың туа біткен шығуын, табанның деформациясын тексеру) (движения, размер, симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы)

Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ (30-60/мин қалыпты) (в норме 30 - 60/мин)

ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____; Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Жамбас пульсын

пальпациялау (пальпация бедренного пульса) _____ (қалыптысы екі жақтан симметриялысы) _____ (в норме симметрично с двух сторон)

Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ к ө к б а у ы р _____ (с е л е з е н к а) _____

Жыныс органдары (жарықтар, қос жыныстық белгілері) (половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____

Кіндік (пуповина) _____ (кіндік қалдығы туғаннан кейін бірінші тәулікте түсе бастап, құрғайды және таза ұстаған жағдайда 7-10 күннен кейін түседі, егер тазалықта болса қосымша өңдеуді қажет етпейді) (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Несеп шығару (мочеиспускание) _____ (қалыптысы дұрыс емізу кезінде 6 реттен кем емес жиілікте) (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Нәжіс (стул) _____ (қалыптысы сарғыш, ботқа тәрізді, қышқыл иісі бар) (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН
А Н Ы Қ Т А Ң Ы З
(ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)

ТАМАҚТАНДЫРУ
ПРОБЛЕМАЛАРЫ
(ПРОБЛЕМЫ
ПИТАНИЯ)

- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Ж о қ _____ (Н е т) _____

- Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____

- Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жок (нет) _

- Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____

- Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____

_ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)

Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ
Г Р У Д Ь Ю) :

Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме?
(кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)

Егер нәресте
соңғы сағатта
емізілмесе,
анасын
нәрестені
емізуді
сұраңыз.
Емізуді 4
минут бойы
бақылаңыз (
если младенца
не кормили в
течение
последнего
часа ,
попросите мать
приложить его
к груди.
Наблюдайте за
кормлением 4
минуты).
- Бала емшекті
еме алады ма?
Тексеру үшін
мыналарға
қараңыз (
способен ли
ребенок брать
грудь? Для
проверки
прикладывания
, посмотрите
на) :
- Иегі емшекке
тиеді ме? (
подбородок
касается груди)
Иә (да) ____
Жоқ (нет) ____
- Аузы кең
ашылған (рот
широко
раскрыт) Иә (
да) ____ Жоқ (
нет) ____
- Астынғы
еріні сыртқа
айналдырылған
(нижняя губа
вывернута
наружу) Иә (да
) ____ Жоқ (нет)

- Ареола

ауыздың
 астынан емес,
 үстінен
 білінеді (
 большая часть
 ареолы видна
 сверху, а не
 снизу рта)
 Иә (да) ____
 Жоқ (нет) ____
 Емшекке
 салынбаған (не
 приложен
 совсем) Толық
 салынбаған (
 приложен
 плохо) Жаксы
 салынған (
 приложен
 хорошо)
 - Нәресте
 жаксы емеді ме
 ? (үзіліспен
 баяу терең ему)
 (эффективно
 ли сосет
 младенец (
 делает
 медленные
 глубокие
 сосательные
 движения с
 паузами)?
 Мүлдем
 ембейді (не
 сосет совсем)
 Жаксы ембейді
 (сосет
 неэффективно)
 Жаксы емеді (
 сосет
 эффективно)
 - Аузында
 ойық жара
 немесе
 ақтаңдақтарды
 (уылу) іздеңіз (
 ищите язвы
 или белые
 пятна во рту (
 молочница).

Д а м у
 проблемалары

Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)	(проблемы развития)
Нәрестенің екпе жағдайын тексеріңіз (проверьте прививочный статус младенца): Баланың бүгін алатын екпесін астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня): 1-0 В гепатиті (Гепатит В 1-0) _____ БЦЖ _____	Келесі екпеге келу күні (визит для следующей прививки) _____ _____ Мерзімі (дата) _____
Күту бағасы (оценка ухода): баланың бесігі, күту заттары, киімінің болуы (наличие детской кровати, предметов ухода, одежда ребенка) Жайдың гигиенасы (гигиена помещения _____ (сумен жинау жиілігі, бөлмеде шылым шегу, жарық, жылы, t-22 °C төмен емес жай) (регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещения - t не менее 22 °C) Баланың гигиенасы (гигиена ребенка) _____	Күтім жасау проблемалары (проблемы ухода)
Ана денсаулығын бағалау (оценка здоровья матери): 1. Сүт бездерін тексеріп-қарау (осмотр молочных желез):	Проблемалар (проблемы)
2. Босанудан кейінгі депрессияның белгілері (әрбір келген кезде назар аудару керек) (симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите): 1. қатты үрей және алаңдау (глубокая тревожность и беспокойство) 2. терең мұңды (глубокая печаль) 3. жиі жылау (частые слезы) 4. балаға күтім көрсете алмайтын сезімнің болуы (ощущение неспособности заботиться о ребенке) 5. айыптылық кінәнің болуы (чувство вины) 6. байбалам ұстамасы (приступы паники) 7. есеңгіреу және ашуланшақтық (стресс и раздражительность) 8. шаршағыштық және әлсіздік (устоляемость и недостаток энергии) 9. назар аударуға қабілетсіздігі (неспособность к сосредоточению внимания) 10. ұйқының бұзылуы (нарушение сна) 11. тәбеттің болмауы (проблемы с аппетитом) 12. секске қызықпау потеря интереса к сексу	Босанудан кейінгі депрессияны жүргізу бойынша кеңестер (советы по ведению послеродовой депрессии): 1. барлық жұмысты тастап балаға күтім жасау (позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности) 2. отбасы мүшелеріне әйелдің жағдайын түсіндіру (рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней) 3. бала назарда болу үшін жағдай жасау (создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания) 4. баланы жиі ұстау (чаще прикасаться к ребенку) 5. бала туралы ойлау (думать о ребенке) 6. далаға жиі шығу

13. дәрменсіздікті және үмітсіздікті сезіну (ощущение беспомощности и б е з н а д е ж н о с т и)	және жиі қозғалу (чаще выходит на
14. балаға сүйкімсіздік (антипатия к ребенку)	улицу и двигаться)
	7. жақсы тамақтану (хорошо питается)
	8.өзіне күтім жасау (заботиться о себе)
	9. күнделік жүргізу (вести дневник)
	егер осы іс-шаралар көмектеспесе, тиісті маманға қаралу қажет (если эти меры не помогают, обратиться к соответствующему специалисту)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Емшекпен емізудің басымдылығы және практикасы (преимущества и практика грудного вскармливания)

- Тек емшекпен емізуді қамтамасыз ету (обеспечение исключительно грудного вскармливания)

- Емшек сүтін сауып тастау техникасы (қажет болғанда) (техника сцеживания грудного молока (при необходимости)

- Ананың құнарлы тамақтануы (оптимальное питание матери)

- Ананың жеке гигиенасы (личная гигиена матери)

- Жайға және нәрестені күту заттарына қойылған талаптар (требования к помещению и предметам ухода за новорожденным)

- Қауіпсіз орта (нәрестенің киіміне, күту заттарына және ойыншықтарына қойылған талаптар, жарақат пен оқыс жағдайды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы) (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Нәресте күтімі, серуендеу режімі, гигиеналық ванналар (уход за новорожденным, режим прогулок гигиенические ванны)

- Бала сырқаттанғанда мінез-құлық және оны күту қағидалары (қауіп себептері) (правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).

- Басқа ұсыныстар (другие рекомендации)

Дәрігер (врач):

Дәрігердің тексеріп-қарауы (15-ші күн) (Осмотр врачом (15-й день)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ / __ / __ Жасы (возраст): ____ . Дене қызуы (температура) ____	
Шағымдар (жалобы):	
Қауіп себептерін бағалаңыз (оцените признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка)); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5 °C төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов : цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі,	

кызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)		Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____
Тері (кожа): Кіндік (Пуповина) _____ Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) конъюнктивалар (конъюнктивы) _____ Үлкен еңбегі (большой родничок) _____ Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (ТЖ) (частота дыхания (ЧД)) _____ ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____ (100/мин астам, қалыпты) (в норме более 100 /мин); Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____ Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____		ДИАГНОЗЫ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН А Н Ы Қ Т А Ң Ы З (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)		ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 м и н у т ы) . - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, _____ посмотрите _____ на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған	

течение последнего часа?)	(приложен плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жақсы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
Даму мақсатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)		Д а м у проблемалары (проблемы развития)
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА):		КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)
Балаға қатыгез мінез көрсету белгілері (признаки жестокого обращения с ребенком): физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.		Иә (да) Жоқ (нет)
Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіп белгілері (тревожные признаки, требующие специализированной помощи): Есту бойынша (по слуху) Көру бойынша (по зрению)		Проблемалар (проблемы)
АНАНЫҢ ҚАУІПТІ АУРУЛАРДЫҢ БЕЛГІСІН БІЛУІ (ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ)		Иә (да) Жоқ (нет)
АНА ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ):		ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):		

Ұсыныстар (рекомендации):

1. Тек емшекпен емізуді қолдау (поощрение исключительно грудного вскармливания)

2. Емізетін ананың тиімді тамақтануы және ұйқы/демалу режимі (оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери)

3. Нәресте күтімі (уход за новорожденным)

4. Психоэлеуметтік дамуды ынталандыру (стимуляция психосоциального развития)

5. Қауіпсіз орта (нәресте киіміне, күтім жасау заттарына және ойыншықтарға қойылған талаптар) және жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алу үшін ата-аналардың мінез-құлқы (безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

6. Бала сырқаттанғанда күту және мінез-құлық қағидасы (правила поведения и уход в случае болезни ребенка)

7. Баладағы қауіпті аурулардың белгісінде ананың тез арада дәрігерге баруын үйрету: емшек еме алмайды, әрбір емген немесе су ішкен жағдайда құсу, сіреспе, летаргиялық немесе ес-түссіз (обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания)

8. Басқа (другое).

Дәрігер/(Врач)

Дәрігердің баланы 1 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 1 месяца жизни врачом)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20 ____ / ____ / ____ Жасы (возраст): ____ . Дене қызуы (температура) ____ °C	
САЛМАҒЫ (ВЕС) ____ гр. БОЙЫ (РОСТ) ____ см. ИМТ ____ Басының шеңбері (окружность головы) ____ см	
Кестелерді пайдаланып, физикалық дамуын бағалаңыз (оцените физическое развитие, используя графики):	
Шағымдар (жалобы):	
БАЛАНЫ Тері (кожа): Ауыз қуысының шырышы (слизистые) Аңқа (зев) Конъюнктивалар (конъюнктивы) Үлкен еңбегі (большой родничок) Тыныс алу органдары (органы дыхания) Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сокращений) Жүрек ырғағы (сердечный ритм)	ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА) (Пуповина) (слизистые ротовой полости) (конъюнктивы) (большой родничок) (органы дыхания) (частота дыхания) (ЖЖЖ) (частота сокращений) (ЧСС) (сердечный ритм)
ДИАГНОЗЫ:	

Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____; Аскорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____ Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____		
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН А Н Ы Қ Т А Ң Ы З (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)		ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Ж о қ (Н е т) _____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _ Жок (нет) _ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ _ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)		
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ (_____ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, _____ посмотрите _____ на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) _____ Ж о қ (н е т) _____ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) _____ Жок (нет) _____ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно) - Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать _____ с е г о д н я) В гепатиті 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1		Келесі екпеге бару мерзімі (визит для

В гепатиті 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 1 айында _____ мм БЦЖ-дан беріштің даму динамикасын бағалау (оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц _____ мм) Және перифериялық лимфотүйіндерді (и периферических лимфоузлов) _____	следующей прививки) _____ _____ Күні (дата) _____
Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) (специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері (доза) _____ Ұзақтығы (длительность) _____
ПСИХОМОТОРЛЫҚ ДАМУ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ): Д о = _____ Д р = _____ Р а = _____ Р п = _____ Н = _____ Э = _____ ДАМУ МАҚСАТЫНДА КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)	Қалмаған (Не отстаёт) _____ эпикриздік мерзімге қалып қойған Отстаёт на _____ эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38⁰С артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38⁰С); 8. Дене қызуы <35,5 °С төмен және жылытқанға қарамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5 °С и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение)	КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА)
БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жактырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық () физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)	ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)

Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи) - Ықтимал керемдік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы со зрением) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери)

- Жасына сәйкес психоэмоционалдық және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту)

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д)

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача)

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям)

- Басқасы (Другое).

Дәрігер (Врач):

Дәрігердің баланы 2 айында тексеріп-қарауы (осмотр ребенка 2 месяца жизни врачом)

Тексеріп-қарау мерзімі (дата осмотра) 20__ __/____ Жасы (возраст): ____	
Дене қызуы (температура) _____	
САЛМАҒЫ (ВЕС) _____ гр. БОЙЫ (РОСТ) ____ см. ИМТ _____ Басының шеңбері (Окружность головы) _____ см	
Бағандарды пайдаланумен, физикалық дамуын бағалаңыз (Оцените физическое развитие, используя графики):	
Шағымдар (жалобы):	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ (ОСМОТР РЕБЕНКА)	ДИАГНОЗЫ:
Тері (кожа): Кіндік (пуповина) _____	
Ауыз қуысының шырышы (слизистые ротовой полости) Аңқа (Зев) _____	
Конъюктивалар (конъюнктивы) _____	
Үлкен еңбегі (большой родничок) _____	
Тыныс алу органдары (органы дыхания): _____ Тыныс алу жиілігі (частота дыхания) _____	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ)
ЖТЖ органдары (органы ССС): жүрек жиырылуының жиілігі (ЖЖЖ) (частота сердечных сокращений) (ЧСС) _____; Жүрек ырғағы (сердечный ритм) _____	
Жүрек шуылы (сердечные шумы) _____	
Асқорыту органдары (органы пищеварения): іш (живот) _____ бауыр (печень) _____ көкбауыр (селезенка) _____	
Несеп шығару (мочеиспускание) _____; Нәжіс (стул) _____	
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ (ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ)	
- Тамақтандыруда қиындық бар ма? (Есть ли у Вас трудности при кормлении?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Бала емшек емеді ме? (Ребенок кормится грудью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Егер иә болса, 24 сағатта неше рет? (Если Да, сколько раз за 24 часа раз?) _____ - Түнде емшек бересіз бе? (Вы кормите грудью ночью?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Бала басқа тамақ немесе сұйықтық ішеді ме? (Получает ли ребенок другую пищу или жидкости?) Иә (да) _____ Жоқ (нет) _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет? (Если Да, как часто раз в сутки ?) _____ _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ (и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____)	
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса) (Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста)):	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ	Егер нәресте соңғы сағатта емізілмесе, анасын нәрестені емізуді сұраңыз. Емізуді 4 минут бойы бақылаңыз (если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты). - Бала емшекті еме алады ма? Тексеру үшін мыналарға қараңыз (способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на): - Иегі емшекке тиеді ме? (подбородок касается груди) Иә (да) _____

БАҒАЛАҢЫЗ (ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ): Нәресте соңғы сағатта емшекпен емізілді ме? (кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?)	(_ _ _ _) Ж о қ (н е т) _ _ _ _ - Аузы кең ашылған (рот широко раскрыт) Иә (да) _ _ _ _ Жоқ (нет) _ _ _ _ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған (нижняя губа вывернута наружу) Иә (да) _ _ _ _ Жоқ (нет) _ _ _ _ - Ареола ауыздың астынан емес, үстінен білінеді (большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта) Иә (да) _ _ _ _ Жоқ (нет) _ _ _ _ Емшекке салынбаған (не приложен совсем) Толық салынбаған (приложен плохо) Жаксы салынған (приложен хорошо) - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліспен баяу терең ему) (эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Мүлдем ембейді (не сосет совсем) Жаксы ембейді (сосет неэффективно) Жаксы емеді (сосет эффективно) Аузында ойық жара немесе ақтандактарды (уылу) ізденіз (ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕКПЕЛЕРІН ТЕКСЕРІҢІЗ (ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС): Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз (подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня) В 1- 0 В гепатиті БЦЖ АКДС 1 + hib 1 2 В гепатиті ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2	Келесі екпеге бару мерзімі (визит для следующей прививки) _ _ _ _ _ Күні (дата) _ _ _ _ _	
Мешелді алдын алу (профилактика рахита): өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция) (неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д витаминімен алдын алу (көрсетілім бойынша) (специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	Мөлшері (доза) _ _ _ _ _ Ұзақтығы (длительность) _ _ _ _ _	
ПСИХОҚОЗҒАЛЫС ДАМУЫ (ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ): Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = Даму максатында күтімді бағалаңыз (оцените уход в целях развития) - Балаңызбен қалай ойнайсыз? (как вы играете с Вашим ребенком?) - Балаңызбен қалай сөйлесесіз? (как вы общаетесь с Вашим ребенком?)	Қалмаған (Не отстаёт) _____ эпикриздік мерзімге қалып қойған Отстаёт на _____ эпикризный срок ДАМУ үшін КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ)	
КҮТІМДІ БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА УХОДА): 1. 1. Науқас балаға күтім көрсету қағидасын және медициналық қызметкерге қашан бару керектігін біледі (Знает правила ухода ха больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику) 2. Берілген нұсқаулықтарға сәйкес баланың тамақтануы, дамуы және күтімі бойынша нұсқаулықтарды орындайды (выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям) 3. Ана қауіп себептерін біледі ме? (знает ли мать признаки опасности): 1. Жиі тыныс алу (60 мин. астам) (учащенное дыхание (более, чем 60 в мин)); 2. Тыныс алу жиілігінің төмендеуі (30 мин. төмен) (уменьшение частоты дыхания (менее, чем 30 в мин); 3. Кеуде қуысының анық тартылуы (выраженное втяжение грудной клетки); 4. Сырылдап тыныс алу (экспираторлық демікпе) (кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Тырысу (судороги); 6. Әлсіздік немесе жоғары	КҮТІМ КӨРСЕТУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ (	

тонус (вялость или повышенный тонус); 7. Дене қызуының 38 °C артық көтерілуі (повышение температуры тела более 38°C); 8. Дене қызуы <35,5°C төмен және жылытқанға карамастан көтерілмеуі (температура тела менее <35,5°C и не повышается после согревания); 9. Тері жамылғысы түсінің өзгеруі, білінетін бозару (нәресте өмірінің 1 тәулігінде немесе 7 тәулігінде) (изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка); 10. Кіндік жарасынан іріңнің бөлінуі немесе кіндік жанының қызаруы (выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка); 11. Кіндік қалдығынан кет кету (кровотечение из пуповинного остатка); 12. теріде 10 аса іріңді бөртпенің немесе сулы бөртпенің болуы, теріасты негіздің ісінуі, қызаруы, тығыздалуы (более, чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы покраснение, уплотнение	ПРОБЛЕМЫ УХОДА)
БАЛАҒА ҚАТЫГЕЗ МІНЕЗ КӨРСЕТУ СЕБЕПТЕРІ (ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком): Физикалық жәбірлеу, жактырмау, физикалық және эмоционалдық қараусыздық () физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)	ИӘ (ДА) ЖОҚ (НЕТ)
Мамандандырылған көмекті қажет ететін қауіпті себептер (тревожные признаки, требующие специализированной помощи) - Ықтимал керендік немесе көру проблемалары (возможная глухота или проблемы слуха) - Бала байланысқа бармайды (ребенок не вступает в контакт) - Жүргенде тепе-теңдікті қиын ұстау (затруднения в удерживании равновесия при ходьбе) - Баланың мінез-құлқындағы түсініксіз өзгертулер, физикалық жәбірлеу іздерінің болуы (әсіресе, егер бала басқа адамдардың қарауында болса) (непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбеттің нашарлауы (плохой аппетит).	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ) Қауіпті себептер анықталғанда мамандандырылған көмекпен қамтамасыз ету және таңдау үшін тар маманның консультациясына жіберу (психолог, логопед және т.б.) (при выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАНЫҢ ТАМАҚТАНУЫН ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ (ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ): Отбасыны жоспарлау мәселелері туралы консультация беру (емізу кезінде етеккірдің болмауы, мүшеқаптар, ЖІС) (консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)	ПРОБЛЕМАЛАР (ПРОБЛЕМЫ)
ҚОРЫТЫНДЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар (рекомендации):

- Тек емшекпен емізуді практикалау (практика исключительно грудного вскармливания).

- Ананың тиімді тамақтануы (оптимальное питание матери).

- Жасына сәйкес психоэмоционалдық және қозғаушы даму (Ана жадынамасы) (психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика (массаж и гимнастика соответственно возрасту).

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау (Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д)

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) (Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды) (Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету (Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)

- Ай сайын дәрігерде тексеріліп-қаралу (Ежемесячный осмотр у врача)

- Көрсетілімдер бойынша тар мамандарда консультация алу және зертханалық зерттелу (Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям)

- Басқасы (Другое)

Дәрігер (врач)

Дәрігердің 3 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка 3 месяцев жизни врачом

Тексеріп қарау күні ________\ 20__ /Дата осмотра________ 20__	
Ж а с ы : _____ /В о з р а с т : _____	
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр. /В е с _____ гр.	
Б о й ы _____ с м . /Р о с т _____ с м .	
Д С И _____ /И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____; _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ: /ДИАГНОЗ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

	- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ____рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ - Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ /_____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой	
	Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз . Емшек еміуді 4 минут ішінде бақылаңыз/ Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ____ Жок/Нет ____ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ____ Жок/Нет ____ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ____ Жок/Нет ____ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/ Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет	

неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	
ЕГЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Перифериялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/ специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	М ө л ш е р і / Д о з а ұзақтығы/длительность
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	Дамуында тежелу жок/Не отстаёт Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген /Отстаёт на _____ эпикризный срок ДАМУЫҮ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным р е к о м е н д а ц и я м - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалды қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в к о н т а к т . - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/ Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других л и ц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА З Д О Р О В Ъ Я М А Т Е Р И 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емішекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.

- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психоэмолеттік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/ Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режімі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья.

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев

- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Басқасы/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 4 айлық баланы тексеріп-қарауы
Осмотр ребенка 4 месяцев жизни врачом

Тексеріп карау күні ________\ 20__	/Дата осмотра ________ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр.	/Вес _____ гр.
Б о й ы _____ см.	/Р о с т _____ см.
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары _____ /конъюнктив Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ:/ДИАГНОЗ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ТАМАҚТАНДЫРУ ПРОБЛЕМАЛАРЫ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Нәресте емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ____рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Түнде емшек бересіз бе?/Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Нәресте басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ _____ - Егер иә болса, тәулігіне жиілігі қанша рет?/Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой	
Егер нәресте 1 айға жетпесе немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық	

ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса):
 Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз . Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/ Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ____ Жоқ/Нет ____ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/ Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады - Аузында ойық жара немесе ақтандақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).	

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ
С Т А Т У С :

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните
прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

О П В - 3

3 ай ішінде _____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту
динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика
от БЦЖ в 3 месяца _____ мм

Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка
состояния периферических лимфоузлов

	следующей прививки _____ Күні/Дата _____
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	М ө л ш е р і / Д о з а ұзақтығы/длительность
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э = ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген /Отстает на _____ эпикризный срок ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным р е к о м е н д а ц и я м - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Э Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в к о н т а к т . - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог

- Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.
- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.
- Жасына сәйкес психоэлеуметтік және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).
- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы , екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения , возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев

- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Баскасы/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 5 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом

Тексеріп карау күні _________20__	/Дата осмотра_________ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр .	/ В е с _____ гр .
Б о й ы _____ с м .	/ Р о с т _____ с м .
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Т е р і с і : _____	/ К о ж а : _____
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов	

Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктив Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	ДИАГНОЗ:/ДИАГНОЗ:
ТАМАҚТАНДЫРУМЕН БАЙЛАНЫСТЫ ПРОБЛЕМАЛАРДЫҢ БАР-ЖОҒЫН АНЫҚТАҢЫЗ/ ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ	ТАМАҚТАНДЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ
- Тамақтандыруда қиындықтар бар ма?/Есть ли у Вас трудности при кормлении? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Бала емшек емеді ме? /Ребенок кормится грудью? Иә/Да _____ _____ Жоқ / Н е т _____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет? ____рет /Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз - Түнде емшек бересіз бе?Вы кормите грудью ночью? Иә/Да _____ _____ Жоқ / Н е т _____ - Бала басқа тамақ жей ме немесе іше ме?/Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ _____ - Ішсе және жесе, неше рет? Тәулігіне жиілігі қанша рет?/ Если Да, как часто? _____ және тамақты немен бересіз, бөтелкемен _____, кесемен және қасықпен _____ / _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой	
Нәрестенің жасы 1 айлықтан кем болса немесе тамақтандыруда қандай да бір қиындық болса (емшекпен емізумен байланысты қиындықтар; егер нәресте емшекпен тәулігіне 8-ден кем емсе; басқа тамақ немесе сұйықтық ішсе; немесе өзінің жасына төмен салмағы болса): Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):	
	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз . Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/ Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ:/ ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/ Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ____ Жок/Нет ____ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ____ Жок/Нет ____ - Астынғы еріні сыртқа айналдырылған/ Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ____ ____ Ж о қ / Н е т ____ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Емшекке салынбаған/ Не приложен с о в с е м Толық салынбаған/ Приложен плохо Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы акырын терең сора ма)/ Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады - Аузында ойық жара немесе актандақтарды (уылу) іздеңіз/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 О П В - 3 3 ай ішінде ____ мм БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм Перифириялық лимфотүйіндер жағдайын бағалау /Оценка состояния периферических лимфоузлов	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки_____ Күні/Дата_____
Мешелдіктің алдын алу/Профилактика рахита: өзіндік емес (серуендеу кезінде толық инсоляция)/неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), өзіндік Д дәруменімен алдын алу (көрсетілім бойынша)/ специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)	М ө л ш е р і / Д о з а ұзақтығы/длительность
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н =	Дамуында тежелу жок/Не отстают Дамуы _____ эпикриздік мерзімге тежелген

Э = ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	/Отстаёт на _____ эпикризный срок ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт . - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе. - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа тұлғалардың қарауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит.	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ
ҚОРЫТЫНДЫ: /ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсыныстар/рекомендации:

- Тек емшекпен емізуді практикалау/Практика исключительно грудного вскармливания.

- Ананың тиімді тамақтануы/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психоэмоционалдық және қозғаушы даму (Ана жадынамасы)/Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери).

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту.

- Күн сайын серуендеу (күніне 1-2 рет) жеткілікті инсоляциямен, көрсетілімдер бойынша Д витаминімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Бала сырқаттанғанда оны күту және мінез-құлық қағидалары (қауіпті себептер және көмекке қашан жүгіну керек, тамақтану және сұйықтық ішу режимі) /Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья.

- Вакцинация (уақтылы егу, екпеге кері әсердің болуы және ата-ананың мінез-құлқы, екпелер қандай инфекциялардан қорғайды)/Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки

- Қауіпсіз орта және ата-аналардың жарақат пен жазатайым жағдайларды алдын алуды үйрету/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- 2 айлық жаста дәрігердің тексеріп-қарауына шақыру/Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев

- Көрсетілімдер бойынша жеке бейін мамандарында консультация алу және зертханалық зерттелу/Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Басқасы/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 6 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом

Тексеріп карау күні ________\ 20__	/Дата осмотра ________ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр.	/Вес _____ гр.
Б о й ы _____ см.	/Р о с т _____ см.
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Т е р і с і : _____	/К о ж а : _____
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы	/Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы	Аңқа
Слизистые ротовой полости	Зев
Конъюктивалары	/конъюнктивы
Үлкен еңбек / Большой родничок _____	

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____	

Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____	

ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;	
Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____	
_____;	Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____
_____;	
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____	
_____бауыр/печень _____	көкбауыр/селезенка _____

Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУЫҢ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫҢ үшiн КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Ә=	Дамуында тежелу жок/Не отстаёт Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген /Отстаёт на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____	
----- Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/ _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/ Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/ Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл . ----- - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/ Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ - Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой недели ребенок ел : - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____	

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____ / ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызадық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды/Не вступает в контакт - Жүрген кезінде тепе-теңдікті ұстау қиындық тудырады/Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе - Баланың мінез-құлығындағы түсініксіз өзгерістер, тән зорлық-зомбылығының іздері бар (әсіресе бала басқа	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении

тұлғалардың карауында болса)/Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц) - Тәбетінің жоқтығы/Плохой аппетит	тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және тандау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

- Басқа/Другое

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 7 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________\ 20__	/Дата осмотра ________ 20__
Жасы: _____	/Возраст: _____
Температурасы _____	/Температура _____
Салмағы _____ гр.	/Вес _____ гр.
Бойы _____ см.	/Рост _____ см.
ДСИ _____ / ИМТ _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Терісі: _____	/Кожа: _____
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы	/Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы	Аңқа
Слизистые ротовой полости	Зев
Конъюнктивалары	/конъюнктивы
Үлкен еңбек / Большой родничок _____	

Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____	
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____	
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (	

ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ ; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ ; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ р е т / _____ р а з Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ м л . - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____	

- Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок ел: - Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ,	

требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (кұлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 8 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________\20__	/Дата осмотра_________ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____	/Температура _____
Салмағы _____ гр.	/Вес _____ гр.
Б о й ы _____ см.	/Р о с т _____ см.
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Т е р і с і : _____	/К о ж а : _____
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы	/Состояние периферических лимфоузлов

Ауыз куысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ ----- Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ ----- Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ----- ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ ----- Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУЫҢ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫҢ үшiн КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ ----- Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет/_____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет_____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да_____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне_____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./_____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____ - Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок ел: _____ - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____ /_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным р е к о м е н д а ц и я м - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание,	

питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ ПРОБЛЕМЫ УХОДА	МӘСЕЛЕЛЕРІ/
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалды қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә ДА НЕТ	Ж О Қ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/ Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)	
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи		
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:		

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 9 айлық баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні	______\ 20__	/Дата осмотра	________ 20__
Ж а с ы :	_____	/В о з р а с т :	_____
Температурасы	_____	/Температура	_____
С ал ма ғы	_____ гр .	/В е с	_____ гр .
Б о й ы	_____ см .	/Р о с т	_____ см .

Д С И _ _ _ _ _ / И М Т _ _ _ _ _ Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см. Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Терісі: _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления _____ _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ р е т / _____ р а з	

Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? ? Иә/Да ____ Жок/Нет ____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи _____ в _____ день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл . - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе _____ р е б е н о к _____ е л : - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес	

баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалды қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (кұлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложение груди - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша

тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, коректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 10 айлық баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом

Тексеріп карау күні ________\20__	/Дата осмотра ________\20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр .	/Вес _____ гр .
Б о й ы _____ см .	/Р о с т _____ см .
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек / Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУҒА үшiн КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	

Балаңызды тамактандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен емізу/Грудное вскармливание
 Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____
 Жоқ / Нет _____
 Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки
 ? _____ рет/ _____ раз
 Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью
 ? Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____

Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи _____ в _____ день? _____

- Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл.

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____

- Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе _____ ребенок _____ ел:

- Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ
С Т А Т У С :

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните
прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____

мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____

мм

	следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (кұлағының ауыруы болуы мүмкін)/ Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елемеу немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1.Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 11 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________\ 20__	/Дата осмотра ________\ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр .	/Вес _____ гр .
Б о й ы _____ с м .	/Р о с т _____ с м .
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Т е р і с і : _____	/К о ж а : _____
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов	
Ауыз қуысының шырышы Аңқа	
Слизистые ротовой полости Зев	
Конъюктивалары /конъюнктивы	
Үлкен еңбек / Большой родничок _____	
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____	
Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____;	
Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____	
_____ ; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____	
Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____	
_____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____	
Несеп шығару /Мочеиспускание _____	
Нәжіс /Стул _____	

ДАМУЫҢ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫҢ үшiн КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки? _____ р е т / _____ р а з Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл . - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок е л : - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____	

- Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АКДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АКДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АКДС ревакцинациясы/АКДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау ____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ ____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки ____ Күні/Дата ____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным р е к о м е н д а ц и я м - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Аяқ-қол бұлшықеттерінің гипертонусы және/немесе қозғалысты шектеу/Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения - Басымен жиі қозғалу (құлағының ауыруы болуы мүмкін)/Частые движения головой (возможное заболевания уха) - Дыбыстарға, таныс түрлерге немесе берілген емшекке елеуі немесе назарының төмендеуі /Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для

предложенную грудью - Емшектен немесе басқа тамақтан бас тарту/Отказ от груди или другой пищи - Бала қарым-қатынас жасамайды/Ребенок не вступает в контакт	выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/Продолжение грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: ҚР ДСМ 2006 жылғы 25 қыркүйекте бекітілген "Ерте жастағы балалардың тамағы" әдістемелік ұсынымдарға сәйкес қосымша тамақтандыруды дұрыс беру қағидалары, азық-түліктік терімді дайындау және таңдау, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары, жиілігі және саны, қоректік құндылығы/Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006 г.

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция. Көрсеткіштер бойынша Д дәруменімен арнайы профилактикалау/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/ Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында ай сайынғы тексеріп қарау/Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 12 айлық баланы тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте в 12 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні ________\ 20__	/Дата осмотра ________ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____	/Температура _____
Салмағы _____ гр .	/Вес _____ гр .
Б о й ы _____ см .	/Р о с т _____ см .
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА	
Т е р і с і : _____	/К о ж а : _____
Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы	/Состояние периферических лимфоузлов
Ауыз қуысының шырышы	Аңқа
Слизистые ротовой полости	Зев
Конъюнктивалары	/конъюнктивы
Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____	

----- Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ----- ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС)_____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим р е б е н к о м ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстаёт Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстаёт на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ ----- Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет / _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____мл./Если Да, _____мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/ Сколько перекусов за день? _____	

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/ Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ м л . - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/ Густая _____ Сұйық/ Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок ел : - Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/ Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/ Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/ Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/ Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____ / _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hіb 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hіb 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hіb 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на о б р а щ е н и е - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на д в и ж у щ и е п р е д м е т ы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на у х а ж и в а ю щ и х л и ц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және камтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог , логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Емшекпен емізуді жалғастыру/грудного вскармливания

- Қосымша тамақтандыру: азық-түліктік терімді кеңейту, тамақты дайындау және сақтаудың гигиеналық қағидалары/Прикорм: расширение продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік және моторикалық дамыту/
Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Дәрігердің қабылдауында тоқсан сайынғы тексеріп қарау/Ежеквартальный осмотр на приеме у врача

- Қанның жалпы талдауы, зәрдің жалпы талдауы, гельминттердің жұмыртқаларына нәжіс талдауы/Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов

- Мамандардың консультациясы - хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог/
Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог

Дәрігер/Врач

1 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ЛЕТ

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

1 жыл 3 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 3 месяцев врачом

Тексеріп карау күні ________\ 20__	/Дата осмотра ________ 20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр.	/Вес _____ гр.
Б о й ы _____ см.	/Р о с т _____ см.
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочевыделение _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫҮ үшiн КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____	

Ж о қ / Н е т _ _ _ _ _ Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ р е т / _____ р а з Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ м л . - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок е л : - Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен	

или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на окружающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және камтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну қажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режимі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

1 жыл 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 6 месяцев врачом

Тексеріп	карау	күні	______\20__	/Дата	осмотра	________	20__
Ж а с ы :	_____			/В о з р а с т :	_____		
Температурасы	_____			/Температура	_____		
С ал м а ғ ы	_____ гр .			/В е с	_____ гр .		

Б о й ы _____ с м .	/ Р о с т _____ с м .
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының _____ шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУҒА үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____	

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет / _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи _____ в _____ день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ м л . - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок ел : - Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызылша/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги	

в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалды қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на окружающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

1 жыл 9 айлық баланы дәрігердің тексеріп-қарауы Осмотр ребенка в возрасте в 1 года 9 месяцев врачом

Тексеріп қарау күні	______\20__	/Дата осмотра	________20__
Ж а с ы :	_____	/В о з р а с т :	_____
Температурасы	_____	/Температура	_____
Салмағы	_____ гр.	/В е с	_____ гр.

Б о й ы _____ с м .	/ Р о с т _____ с м .
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының _____ шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУҒА үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____ Емшекпен емізу/Грудное вскармливание Емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью? Иә/Да _____ Ж о қ / Н е т _____	

Емізсеңіз, тәулігіне қанша рет?/Если Да, сколько раз в сутки ? _____ рет / _____ раз Түнде емшекпен емізесіз бе?/Кормите ли Вы грудью ночью ? Иә/Да _____ Жок/Нет _____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи _____ в _____ день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ м л . - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок ел : - Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да _____ Жок/Нет _____ қанша күн _____/сколько дней _____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/Да _____ Жок/Нет _____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бөтелке _____ шыныаяқ және қасық _____/_____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызылша/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги	

в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалды қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на окружающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 2 жастағы баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте в 2 лет врачом

Тексеріп қарау күні	______\ 20__	/Дата осмотра	________ 20__
Ж а с ы :	_____	/В о з р а с т :	_____
Температурасы	_____	/Температура	_____
Салмағы	_____ гр.	/В е с	_____ гр.

Б о й ы _____ с м .	/ Р о с т _____ с м .
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек/Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____ Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУҒА МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУҒА үшiн КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок
ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ	
Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка? _____ _____	
Емшекпен емізу/Грудное вскармливание	

1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____	
Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день	
- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи _____ в _____ день? _____ - Күніне қанша рет негізгі тамақтануға қоса әлденеді?/Сколько перекусов за день? _____ - Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____ - Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./ _____ мл. - Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/Густая _____ Сұйық/Негустая _____ Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой неделе ребенок ел : _____ - Ет/мясо /балық/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жок/Нет ____ қанша күн ____ /сколько дней ____ - Балаңызға шәй бересіз бе?/Даете ли Вы ребенку чай? Иә/Да ____ Жок/Нет ____ Тамақтандыру кезінде нені пайдаланасыз:/Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бөтелке ____ шыныаяқ және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____	
ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ С Т А Т У С : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2 Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2 Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3 Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____ мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес	

баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущиеся предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на окружающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

2 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ ПАРАҒЫ ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)

2 жас 6 айлық баланы дәрігердің тексеріп қарауы

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом

Тексеріп карау күні ________\ 20__ /Дата осмотра ________ 20__	
Ж а с ы : _____ /В о з р а с т : _____	
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр. /Вес _____ гр.	
Б о й ы _____ см. /Р о с т _____ см.	
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см. /Окружность головы _____ см.	
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюнктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек/Большой родничок _____ ----- Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ ----- Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ ----- ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; Жүрек соғуының дыбысы /Сердечные шумы _____ _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ ____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУЫ үшін КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ
С Т А Т У С :

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните
прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызылша/краснуха + паротит/паротит

АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____

мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____

мм

	следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалдық қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О К ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на окружающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

Дәрігердің 3 жастағы баланы тексеріп-қарауы

Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом

Тексеріп карау күні ________\20__	/Дата осмотра ________\20__
Ж а с ы : _____	/В о з р а с т : _____
Температурасы _____/Температура _____	
Салмағы _____ гр .	/Вес _____ гр .
Б о й ы _____ см .	/Р о с т _____ см .
Д С И _____ / И М Т _____	
Басының шеңбері _____ см.	/Окружность головы _____ см.
Графиктерді пайдалану арқылы дене дамуын бағалаңыз: /Оцените физическое развитие, используя графики:	
Шағымдар: /Жалобы:	
БАЛАНЫ ТЕКСЕРІП ҚАРАУ/ОСМОТР РЕБЕНКА Т е р і с і : _____ / К о ж а : _____ Перифериялық лимфотүйіндер жағдайы /Состояние периферических лимфоузлов Ауыз қуысының шырышы Аңқа Слизистые ротовой полости Зев Конъюктивалары /конъюнктивы Үлкен еңбек/Большой родничок _____ _____ Тыныс алу органдары: /Органы дыхания: _____ _____ Тыныс алу жиілігі / Частота дыхания _____ _____ ЖТЖ органдары /Органы ССС: жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) /частота сердечных сокращений (ЧСС) _____; Жүрек соғуының ырғағы /Сердечный ритм _____ _____; _____; Ас қорыту органдары /Органы пищеварения: іш/живот _____ _____бауыр/печень _____ көкбауыр/селезенка _____ Несеп шығару /Мочеиспускание _____ Нәжіс /Стул _____	Д И А Г Н О З : ДИАГНОЗ:
ДАМУҒЫ МАҚСАТЫНДА КҮТУДІ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ Балаңызбен қалай ойнайсыз?/Как Вы играете с вашим ребенком ? Балаңызбен қалай қарым-қатынас жасайсыз?/Как Вы общаетесь с вашим ребенком?	ДАМУҒЫ үшiн КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ
ПСИХОМОТОРИКАЛЫҚ ДАМУДЫ БАҒАЛАУ:/ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ: Д о = Д р = Р а = Р п = Н = Э=	Дамуында тежелу жок/Не отстает Дамуы _____ эпикриздік мерзімгее тежелген/Отстает на _____ эпикризный срок

ТАМАҚТАНУДЫ БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Балаңызды тамақтандыруға қатысты Сізді қобалжытатын бір нәрсе бар ма? /Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Емшекпен	емізу/Грудное	вскармливание

1. Емшекпен емізуді жалғастырады ма?/Продолжает ли кормить грудью? Иә/Да ____ Жок/Нет ____

Бала жасанды қоспалармен немесе басқа емшек сүтін алмастырушы қоспалармен тамақтанады ма? Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Иә/Да _____ Жок/Нет _____
Тамақтанса, күніне _____ рет _____ мл./Если Да, _____ мл _____ раз в день

- Күніне қанша рет тамақ ішеді?/Сколько основных приемов пищи в день? _____

- Күніне қанша рет негізгі тамактануға қоса әлденеді?
Сколько перекусов за день? _____

- Әлденудің құндылығы: /Ценность перекусов: Қоректі/
Питательная _____ Қорексіз/Не питательная _____

- Бір қабылдағанда тамақтың қандай көлемін жейді?/Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл./
М л .

- Тамақтың қоюлығы қандай?/Какова густота пищи? Қою/
Густая Сұйық/ Негустая

Өткен аптада бала мынамен тамақтанды:/На прошлой
недели ребенок ел:

- Ет/мясо /балык/рыбу/ішек-бауыр/субпродукты Иә/Да _____
Жок/Нет _____ қанша күн _____ /сколько дней _____

- Бұршақ тұқымдастар/Бобовые Иә/Да ____ Жок/Нет ____
қанша күн ____ /сколько дней ____

- Жасыл және сары-қоңыр жемістер және көкөністер/
Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Иә/Да ____ Жоқ/

Нет _____ қанша күн _____/сколько дней
- Балаңызға шай бересіз бе?/Даєте ли Вы ребенку чай? Иә/

Да ____ Жок/Нет Тамактандыру кезінде нені пайдаланасыз:/
Чем Вы пользуетесь при кормлении: бөтелке

шыныаяк және қасық ____/____ бутылочкой ____ чашкой и
ложкой

ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ:/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ
С Т А Т У С :

Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните
прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-3 АҚДС 1+ hib 2

Гепатит В 2 ОПВ-1 ОПВ-0 АҚДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АҚДС 3+ hib 3

Қызылша/корь + қызамық/краснуха + паротит/паротит

АҚДС ревакцинациясы/АҚДС ревакцинация

НІВ ревакцинациясы/НІВ ревакцинация

БЦЖ-дан тыртықтың біту динамикасын бағалау _____

мм/Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____

мм

	следующей прививки _____ Күні/Дата _____
КҮТУДІ БАҒАЛАУ: /ОЦЕНКА УХОДА: - Анасы қатерлі белгілерді біледі:/Мать знает опасные признаки: 1. Іше, жей алмайды./Не может пить, не может есть 2. Летаргия немесе есінен танған халінде/летаргичен или без сознания 3. Анамнезінде сіңірі талтылған/судороги в анамнезе 4. Тамақты қабылдағаннан және сұйықтық ішкеннен кейін құсады және берілген ұсынымдарға сәйкес баланы күту қағидалары/ рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям - Тамақтану, баланы дамыту және күту бойынша ұсынымдарды орындайды/Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком - Науқас баланы күту қағидаларын біледі: тамақтандыру, ішу режимі, медициналық көмекті қашан сұрату қажет (КВН)/Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)	КҮТУ МӘСЕЛЕЛЕРІ/ПРОБЛЕМЫ УХОДА
Балаға ҚАТАЛ ҚАРАУ БЕЛГІЛЕРІ:/ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: Тән зорлық-зомбылығы, менсінбеу, дене және эмоционалды қалаусыздық/ физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.	И Ә Ж О Қ ДА НЕТ
Мамандандырылған көмекті қажет ететін ҮРЕЙ ТУДЫРАТЫН БЕЛГІЛЕР/ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи - Қарым-қатынас жасамайды және шақыруға назар аудармайды/Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение - Қозғалыстағы заттарға қарамайды/Не смотрит на движущие предметы - Солбыр, немқұрайлы және күтуші тұлғаларға назар аудармайды/Вялый, безразличный и не реагирует на окружающих лиц - Тәбеті жоқ, тамақтан бас тартады/Нет аппетита, отказывается от пищи	МӘСЕЛЕЛЕР/ПРОБЛЕМЫ Үрей тудыратын белгілер анықталғанда мамандандырылған көмекті таңдау және қамтамасыз ету үшін жеке бейін маманының консультациясына бағыттау қажет (психолог, логопед және т.б.) /При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д)
АНАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН БАҒАЛАУ/ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ 1. Отбасыны жоспарлау бойынша кеңес беру/ Консультирование по планированию семьи	
ҚОРЫТЫНДЫ:/ЗАКЛЮЧЕНИЕ:	

Ұсынымдар/Рекомендации

- Баланы оңтайлы тамақтандыру (үстелге қойылатын тағамдармен баланы бес рет толымды тамақтандыру, емшекпен емізуді жалғастыру)/Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Анасын оңтайлы тамақтандыру/Оптимальное питание матери.

- Жасына сәйкес психологиялық-әлеуметтік дамыту/Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Жасына сәйкес массаж және гимнастика/Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Күн сайынғы серуендер, жеткілікті инсоляция/Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Бала ауырған жағдайда өзін-өзі ұстау және күту қағидалары (көмекке жүгіну кажет үрей тудыратын белгілер, тамақтандыру және ішу режімі)/Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Травматизм және оқыс жағдайлардың алдын алу үшін қауіпсіз орта және ата-аналарының іс-әрекеті/Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

Жарты жылда 1 рет 24-36 ай аралығында дәрігердің тексеріп қарауы және 24-36 ай аралығында зертханалық зерттеулер, мамандардың консультациялары/Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие с 24 до 36 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 и 36 месяцев.

Дәрігер/Врач

**3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ**

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**3 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ЛЕТ**

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ**

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

**4 ЖАСТАҒЫ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРІП-ҚАРАУ ПАРАҒЫ
ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ЛЕТ**

(жеке бейін мамандары, талдау нәтижелері және педиатрдың қорытындысы)
(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

АУДАРМАЛЫ ЭПИКРИЗ _____

БАЛАНЫҢ АУРУЫ БОЙЫНША ЖАЗБАЛАР/ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ
РЕБЕНКА

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/Форма записи больного
младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/Вес (кг) _____
Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие
проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ____ Қайта қаралу?/Повторный визит? ____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ	
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз. Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички
САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____	
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ : Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи) ? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____
	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ : - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без

Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері?__күн/Как долго?__дней - Нәжісінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?	движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд) ? Ақырын (2 секундкы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жок/Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?__ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Иә/Да__ Жок/Нет__ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто?__ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен / Низкий _____ Төмен Не низкий емес _____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____	
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да __ Ж о қ / Н е т __ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да __ Ж о қ / Н е т __ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да __ Жок/Нет __ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта - Иә/Да __ Жок/Нет __ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо	

Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
НӘРЕСТЕҢІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС М Л А Д Е Н Ц А : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АҚДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____	Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ _____ Күні/Дата _____ —
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:	

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/
Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев**

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/Вес (кг
) _____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие
проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ____ Қайта қаралу?/Повторный визит? ____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе қолмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца . - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз. Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички	
САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА ____ ЖОҚ/НЕТ ____		
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И О Щ У Т И Т Е : Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи) ? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____	
ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И О Щ У Т И Т Е :		

Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері?__күн/Как долго?__дней - Нәжісінде қан бар ма?/Есть ли кровь в стуле?	- Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 секунд) ? Ақырын (2 секундкы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/Ребенок кормится грудью? Иә/Да__ Жок/Нет__ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?__ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/Получает ли младенец другую пищу или жидкость ? Иә/Да__ Жок/Нет__ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто?__ _ _ _ _ - Нәрестені емізу кезінде нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен / Низкий _ _ _ _ _ Төмен Не низкий емес _ _ _ _ _ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _ _ _ _ _	
	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да __ Ж о қ / Н е т _ _ _ _ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/	

ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме? Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Да _____ Жоқ/Нет _____ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а н е _____ с н и з у _____ р т а - Иә/Да _____ Жоқ/Нет _____ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау аркылы акырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС М Л А Д Е Н Ц А : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно с д е л а т ь _____ с е г о д н я Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____		Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ _____ Күні/Дата _____ —
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:		

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

2 айға дейінгі науқас нәресте жазбасының нысаны/ Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Аты/Имя _____ Жасы/Возраст _____ Салмағы (кг)/Вес (кг)
) _____ Температурасы/Температура _____

СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: баланың денсаулығында қандай проблемалар бар/какие проблемы есть у ребенка _____

Алғашқы қаралу?/Первичный визит? ____ Қайта қаралу?/Повторный визит? _____

БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ

(бар белгілерді қоршаулаңыз)/(обведите имеющиеся признаки)

ЖІКТЕМЕЛЕҢІЗ/КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Іздеңіз/Ищите: ӨТЕ АУЫР СЫРҚАТТЫ НЕМЕСЕ ЖЕРГІЛІКТІ БАКТЕРИАЛЫҚ ИНФЕКЦИЯНЫ/ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Емізу кезінде қиындықтар туындай ма/Наблюдаются ли трудности при кормлении? - Нәрестенің сіңірі тартыла ма?/Есть ли у младенца судороги?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ, ТЫҢДАҢЫЗ, СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ: - Минутына демалыс санын есептеңіз/Сосчитайте число дыханий в минуту _____ - Баланың демалысы жиі болса, қайта есептеңіз/Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____ - Кеуде қуысының айқын ішіне тартылуын тексеріңіз/Ищите выраженное втяжение грудной клетки - Аксилярлық температурасын өлшеңіз\ немесе колмен қызуы бар-жоғын немесе дене суықтығын тексеріңіз/Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь - Нәрестенің қозғалысына назар аударыңыз/Осмотрите движения младенца. - Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма?/Двигается ли он только при стимуляции? - Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма?/Остается ли он без движения даже при стимуляции? - Кіндігін тексеріңіз. Қызарған ба немесе іріңді шығындылар бар ма?/Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения? - Терінің іріңді бөртпелерін іздеңіз/Ищите кожные гнойнички	

САРЫАУРУ АУРУЫНЫҢ бар-жоғын тексеріңіз/Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ ИӘ/ДА _____ ЖОҚ/НЕТ _____		
Сарыауруы болса, ол қашан алғаш рет пайда болды?/Если есть желтуха, когда она впервые появилась?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И О Щ У Т И Т Е : Сарыауруды іздеңіз (аққабық және тері сарғыш түске боялған ба)/Ищите желтуху (желтушное окрашивание с к л е р и к о ж и) ? Алақандар мен табандар сарғайған ба?/Есть ли желтушность ладоней и стоп?	
Сұраңыз: НӘРЕСТЕНІҢ ІШІ ӨТЕДІ МЕ?/Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ?	ИӘ _____ ЖОҚ _____ ДА _____ НЕТ _____	
Өтетін болса, СҰРАҢЫЗ/Если ДА, СПРОСИТЕ: - Қашаннан бері?____күн/ Как долго?____дней - Нәжісінде қан бар ма?/ Есть ли кровь в стуле?	ТЕКСЕРІП ҚАРАҢЫЗ ЖӘНЕ СЕЗІНІҢІЗ/ОСМОТРИТЕ И О Щ У Т И Т Е : - Баланың жалпы жағдайына қараңыз/Посмотрите на общее состояние младенца: Ынталандыру кезінде ғана қозғала ма/Двигается ли он только при стимуляции? Ынталандыру кезінде де қозғалыссыз қала ма/Остается без движения даже при стимуляции? Мазасызданған ба немесе ауырсына қобалжыған ба/ Беспокоен или болезненно раздражим? - Көздері шүңірейген бе/Ищите запавшие глаза - Тері іркістерінің реакцияларын тексеріңіз/Проверьте реакцию каждой складки Іркіс жазылады/Складка расправляется Өте баяу (2 секундтан артық)/ Очень медленно (больше 2 с е к у н д) ? Ақырын (2 секундкы дейін)/Медленно (до 2 секунд)?	
Нәрестеде шұғыл түрде стационарға бағыттау көрсеткіштері бар ма/Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар?		
Тексеріңіз/Проверьте:ЕМІЗУДЕ ҚИЫНШЫЛЫҚТАР ТУЫНДАЙ МА НЕМЕСЕ САЛМАҒЫ ТӨМЕН БЕ/ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС		
СҰРАҢЫЗ/СПРОСИТЕ: - Нәресте емшек емеді ме/ Ребенок кормится грудью? Иә/Да____ Жок/Нет____ - Емшек емсе, 24 сағат ішінде неше рет/Если Да, сколько раз за 24 часа?____ - Нәресте басқа тамақты жей ме немесе іше ме/ Получает ли младенец другую пищу или жидкость ? Иә/Да____ Жок/Нет____ - Ішсе немесе жесе, жиілі қандай/Если ДА, как часто? _____ - Нәрестені емізу кезінде	- Жасына салмағының сәйкестігін анықтаңыз/Определите соответствие веса к возрасту: Төмен / Низкий _____ Төмен Не низкий емес _____ - Ауызында жаралар мен ақ дақтарды іздеңіз (ауыз миказы)/Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница) _____	

нені пайдаланасыз/Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца?		
ЕМШЕКПЕН ЕМІЗУДІ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ: Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек емді ме?/Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа?	Нәресте соңғы бір сағат ішінде емшек ембесе, анасын емшекпен емізуді сұраңыз. Емшек емуін 4 минут ішінде бақылаңыз/Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты. - Бала емшекті еме алады ма? /Способен ли ребенок брать грудь? Тексеру үшін мыналарға қараңыз /Для проверки прикладывания, посмотрите на: - Иегі кеудеге тие ме/Подбородок касается груди Иә/Да ___ Ж о қ / Н е т ___ - Нәрестенің ауызы кең ашылған/Рот широко раскрыт Иә/Да ___ Ж о қ / Н е т ___ - Астыңғы еріні сыртқа айналдырылған/Нижняя губа вывернута наружу Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ - Ареоланың көп бөлігі ауызының үстінен көрінеді, астынан көрінбейді /Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта Иә/Да ___ Жоқ/Нет ___ Емшекке салынбаған/ Не приложен совсем Толық салынбаған/ Приложен плохо Жаксы салынған/ Приложен хорошо - Нәресте жаксы емеді ме? (үзіліс жасау арқылы ақырын терең сора ма)/Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)? Не сосет совсем/ Мүлдем ембейді Сосет неэффективно/ Нәшар сорады Сосет эффективно/ Жаксы сорады Емшекпен емізуге кедергі жасаса, бітелген мұрынын тазартыңыз/Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.	
НӘРЕСТЕНІҢ ЕГІЛУІН ТЕКСЕРІҢІЗ/ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС М Л А Д Е Н Ц А : Бүгін жасайтын екпелердің астын сызыңыз/Подчеркните прививки, которые нужно сделать с е г о д н я Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____ АКДС 1 _____ НІВ 1 _____ АПВ 1 _____		Келесі егу үшін қаралу/Визит для следующей прививки _____ _____ Күні/Дата _____ —
БАСҚА ПРОБЛЕМАЛАРДЫ БАҒАЛАҢЫЗ/ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:		

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/ ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ 2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/ Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Тексеріп қарау күні ________\20__ /Дата осмотра ________\20__ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____ Температурасы/Температура _____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный ____ Шағымдар/Жалобы: _____	Қауіптің жалпы белгілері/Общие признаки опасности: Иә__Жоқ__ Да__Нет__
Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4. Летаргия немесе есінен танған халінде ме? Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	Иә__Жоқ__ Да__Нет__
Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә__Жоқ__ Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да__Нет__ Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны____ Жиі демалу Как долго?_____Число дыханий в минуту____Учащенное дыхание Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидтық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз) Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамол и оцените после каждого цикла	
Баланың іші өтеді ме? Иә__Жоқ__ Есть ли у ребенка диарея? Да__Нет__ Қашаннан бері____Нәжісінде қан бар ма____ Как долго____Есть ли кровь в стуле____ Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә__Жоқ__ Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да__Нет__ Қашаннан бері?_____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба?_____ соңғы 3 ай ішінде қызылша мен ауырды ма____ Как долго?_____Если более 5 дней. Каждый день?_____ Болел ли корью последние 3 месяца__	

Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің қасаң қабағы бұлыңғыр Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы	
Баланың құлағы ауыра ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___ Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Құлағының арты ісіп кеткен бе Есть болезненное припухание за ухом	
Баланың тамағы ауыра ма? Тамағын тексеріп қараңыз. Өзгерістер бар ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___Нет___ Тамағында ақ өнез бар ма. Жакасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы	
<u>Барлық балаларда тамақтануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз</u> Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен___төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп	
<u>Тамақтануды</u> бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените питание (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә жоқ емсе, тәулігіне қанша рет Түнде тамақтандырасыз ба. Иә___Жоқ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә___Жоқ___ Ішсе немес жесе, қандай тамақты және сұйықтықты Кормится ли грудью да___нет___Если да, то сколько раз за сутки Кормите ли ночью. Да___Нет___ Получает ли другую пищу или жидкость Да___Нет___Если Да, то какую пищу и жидкости Күніне қанша рет Емізу кезінде нені пайдаланады Бір тамақтану өлшемінің көлемі Белсенді емізу Иә___Жоқ___ Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә___Жоқ___Өзгерсе, қалай Сколько раз в день Чем пользуются при кормлении Объем одной порции Активное кормление Да___Нет___ Изменилось ли кормление во время болезни. Да___Нет___Если да, то как	Тамақтану мәселелері/ Проблемы питания
<u>Басқа мәселелерді тексеріңіз:</u> тері жабыны: <u>сарғыш</u>; Бөртпе: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа орналасу жері қышитын қышымайтын; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая локализация Зудящая Не зудящая Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое	

Қайда _____ Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъекцияланған, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар _____

Где _____ Конъюнктивта глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъекцированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____

Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа: _____ Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар _____ ЖСЖ _____

М о й ы н _____ т а м ы р л а р ы н ы н _____ с о ғ у ы . Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие: _____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____

П у л ь с а ц и я _____ в е н _____ ш е и . Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде _____ симптомы, _____ басқасы _____ Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения _____ брюшины, _____ другое _____

Бауыр көлемі: _____ Печень размеры: _____ Көкбауыр: көлемі _____ см. Селезенка: размеры _____ см. Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі _____ см. Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____ см. Бассүйек-ми нервтері жағынан _____

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____

Шала салдану, салдану _____

Парезы, параличи _____

Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры) _____

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____

Дизуриялық көрініс: _____

Дизурические явления: _____

Басқалары _____

Другое _____

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит _____

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ _____

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

**СЫРҚАТ СЕБЕБІНЕН ӘРІ ҚАРАЙ БАҚЫЛАУ/
ПОСЛЕДУЮЩЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ
2 айдан 5 жасқа дейінгі науқас баланың жазбасының нысаны/
Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет**

Тексеріп қарау күні ________\20__ /Дата осмотра ________\20__ Жасы/Возраст _____ Салмағы/Вес _____ Температурасы/Температура _____ Дәрігерге қаралу/Визит: алғашқы/первичный _ қайта/повторный ____ Шағымдар/Жалобы: _____	Қауіптің жалпы белгілері/Общие признаки опасности: Иә __ Жоқ __ _____ Да __ Нет __ _____
Қауіптің жалпы белгілерін тексеріңіз: 1. Бала іше немесе емшекті еме ала ма? 2. Кез келген тамақтану немесе сұйықтық ішу кезінде құса ма? 3. Сіңірі талтылады ма? 4. Летаргия немесе есінен танған халінде ме? Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?	
Бала жөтеледі ме немесе оның тынысы тарылған ба? Иә __ Жоқ __ Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да __ Нет __ Қашаннан бері? _____ Минутында демалу саны ____ Жиі демалу Как долго? _____ Число дыханий в минуту ____ Учащенное дыхание Кеуде қуысының төменгі бөлігін ішіне тарту Стридор Астмоидтық демалыс (демалысы астмоидтық па, бұл қайталанған ба? Сальбутамолдың 3 циклын беріп, әр циклдан кейін бағалаңыз) Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамол и оцените после каждого цикла	
Баланың іші өтеді ме? Иә __ Жоқ __ Есть ли у ребенка диарея? Да __ Нет __ Қашаннан бері ____ Нәжісінде қан бар ма ____ Как долго ____ Есть ли кровь в стуле ____ Жалпы жағдайы: летаргия немесе есінен танған халінде ме, тынышы кеткен немесе абыржыған ба Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим Көздері шүңірейген Ашқарақтана ішеді (сусау) Іше алмайды, әзер ішеді Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо Көзінің қабағы жазылады: өте ақырын (> 2 сек.) ақырын (< 2 сек.), Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),	
Баланың температурасы бар ма? (анамнезінде/ұстағанға ыстық /37,5 немесе одан да жоғары) Иә __ Жоқ __ Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/37,5 или выше) Да __ Нет __ Қашаннан бері? ____ 5 күннен артық болса. Күн сайын ба? ____ соңғы 3 ай ішінде қызылша мен ауырды ма ____ Как долго? ____ Если более 5 дней. Каждый день? ____ Болел ли корью последние 3 месяца ____ Желке бұлшықетінің сіресуі Қызылшаның белгілері: генерализацияланған бөртпе + жөтел, түшкіру, көздің қызаруы Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель, насморк, покраснение глаз Қызылша ауруы болса немесе соңғы 3 ай ішінде қызылшамен ауырса: ауыз қуысының жаралары бар ма (Олар терең және кең ауқымды). Көзден іріңді шығындылар шығады. Көдің	

қ а с а н	қ а б а ғ ы	б ұ л ы ң ғ ы р
Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта(Они глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы		
Баланың <u>құлағы</u> ауыра ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___ Құлағынан іріңді шығындылар шыға ма? Олардың шығу ұзақтығы 14 күннен артық Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней Құлағының арты ісіп кеткен бе Есть болезненное припухание за ухом		
Баланың <u>тамағы</u> ауыра ма? Тамағын тексеріп караңыз. Өзгерістер бар ма? Иә___Жоқ___ Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___Нет___ Тамағында ақ өнез бар ма. Жакасты лимфотүйіндері үлкейген бе Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы		
<u>Барлық балаларда тамактануында бұзушылық немесе анемия бар-жоғын тексеріңіз</u> Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия График бойынша салмақ: төмен___төмен емес. Қатты жүдеудің белгілері бар ма. Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения. Алақандары ағарған ба: бірқалыпты немесе айқын Екі аяқ басы ісіп кеткен бе ___ Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп___		
<u>Тамактануды</u> бағалаңыз (стационарға бағытталмаған болса): Оцените <u>питание</u> (если не направляется в стационар): Емшекті еме ме иә___жоқ___емсе, тәулігіне канша рет ___Түнде тамактандырасыз ба. Иә___ Жоқ___ Басқа тамақты жей ме немесе сұйықтықты іше ме Иә___Жоқ___ Ішсе немес жесе , қандай тамақты және сұйықтықты _____		
Кормится ли грудью да___нет___Если да. то сколько раз за сутки___Кормите ли ночью. Да ___Нет___ Получает ли другую пищу или жидкость Да___Нет___Если Да, то какую пищу и ж и д к о с т и _____		
Күніне қанша рет___Емізу кезінде нені пайдаланады___Бір тамактану өлшемінің көлемі___Белсенді емізу Иә___Жоқ___Сырқаттану кезінде емізу өзгерді ме. Иә___Жоқ___Өзгерсе, қалай ___ Сколько раз в день___Чем пользуются при кормлении___Объем одной порции___Активное кормление Да___Нет___Изменилось ли кормление во время болезни. Да___Нет___Если да, то как ___		
<u>Басқа мәселелерді тексеріңіз:</u> тері жабыны: <u>сарғыш</u>; <u>Бөртпе</u>: геморрагиялық, везикулездік, ұсақ нүктелі, папулездік, басқа___орналасу жері___ ___қышитын қышымайтын; Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая___ локализация___Зудящая Не з у д я щ а я ; Ауыз қуысының шырышы: энантема, афталар, ауыз микозы, басқасы___ ___ Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое___ ___ Қайда___Көздің конъюнктивасы: гиперемияланған, іріңді бөлінетін, ақ қабық: инъекцирленген, сарғыш. Мұрын арқылы демалыс қиындатылған, шығындылар ___ ___ Где___Конъюнктура глаз: гиперемирована, гнойное отделяемое, Склеры: инъекцированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения___ ___		

Тамактану
мәселелері/
Проблемы
питания

Аускультативті: бронхылық, нашарлаған, өткізілмейді Сырылдау: құрғақ, дымқыл, басқа:		
Жүрек соғуының дыбысы: ақырын, шуылы бар ЖСЖ		
М о й ы н т а м ы р л а р ы н ы ң с о ғ у ы .		
Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие:		
Сердечные тоны: приглушены, шум ЧСС		
П у л ь с а ц и я в е н ш е и .		
Іш: өспе қолмен басып тексеріледі, ауыртады, ішек шұрылдайды, спазмалық сигма, ісінген ішперде симптомы, басқасы		
Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое		
Бауыр көлемі: Печень размеры:		
Көкбауыр: көлемі см. Селезенка: размеры см.		
Неврологиялық статус: үлкен еңбек ісіп кеткен, тамырлары соғып тұр, көлемі см.		
Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры см.		
Бассүйек-ми нервтері жағынан		
Изменения со стороны черепно-мозговых нервов		
Шала салдану, салдану		
Парезы, параличи		
Перифериялық лимфотүйіндер үлкейген (қандай топтар, көлемдер) размеры)		
Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры)		
Дизуриялық көрініс:		
Дизурические явления:		
Басқалары		
Другое		

ЕМДЕУ/ЛЕЧЕНИЕ

Тамақтану бойынша ұсынымдар/Рекомендации по питанию:

Келесі бару/Последующий визит

Қашан лезде қайту керектігін түсіндіріңіз/

Объясните, когда вернуться немедленно

АХЖ бойынша диагноз/Диагноз по МКБ

БШАСЖ бойынша шешім/Решение по ИВБДВ:

1. жедел емдеуге жатқызу, бағыттау алдында емдеу/

срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Препараттарды тағайындау арқылы үйде емдеу

(атауы, дозасы, қабылдау реті, ұзақтығы)/

Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

Рецепт №/№ рецепта _____

3. Препараттарды (күтуді) тағайындамай үйде емдеу/

Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Клиникалық-зертханалық зерттеулердің нәтижелерін жапсыру үшін
Для подклеивания результатов клинико-лабораторных обследований

А5 форматы	Б С Н	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	_____
Формат А5	Код организации по БИН	_____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030/е нысанды медициналық құжаттама				
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 030/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907				

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 030/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы
Контрольная карта диспансерного наблюдения

	Амбулаторлық наукастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка))
	Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. Врача (при его наличии)) _____	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Лауазымы (Должность) _____	Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____
Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____	к ү н і _____ (д а т а) Сопутствующие заболевания _____
Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): / ____ / ____ / ____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)
Есепке алу күні (Дата взятия на учет) / ____ / ____ / ____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) / ____ / ____ / ____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқаушаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды(перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____ Сыркатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар(керегініңастын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть)) Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _____

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О.(при его наличии) больного) _____

2. ЖСН (ИИН)

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения)

5. ӨАӨЖ коды (Код КАТО)

6. Мекенжайы (Домашний адрес)

7. Үй телефоны (Домашний телефон)_____ қызметтік телефоны (служебный телефон)

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность)

10. Бақылау жылы (Год наблюдения)

11. Келуін бақылау (Контроль посещений)

[illegible]

Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать)).

(Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)

[illegible]

(Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

	Ұйымның атауы	Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу)

Күні Дата	Іс-шаралар Мероприятия	Наименование организации	Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационаророзамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының қосымша парағы
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Кардиологиялық науқастың диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы
Контрольная карта диспансерного наблюдения кардиологического больного

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача) _____ _____ _____			
Лауазымы (Должность)	Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты)		
	амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____		
	Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение*) _____		
Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская)	10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____		
	*) I21 - I22.9, I25.2 кодтары кезінде мыналарды белгілеу керек (при кодах I21-I22.9. I25.2- необходимо отметить):		

организация, наблюдающая больного)_____	ишемия симптомдары басталған уақыт (индекстік оқиғадан бастап) (время от начала симптомов ишемии (от индексного события)): сағат мин. (час мин.)	медициналық көмек алу үшін жүгіну уақыты (индекстік оқиғадан бастап) (время обращения за медицинской помощью сағат мин.) (час мин.)	оқиға орын алған жер (место, где случилось событие): 1-үйде (дома), 2- стационарда (в стационаре), 3-қоғамдық орында (в общественном месте), 4- басқа жерде (в другом месте).	тромболитикалық терапия өткізілді (проведена тромболитическая терапия):1- госпитальға дейінгі кезеңде (на догоспитальном этапе), 2 -стационарлық кезеңде (на стационарном этапе), 3-откізілмеген (не проведена)
Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной)_____	Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (Хроническая сердечная недостаточность (ХСН по N Y H A) и ә (да) _____ жоқ (нет) _____ Функционалдық класс ЖСЖ (астын сызыңыз) (Функциональный класс ХСН (подчеркнуть) - I , II , III, IV Сопутствующие заболевания _____			
_____	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____			
_____	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ белгілеу күні (дата установления инвалидности)_____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____			
_____	Диагноз қойылған күні (Дата установления диагноза): /____/____/____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /____/____/____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /____/____/____(кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың			

өзгеруі изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др . участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	(Анықталған диагноз (АХЖ-10 коды) (Выявленный диагноз (код МКБ-10)) _____ Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _____

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного) _____

2. ЖСН (ИИН) _____ 3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын
 с ы з ы ң ы з)
 (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть) _____

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

К Ы З М Е Т Т Ы

телефоны (служебный телефон) _____

посещений)

[illegible]

12. Өткізілген операциялар (Проведенные операции)	иә, жылды көрсету (да, указать год)	жөк (нет)
Реваскуляризация (АКШ, стентирование)		
Ресинхронизациялық терапия - имплантация CRT, CRTD, ICD (керекті астын сызыңыз) (Ресинхронизирующая терапия - имплантация CRT, CRTD, ICD (нужное подчеркнуть))		
Жүректің қақпақшасына (На клапанах сердца): протездеу/ жүрек қақпақшаларының пластикасы (керекті астын сызыңыз) (протезирование/пластика клапанов (нужное подчеркнуть))		
Имплантация VAD		
13. Тексеру зерттеулер (Диагностические обследования)	Көрсеткіштер Показатели)	

ЭХОКГ деректер (Данные ЭХОКГ): диастола соңындағы көлем, мл (конечный диастолический объем (КДО), мл)		
Диастола соңындағы өлшемі, мм (конечный диастолический размер (КДР), мм)		
Өкпе артериясындағы есеп айыратын систолалық қысымы, мм с. б. (РСДЛА (расчетное систолическое давление в легочной артерии), мм рт. ст.)		
Сол қарыншаның шығарынды фракциясы ($\leq 35\%$) (фракция выброса левого желудочка ($\leq 35\%$))		
6 мин. жүріс тесттің нәтижелері, м (Результаты теста 6 мин. ходьбы, м)		

14. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

иә (да)

жоқ (нет)

15. АББ қатысу (Ауруларды басқару бағдарламасы) (Участие в ПУЗ (программе управления заболеваниями)):

иә (да)

жоқ (нет)

16. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____

тобы (көрсету). Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть),

группа инвалидности _____ (указать).

17. Жүрек функциясының созылмалы жетіспеушілігі (ЖСЖ) декомпенсациясы себебі бойынша емдеуге жатқызу иә, жоқ (керекті астын сызыңыз), оның ішінде стационардан шыққан 30 күн ішінде: иә, жоқ (керекті астын сызыңыз) (Госпитализация по поводу декомпенсации ХСН - да, нет (нужное подчеркнуть), в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара - да, нет (нужное подчеркнуть))

18. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар (Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)

19. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

Күні (Дата)	Емдеуге жатқызу (госпитализация), оның ішінде ЖСЖ декомпенсация себебі бойынша 30 күн бойы стационарға қайтадан емдеуге жатқызу саны (в том числе количество повторных госпитализаций в стационар в течение 30 дней по поводу декомпенсации ХСН)	Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) (Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационароразмещающая помощь, санаторно-курортное лечение))

Санаториялық - курорттық емделу (санаторно-курортное лечение)		
Жұмысқа орналастыру (трудоустройство)		

20. Қайтыс болды (ЖСЖ декомпенсациясы себебі бойынша - иә, жоқ (керекті астын сызыңыз), оның ішінде стационардан шыққан 30 күн ішінде - иә, жоқ (керекті астын сызыңыз) (Умер (по причине декомпенсации ХСН - да, нет (нужное подчеркнуть)), в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара - да, нет (нужное подчеркнуть)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

диспансерлік	Кардиологиялық	науқастың
картасының	қадағалаудың	бақылау
Вкладной	қосымша	парағы
лист	к	контрольной
диспансерного		карте
кардиологического больного		наблюдения

Денесіне электрокардиоширатқыш (ЭКШ) қойылған науқастың

картасы

(Карта больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС))

Науқастың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) больного)

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Қан тобы (Группа крови) _____

Резус-факторы (Резус-фактор) _____

Науқастың үйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон больного)

— — — — — — — —

Тұрақты мекенжайы бойынша

По месту жительства

АҚҚ АД	ЭКШмен Частота импульсов ЭКС и ЭКГ	ЭКГ-нің импульстер	жиілігі	Дәрігердің Фамилия врача	тегі

Денесіне ЭКШ қойылған күні (Дата имплантации ЭКС) _____

Мүмкіндік (Доступ) _____

ЭКШ түрі (Тип ЭКС) _____

Паспорт бойынша ритмі (Ритм по паспорту) _____

Электродтар (Электроды) _____

ЭКШ-ты ауыстырудың жоспарланған күні (Дата плановой смены ЭКС) _____

Науқасты бақылау (Наблюдение за больным)					
Қарау Дата осмотра	күні	Науқастың Общее состояние больного	жалпы жағдайы	Тамыр Пульс	соғуы

Денесіне ЭКШ қай медициналық ұйымда қойылды, мекенжайы мен телефоны (Адрес и телефон медицинской организации, где производилась имплантация ЭКС) _____

ДӘРІГЕРДІҢ НАЗАРЫНА!

ЭКШ қойылған бірінші жылы науқасты жүйелі түрде, тұрақты мекенжайындағы емханада әр 4 ай сайын бақылап тұру ұсынылады, екінші жылы әр 2 ай сайын, ары қарай – ай сайын. Тексеру бірліктері ЭКГ бойынша жазу 50 мм/сек жылдамдықта анықталады.

Ритмнің азаюы немесе көбеюі (минутына 8 импульстан жоғары), табиғи және жасанды ритмдер арасында бәсекелес туған жағдайда операция жүргізілген медициналық ұйымға хабарлау қажет.

ВНИМАНИЮ ВРАЧА!

Периодическое наблюдение за больным в поликлинике по месту жительства рекомендуется проводить каждые 4 месяца в течение первого года после имплантации ЭКС, каждые 2 месяца в течение второго года, далее - ежемесячно. Контролируемые величины определяются по ЭКГ при скорости записи 50 мм/сек.

При урежении или учащении ритма (свыше 8 импульсов в минуту), возникновении конкуренции естественного и искусственного ритмов необходимо сообщить в медицинскую организацию, где производилась операция.

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының
қ о с ы м ш а п а р а қ

к контрольной карте диспансерного наблюдения

Жүрек-тамырлық жүйесінің аурулары бар пациентті диспансерлік қадағалау
к а р т а с ы
Карта диспансерного наблюдения
пациента с заболеванием сердечно-сосудистой системы

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача) Лауазымы (должность) _____	Амбулаториялық науқастың (баланың даму тарихы) медициналық картасының к о д ы _____ н е м е с е № _____ (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____ картаны толтыру күні (дата заполнения карты) _____ Диспансерлік қадағалануға алынған ауру түрі (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)* _____ _____
_____ Науқасты қадағалаған медициналық ұйым (медицинская организация, наблюдающая больного) _____	_____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ Диагноз өмірінде алғашқы рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____
_____	жоқ (нет)
_____	И ә (д а) _____ , Диагноз қою күні (Дата установления диагноза) _____ (кк/аа/жж) (дд/мм/г г) Ауру анықталды (Заболевание выявлено):
_____	емдеуге жүгіну уақытында (при обращении за лечением),
_____	профилактикалық тексеріп-қаралу кезінде (при профосмотре),
_____ Науқас бекітілген медициналық ұйым (медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____	б а с қ а (д р у г о е) Скринингтен өту күні (Дата прохождения скрининга) _____ (кк/аа/ / ж ж) (д д / м м / г г)
_____	Жүрек функциясының созылмалы жеткіліксіздігі (ЖСЖ) Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)
_____ Диагноз қою күні (дата установления диагноза): / ____ / ____ / _____ (кк/аа/жжж) (чч/мм/ г г г г)	жоқ (нет) и ә (д а) ЖСЖ функционалдық класы (Функциональный класс ХСН) (NYHA бойынша) - I,

Есепке алу күні (дата взятия на учет) / ____ / ____ / ____	II,
(кк/аа/жжж) (чч/мм/ г г г г)	III,
Есептен шығару күні (дата снятия с учета) / _ I _ / _ / _	V
(кк/аа/жжж) (чч/мм/ г г г г)	Ілеспелі аурулар (Сопутствующие заболевания) _____ _____ (А Х Ж - 1 0 бойынша код) (код по МКБ-10) _____
Есептен шығару себебі: сауығу, диагноздың өзгеруі, басқа мед.ұйымға ауыстыру, басқа өңірге, елден тыс кету , қайтыс болу (керегінің астын сызыңыз)	Қауіп факторлары (астын сызу) (Факторы риска (подчеркнуть): артериялық гипертензия (артериальная гипертензия), қант диабеті (сахарный диабет), шылым шегу (курение), алкоголь, артық дене салмағы (избыточная масса тела), төмен физикалық белсенділік (низкая физическая активность), дислипидемия, тұқым қуалау бейімділігі (наследственная предрасположенность), отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (случаи внезапной смерти в семье), басқалар (прочие) _____
(Причина снятия: выздоровление, изменение диагноза, перевод в другую мед. орг., выезд в другой регион, за пределы страны, смерть (нужное подчеркнуть)	Оңалту әлеуеті (реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) Мүгедектіктің болуы (наличие инвалидности) жоқ (нет) и ә (д а) , Мүгедектік ресімделген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность): _____ (АХЖ-10 бойынша коды) (код по МКБ-10) __ Мүгедектік беру күні (дата установления инвалидности) _____ күні (дата) _____ (кк/аа/жж) (дд/мм/тт) мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____ _____ Флюорографиялық тексеріп-қарау (Флюорографический осмотр) _____

1. Тегі (фамилия) _____

Аты (имя) _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)(Отчество (при его наличии)) _____

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Пол: ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Туған күні (дата рождения) / _____ / _____ / _____ /

5. Бойы (рост)_____Салмағы (вес)_____ДСИ (ИМТ) _____

6. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (адрес постоянного места жительства):
облыс (область) _____, аудан (район) _____ ,
елді-мекен (населенный пункт) _____, көше (улица) _____, үй
№ (№ дома) _____, пәтер № (№ кв.) _____, тел. _____ ұялы телефон (_____
мобильный телефон)

7. Үй телефоны (домашний телефон)

8. Жұмыс (оқу) орны (место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (профессия, должность) _____

10. Қадағалану жылы (год наблюдения)

11. Келуді бақылау (контроль посещений)

[illegible]

Бағдарламада қолмен енгізу мүмкіндігі болуы керек (в программе необходимо дать возможность ручного ввода)

МИ/НС бар пациентке әрбір келуге, бақылау (ауру басталғаннан кейін) 30 күннен кейін, 6 айдан кейін, 12 айдан кейін

К каждому посещению пациентом с ИМ/НС, контроль через 30 дней, 6 месяцев, 12 месяцев (от начала заболевания):

12. Стенокардия ұстамалары (приступы стенокардии):	13. Ширыққан ФК стенокардиясы (стенокардия	14. ЭКГ деректері (ЭКГ данные):
	напряжения ФК)	синустық (синусовый)
	I	ЖК (ФП)
	II	ST көтеруімен жаңа МИ
Иә (да)	III	(новый ИМ с подъемом ST)
жоқ (нет)	тыныштық стенокардиясы (стенокардия покоя)	өзгерістер жоқ (нет изменений)
		17. ЭХОКГ:
		соңғы диастоалық мөлшер (СДМ) (конечный диастолический объем (КДО), _____мл
15. Динамикадағы стресс-тест (Стресс-тест в динамике):	16. Физикалық жүктемеге толеранттылық (толерантность к физической нагрузке):	соңғы диастоалық көлем (СДК) конечный диастолический размер (КДР), _____мм
сынамасы оң (п р о б а положительная)	жоғары (высокая)	(ӨАЕСҚ (Өкпе артериясындағы есептік систоалық қысым) (РСДЛА (расчетное систолическое давление в легочной артерии)_____ мм. рт. ст ОҚ ШФ соңғы өлшеу (Последние измерения ФВ ЛЖ):
сынамасы теріс (п р о б а отрицательная)	орташа (средняя)	N (>50%)
	төмен (низкая)	болмашы төмендеу (незначительное снижение) (41-50%)

жасалған жоқ (не проводилась)

кальпты төмендеу (умеренное снижение) (31-40%)

айқын сипатталып (төмендеу выраженное снижение) (< 30%)

жасаған жоқ (не делали)

18. Орындау индикаторларын үнемі мониторингілеу (Постоянный мониторинг индикаторов выполнения):

Препараттарды қабылдау (Прием препаратов):

иә (да)

жоқ (нет)

жартылай (частично)

Ацетилсалицил қышқылы Ацетилсалициловая кислота	жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно)
Тикагрелор /	жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно)
Клопидогрел	жоқ (нет) иә (да)

		белгісіз (неизвестно)
β - б л о к а т о р л а р ы β-блокаторы		жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно)
С т а т и н д е р Статины		жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно)
ААФИ (ИАПФ)		жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно)
БРА		жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно)
С а Антагонисты Са	а н т а г о н и с т е р і	жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно)
Н и т р а т т а р Нитраты		жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно)
Пероралды Пероральные антикоагулянты	антикоагулянттар	жоқ (нет) иә (да)

	белгісіз (неизвестно)
Б а с қ а Др.препараты	п р е п а р а т т а р жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно)
Екінші рет профилактикалау бағдарламалары Программы вторичной профилактики	

19. Сыртартқыда операциялық шара қолдану (Оперативные вмешательства в анамнезе)

жоқ (нет)

Иә (Да)

белгісіз (неизвестно) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг)

20 Операция атауы (Название операции) _____
АХЖ-9 бойынша код (код по МКБ-9) _____

21. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

жоқ (нет)

иә (да)

22. АББ (ауруларды басқару бағдарламасы) қатысу (участие в пуз (программе управления заболеваниями):

жоқ (нет)

иә (да)

23. Диспансерлік қадағалану тиімділігі (жақсару, нашарлау, өзгеріссіз, мүгедектікке ауыстыру (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік тобы (көрсетіңіз) (эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

24. Қайтадан емдеуге жатқызу (Повторная госпитализация) -

жоқ (нет)

иә (да), оның ішінде стационардан шыққаннан кейін 30 күн ішінде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

жоқ (нет)

иә (да)

25. ЖСЖ бар қайтадан емдеуге жатқызу (Повторная госпитализация с ХСН) -

жоқ (нет)

иә (да), оның ішінде стационардан шыққаннан кейін 30 күн ішінде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

жоқ (нет)

иә (да)

26. Диагноздың өзгеруі, ілеспелі аурулар, асқынулар туралы жазбалар (Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях)_____

27. Емдеу-профилактикалық емшаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық-курорттық ем, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке ауыстыру)

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

Күні Дата	Іс-шаралар Мероприятия	Ұйымның атауы Наименование организации	Емдеу-профилактикалық көмекті ұсыну нысаны (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаториялық-курорттық емдеу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационароразмещающая помощь, санаторно-курортное лечение)
Санаториялық-курорттық емдеу (санаторно-курортное лечение)			

28.

қайтыс болды (умер), қайтыс болу күні (дата смерти) _____ (кк/аа/жж) (дд/мм/гг)

29. ЖСЖ декомпенсациясы себебі бойынша қайтыс болды (Умер по причине декомпенсации ХСН),

оның ішінде стационардан шыққан кейін 30 күн ішінде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

30. Қайтыс болған орны (Место смерти):

үйде (дома),

стационарда (в стационаре),

басқа жерде (другом месте)

31. Стационардан шыққаннан кейін қайтыс болды (умер после выписки из стационара в течении):

1 ай (мес.),

3 ай (мес.),

6 ай (мес.),

1 жыл (года)

32. Аутопсия жасалды (проводилась):

Жоқ (нет)

Иә (да) күні (дата) _____ кк/аа/жж (дд/мм/гг) _____ сағат (час.) _____ мин.

	Диагнозы	АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/қайтыс болу себебі		
Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

33. Дәрігердің ТАӘ (болған жағдайда) (ФИО (при его наличии) врача) _____
_____ Қолы (Подпись) _____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының
қ о с ы м ш а п а р а қ
В к л а д н о й л и с т
к контрольной карте диспансерного наблюдения

Ми қанайналымының жіті бұзылулары бар пациентті
диспансерлік қадағалау картасы
Карта диспансерного наблюдения
пациента с острым нарушением мозгового кровообращения

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда)	

(Ф. И. О. (при его наличии) врача) _____	Амбулаториялық науқастың (баланың даму тарихы) медициналық картасының
Лауазымы (должность) _____	к о д ы _____ н е м е с е _____ № _____
_____	(Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) _____
Науқасты қадағалаған медициналық ұйым (медицинская организация, наблюдающая больного) _____	картаны толтыру күні (дата заполнения карты) _____
_____	Диспансерлік қадағалануға алынған ауру түрі (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение)* _____
_____	_____
_____	_____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
_____	Диагноз өмірінде алғашқы рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни)
_____	жоқ (нет)
_____	и ә _____ (д а) _____ ,
_____	Диагноз қою күні (Дата установления диагноза) _____ (кк/аа/жж) (дд/мм/г г г г)
Науқас бекітілген медициналық ұйым (медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____	Ауру анықталды (Заболевание выявлено):
_____	емдеуге жүгіну уақытында (при обращении за лечением),
_____	профилактикалық тексеріп-қаралу кезінде (при профосмотре),
_____	скрининг кезінде (при скрининге),
_____	б а с қ а _____ (д р у г о е)
Диагноз қою күні (дата установления диагноза): / ____ / ____ / _____	Скринингтен өту күні (Дата прохождения скрининга) _____
(кк/аа/жжж) (чч/мм/г г г г)	Ілеспелі аурулар (Сопутствующие заболевания) _____
Есепке алу күні (дата взятия на учет) / ____ / ____ / _____	_____ (А Х Ж - 1 0
(кк/аа/жжж) (чч/мм/г г г г)	бойынша код) (код по МКБ-10) _____
Есептен шығару күні (дата снятия с учета) / ____ / ____ / _____	Қауіп факторлары (астын сызу) (Факторы риска (подчеркнуть): артериялық гипертензия (артериальная гипертензия), қант диабеті (сахарный диабет), шылым шегу (курение), алкоголь, артық дене салмағы (избыточная масса тела), төмен физикалық белсенділік (низкая физическая активность), дислипидемия, тұқым қуалау бейімділігі (наследственная предрасположенность), отбасыда кенет қайтыс болу жағдайлары (случаи внезапной смерти в семье), басқалар (прочие) _____
(кк/аа/жжж) (чч/мм/г г г г)	_____
Есептен шығару күні (дата снятия с учета) / ____ / ____ / _____	Оңалту әлеуеті (реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)
(кк/аа/жжж) (чч/мм/г г г г)	Мүгедектік болған кезде, мүгедектік ресімделген диагноз (при наличии инвалидности, диагноз, по которому оформлена инвалидность): _____
Есептен шығару себебі: сауығу, диагноздың өзгеруі, басқа мед.ұйымға ауыстыру, басқа өңірге, елден тыс кету, қайтыс болу (керегінің астын сызыңыз)	_____ (АХЖ-10 бойынша коды) (код М К Б - 1 0) _____
(Причина снятия: выздоровление, изменение диагноза,	Мүгедектік беру күні (дата установления инвалидности) _____ мүгедектік тобы _____ (группа инвалидности) _____
	Флюорографиялық тексеріп-қарау (Флюорографический осмотр) _____

перевод в другую мед.
орг., выезд в другой
регион, за пределы
страны, смерть (
нужное подчеркнуть)

1. Тегі (фамилия) _____

Аты (имя) _____ Әкесінің аты(болған жағдайда) (отчество(
п р и е г о н а л и ч и и))

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Пол: ер (муж) -1, әйел (жен)-2

4. Туған күні (дата рождения) / _____ / _____ / _____ /

5. ӘАБК коды (код КАТО)

6. Тұрақты тұратын жерінің мекенжайы (адрес постоянного места жительства):
о б л ы с _____ (о б л а с т ь)

_____, аудан (район) _____, елді-мекен (населенный
п у н к т)

_____, көше (улица) _____, үй № (№ дома) _____, пәтер № (№
к в .)

тел. _____ ұялы телефон (мобильный телефон) _____

7. Үй телефоны (домашний телефон)

8. Жұмыс (оқу) орны (место работы (учебы) _____

9. Кәсібі, лауазымы (профессия, должность) _____

10. Қадағалану жылы (год наблюдения) _____

11. Келуді бақылау (контроль посещений)

К е л у Назначено явиться	т а ғ а й ы н д а л д ы																		
К е л д і Явился																			
Ү й г е Посещения на дому	к е л у																		
К е л у Назначено явиться	т а ғ а й ы н д а л д ы																		
К е л д і Явился																			
Ү й г е Посещения на дому	к е л у																		

Бағдарламада қолмен енгізу мүмкіндігі болуы керек (в программе необходимо дать возможность ручного ввода)

МИ/НС бар пациентке әрбір келуге, бақылау (ауру басталғаннан кейін) 30 күннен кейін, 6 айдан кейін, 12 айдан кейін

К каждому посещению пациентом с ИМ/НС, контроль через 30 дней, 6 месяцев, 12 месяцев (от начала заболевания):

12. NIHSS шкаласы бойынша неврологиялық тапшылықты бағалау (Оценка неврологического дефицита по шкале NIHSS), баллды көрсету (указать балл) _____
:

13. Бартель индексі (индекс Бартеля) баллды көрсету (указать балл) _____

0-ден – 25-ке дейін – науқастың толық тәуелді болуына сәйкес келеді (от 0 до 25 соответствует полной зависимости больного)

25-тен – 65-ке дейін – айқын сипатталған тәуелді болу (от 25 до 65 — выраженной зависимости)

65-тен – 90-ға дейін – қалыпты тәуелді болу (от 65 до 90 — умеренной зависимости)

91-ден – 99-ға дейін – аздап тәуелді болу (от 91 до 99 — легкой зависимости)

100 балл – күнделікті қызметте толық тәуелді болмау (100 баллов — полной независимости в повседневной деятельности)

14. Ривермид күнделікті өмірде ұтқырлық шкалдары, баллды көрсету (Шкалы мобильности в повседневной жизни Ривермид, указать балл)_____

0-ден – 5-ке дейін – бөгде адамның көмегіне тәуелді (яғни өздігінен әрекет ете алмайды немесе қауіпті, немесе көп уақытты қажет етеді) (от 0 до 5 -зависим от посторонней помощи (то есть самостоятельное выполнение действия невозможно, или небезопасно, или требует неразумных затрат времени);

6-дан – 10-ға дейін – қарауды қажет етеді (ауызша көмек) (от 6 до 10 -требуется
присмотр (вербальная помощь));

11 және одан жоғары – тәуелсіз (қосалқы заттарды қолдана алады) (11 и более -
независим (может использовать вспомогательные приспособления).

15. Рэнкин түрлендірілген шкаласы бойынша мүгедектік дәрежесі, баллды көрсету (Степень инвалидизации по модифицированной шкале Рэнкина, указать балл) _____

1-дәреже – мүгедектік белгілерінің болмауы (1 степень - отсутствие признаков
инвалидности)

2-дәреже – мүгедектіктің жеңіл белгілерінің болуы (2 степень - наличие легких
признаков инвалидности)

3-дәреже – мүгедектіктің қалыпты айқын сипатталған белгілері (3 степень - умеренно
выраженные признаки инвалидности),

4-дәреже – мүгедектіктің айқын сипатталған белгілерінің болуы (4 степень -наличие
выраженных признаков инвалидности)

5-дәреже – мүгедектіктің өте айқын сипатталған белгілері (5 степень - сильно
выраженные признаки инвалидности)

16. Орындау индикаторларын үнемі мониторингілеу (постоянный мониторинг индикаторов выполнения):

	Атауы, дозалар (название , дозы)	Код	
Өмір сүру салтын өзгерту бойынша ұсыныстарды орындау (шылым шегу, алкоголь, қозғалу белсенділігі, диета) (выполнение рекомендаций по изменению образа жизни (курение, алкоголь, двигательная активность, диета)			жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно) тұрықты емес (нерегулярно)
Гипотензиялық препараттар Гипотензивные препараты			жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно) тұрықты емес (нерегулярно)
Антикоагулянттар Антикоагулянты			жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно) тұрықты емес (нерегулярно)

Антиагреганттар Антиагреганты			жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно) тұрықты емес (нерегулярно)
С т а т и н д е р Статины			жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно) тұрықты емес (нерегулярно)
Б а с қ а Др.препараты	п р е п а р а т т а р		жоқ (нет) иә (да) белгісіз (неизвестно) тұрықты емес (нерегулярно)

17. Сыртартқыда операциялық араласулардың болуы (оперативные вмешательства в анамнезе)

жоқ (нет)

жоқ (нет)

белгісіз (неизвестно)

иә (да)

күні (дата) _____ дд/мм/гг (кк/аа/жж)

Каротидтік эндартерэктомия (каротидная эндартерэктомия)

Экстракраниальды немесе бассүйекішілік артерияларды стенттеу
(стентирование экстракраниальных или интракраниальных артерий)

Аневризмаға клипс салу (клипирование аневризмы)

Аневризманы эмболизациялау (эмболизация аневризмы)

Экстра-бассүйекішілік тамырлы анастомоз (экстра-интракраниальный сосудистый анастомоз)

Артериялық-веналық мальформацияны кесіп алып тастау (иссечение артериовенозной мальформации)

Артериялық-веналық мальформацияны эмболизациялау (эмболизация артериовенозной мальформации)

Үңгірлі ангиоманы алып тастау (удаление кавернозной ангиомы)

басқалар, түрін көрсету (другие, указать какие)

Басқа операциялардың атауы (название других операций) _____
АХЖ-9 коды (код по МКБ-9) _____

18. Диагностикалық зерттеулер (Диагностические обследования)	Көрсеткіштер (Показатели)
Ж Қ Т ОАК	
Коагулограмма	
Глюкоза	
Л и п и д т і с п е к т р Липидный спектр	
Брахиоцефальді артериялардың УДДГ УЗДГ брахиоцефальных артерий	
ТИА кезінде бастың экстра- және (немесе) бассүйекішілік артерияларының стенозын немесе окклюзияларын диагностикалау үшін МСКТА немесе МРА МСКТА или МРА для диагностики окклюзии или стеноза экстра- и(или) интракраниальных артерий головы при ТИА	
Ми тамырларының ангиографиясы Ангиография сосудов головного мозга	

19. Созылған оңалту (Продолженная реабилитация)

МДК мамандарының тексеріп-қарауы (Осмотр специалистов МДК)

реабилитолог

логопед

эрготерапевт

психиатр

кинезиотерапевт

Сөйлеу қабілеті бұзылған кезде (При нарушении речи)

логопед-афазиолог

сөйлеу, оқу, жазу қабілеттерін қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению речи, чтения, письма)

Қимыл-қозғалыс бұзылуларында (При двигательных нарушениях)

эрготерапевт

өз-өзіне қызмет көрсетуде тұрмыстық дағдыларын қалпына келтіру бойынша оқулар (занятия по восстановлению бытовых навыков самообслуживания)

кинезиотерапевт

жеке пассивті және активті ЕФК (индивидуальная пассивная и активная ЛФК)

Физиотерапевт

физиотерапия

Оңалту әлеуетін белгілеу (Определение реабилитационного потенциала)

қолайлы (жартылай оңалту, оңалту – толық қалпына келтіру) благоприятный (частичная реабилитация, реабилитация - полное восстановление)

қолайсыз (неблагоприятный)

20. Денсаулық мектебіне бару (Посещения школы здоровья):

жоқ (нет)

иә (да)

21. АББ (ауруларды басқару бағдарламасы) қатысу (участие в пүз (программе управления заболеваниями):

жоқ (нет)

иә (да)

22. Диспансерлік қадағалану тиімділігі (жақсару, нашарлау, өзгеріссіз, мүгедектікке ауыстыру (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік тобы (көрсетіңіз) (эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

23. Қайталанған инсульт бойынша емдеуге жатқызу (госпитализация по поводу повторного инсульта)

жоқ (нет)

иә (да), оның ішінде стационардан шыққаннан кейін 30 күн інішде (в том числе в течение 30 дней после выписки из стационара)

жоқ (нет)

иә (да)

24. Диагноздың өзгеруі, ілеспелі аурулар, асқынулар туралы жазбалар (Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях) _____

25. Емдеу-профилактикалық емшаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық-курорттық ем, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке ауыстыру)

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность)

[illegible]

26.

қайтыс болды (умер), қайтыс болу күні (дата смерти) _____
(кк/аа/жж) (дд/мм/гг)

27 Қайтыс болған орны (Место смерти):

үйде (дома),

стационарда (в стационаре),

басқа жерде (другом месте)

28. Стационардан шыққаннан кейін қайтыс болды (умер после выписки из стационара в течении):

1 ай (мес.),

3 ай (мес.),

6 ай (мес.),

1 жыл (года)

29 . Аутопсия жасалды (проводилась): Иә (да)-1, жоқ (нет)-2;

	Диагнозы	АХЖ-10 коды (код по МКБ-10)
Патологоанатомиялық диагноз/қайтыс болу себебі Патологоанатомический диагноз/причина смерти		

30. Дәрігердің ТАӘ(болған жағдайда) (ФИО(при его наличии) врача) _____
_____ Қолы (Подпись)_____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының қосымша парағы
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы (офтальмология)
Контрольная карта диспансерного наблюдения (офтальмология)

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача) Лауазымы (Должность) _____ Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____ _____ Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____ Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): ____/____/____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Есепке алу күні (Дата взятия на учет) ____/____/____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) ____/____/____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг) Шығарылу себебі (Причина снятия) сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқаучаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өнерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное п о д ч е р к н у т ь)	Амбулаторлық науқастың картасының № _____ н е м е с е _____ к о д ы _____ (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____ _____ Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға _____ алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное _____ наблюдение) 10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ _____ Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____ к ү н і _____ (д а т а) Сопутствующие заболевания _____ 10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ _____ Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (_____ керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) 10- АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ _____ белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____ _____ Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз) (астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (_____ нужное подчеркнуть)) Флюорографиялық қарау _____ (

Флюорографический осмотр) _____

- - - -

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии больного) _____

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____ қызметтік телефоны (служебный телефон) _____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11 Келуін бақылау (Контроль посещений)

К е л у і (Назначено явиться)	та ғ а й ы н д а л д ы				
Келді (Явился)					
К е л у і (Назначено явиться)	та ғ а й ы н д а л д ы				
Келді (Явился)					

12. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз), мүгедектік _____ тобы (көрсету).
Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод на инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

АХЖ-10 бойынша диагнозы (Диагноз по МКБ-10)

[illegible]

Операциялар (Операции)

Күні Дата	Диагноз	Операция

Мүгедектік(Инвалидность)

[illegible]

Бақылау динамикасы (Динамика наблюдения)

Қаралу күні Дата осмотра	Коррекциясыз және коррекциямен Visus Visusc коррекцией и без		Қилыкөзділік бұрышы балаларда) Угол косоглазия (у детей)		К I Қ ВГД			Роговица, хрусталик		Шыны дене мен кезтүбі Стекловидное тело и глазное дно		Дәрігердің Т.А.Ә. және қолы Ф.И.О. и подпись врача
	OS	OD	OS	OD	OS	OD	Әдіс/ Зерттеу аппараты Метод/ Аппарат исследования	OS	OD	OS	OD	

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасының қосымша парағы
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Қант диабеті ауруын тіркеу және бақылау картасы
Карта регистрации и наблюдения больного сахарным диабетом

1.Тегі(Фамилия)_____Аты(Имя)_____Әкесінің аты(болған жағдайда)

(Отчество(при его наличии))_____

2. Туған күні(Дата рождения) / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / г. 3. ЖСК(ИНН)

4. Жынысы (Пол): 1- ер(муж); 2 – әйел(жен); 3. Соңғы келген күні (Дата последнего визита) / __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ж. г.

5. Ұлты (Национальность) _____

6. Тұрғын (Житель): 1- қаланың (города); 2- ауылдың(села)

7. Ұялы телефоны(Сотовый телефон) _____, E-mail _____

8. Тұратын жері (Место жительства): облысы(область) _____
қаласы(город) _____ аудан (район) _____

Елді мекені(населенный пункт) кент(поселок), ауыл(село) _____

9. Мүгедектік(инвалидность): 9.1. Мүгедектік анықталған жыл(год установления инвалидности) _____

10. Мүгедектік тобы(Группа инвалидности): 1-ші топ(1 группа); 2-ші топ(2 группа); 3-ші топ(3 группа); бала кезден(инвалид детства)

11. Мүгедектіктің себебі(Причина инвалидности): 1-қант диабеті(сахарный диабет); 2-миокард инфаргі(инфаркт миокарда);3-ми қан айналымының бұзылуы(нарушение мозгового кровообращения);4-көру қабілетінің жоқтығы(отсутствие зрения);5-нефропатия(нефропатия);6-аяқтардың ампутациясы(ампутация конечностей);7-қан тамырларының асқынуы(сосудистые осложнения);8-басқа ауру түрлері(другие заболевания)

12. Есепке алынған күні(Дата взятия на учет) / __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ ж.г.

13. Бақылауға алған дәрігер(Врач, ведущий наблюдение) _____

14. Басқа мекемеден келді(поступил из другой организации):

иә(да)жоқ(нет)

15. Бақылауға алған медициналық мекеме(медицинская организация наблюдения) _

16. Толтырылған күні(дата заполнения) / __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ж. г.

17. Қайтыс болған күні(дата смерти)/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ж. г.

18. Қайтыс болу себебі(причина смерти:)1-қантты диабет(сахарный диабет) диабеттік кома(диабетическая кома); гипогликемиялық кома(гипогликемическая кома); басқа себептер(другие причины); 2-қант диабетінің асқынуы(осложнения сахарного диабета); 3-басқа себептер(другие причины); 4-өзіне өзі қол жұмсау(суицид); 5-қайтыс болу себебі анықталмаған(причины смерти не установлены)

19. Қайтыс болу себебі (причина смерти)АХЖ шифры (шифр МКБ-10) _____

20. Патологоанатомдық диагноз(патологоанатомический диагноз) _____

21. Есептен шығарған күн (дата снятия с учета) / __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ __/ж. г.

22. Есептен шығару себебі(причина снятия): 1-сауығуы(выздоровление); 2-басқа жаққа кетуі(выезд); 3-қайтыс болуы(смерть), 4-диспансерлік байқаудан қол үзуі (отрыв от диспансеризации); 5-басқа мекемеге ауысуы(перевод в другую организацию)

23. Негізгі диагноз(основной диагноз)АХЖ шифры(шифр МКБ-10) _____

24. Диабеттің түрі(тип диабета): 1- 1-ші түрі(I тип); 2-ші түрі(2-II тип); 3-басқа түрлері(другие виды диабета); 4-глюкоза толерантінің өзгеруі(нарушение толерантности к глюкозе); 5-жүкті әйелдердің қант диабеті(сахарный диабет беременных)

25. Ауырлық дәрежесі(степень тяжести): 1-жеңіл(легкая); 2-орташа(средняя); 3-ауыр(тяжелая)

26. Компенсация дәрежесі(степень компенсации): 1-компенсация(компенсация); 2-субкомпенсация(субкомпенсация); 3-декомпенсация(декомпенсация)

27. Диета(диета): иэ(да)жоқ(нет) 21.1. Тек қана диета(только диета)(дәрі-дәрмексіз(без лекарственных препаратов):

28. Мектепте оқыған соңғы уақыты(дата последнего обучения в школе) /__/__/__/_
 __/__/__/_ ж.г.

29. Дәрілік терапияның түрі(Тип лекарственной терапии): 1-бір дәрілік (монотерапия);

2-құрамдастырылған(комбинированная)

30. Инсулин терапиясының басталған жылы(год начала инсулинотерапии) _____

31. Гликемияны өзінің бақылауы(самоконтроль гликемии):иә(да)жоқ(нет)

32. Глюкометрдің басым моделі(приоритетная модель глюкометра) _____

33. Глюкометрдің 2-ші дәрежелі моделі(второстепенная модель глюкометра) _____

34. Тіркелген кездегі мәліметтер(сведения на момент регистрации): бойы(рост) _____
(см); салмағы(вес) _____ (кг); ИМТ(ИМТ) _____

35. гликировандық гемоглобин(гликированный гемоглобин) HbA1c _____

36. Систоликалық қан қысымы(АД систолическое) _____, диастоликалық
қан қысымы

(АД диастолическое) _____

37. креатинин(креатинин)ммоль/л _____;

38. жалпы холестерин(общий холестерин)ммоль/л _____; 39. ЛПНП/ЛПНПммоль/л _____

40. Жеткізу құралы(средства доставки):

Құралдар(средства)

41. Қосалқы терапия(сопутствующая терапия): 1-антигипертензиалық(антигипертензивная) АПФ ингибиторлар(/ингибиторы АПФ), ангиотензия рецепторларының блоктары(блокаторы рецепторов к ангиотензиму БРА), диуретиктер(диуретики), ББ бета-блокаторлары (бета-блокаторы ББ), АБ кальций каналдарының блокаторлары(блокаторы кальциевых каналов АБ), АБ альфа блокаторлар(

альфа-блокаторы АБ), орталық әрекеттегі препараттар(препараты центрального действия), рениметтік ингибиторлар (прямые ингибиторы ренима); 2-гиполипидемиялық препараттар (гиполипидемические препараты) статиндер(статины), фибраттар(фибраты), никотин қышқылы (никотиновая кислота), ЖК Омега-3(омега-3 ЖК), эзитимиб(эзитимиб); 3-анемияға қарсы препараттар(антианемические препараты); 4-антиагреганттар(антиагреганты); 5-глюкозаминоглигандар (гликозаминоглиганы)

42. Қабылдаған және көрсетілген дәрі-дәрмектер (полученные и показанные ЛС)

Атауы(название)	Тәуліктік саны(количество в сутки)	Басталған күні (дата начала)	Біткен күні (дата завершения)	Түрі(вид)	Типі (Тип)

43. Асқынулар(осложнения)

Асқыну (осложнение)	Белгіленген жыл (год установления)

1-жіті асқынулар(острые осложнения): кома(кома)гиперосмолярлы(гиперосмолярная), лактаацидотиялық (лактаацидотическая), кетоацидотиялық (кетоацидотическая), гепогликемиялық (гепогликемическая); диабеттік кетоацидоз (комасыз) ауруханаға жатқызуды керек ететін(/диабетический кетоацидоз (без комы), потребовавший госпитализации); 2-диабеттік микроангиопатиялар(диабетические микроангиопатии): ретинопатия (ретинопатия пролиферативтік емес саты (непролиферативная стадия), препролиферативтік саты (препролиферативная стадия), пролиферативтік саты (пролиферативная стадия), терминалды саты (терминальная стадия); нефропатия(нефропатия) С1 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ): С1, С2 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С2), С3а СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С3а), С3б СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С3б), С4 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С4), С5 СКФ бойынша ХБП сатысы (стадия ХБП по СКФ:С5) гемодиализ, перитонеалды диализ, бүйрек трансплантациясы,микроальбуминурия,протеинурия,ХПН(гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки, микроальбуминурия, протеинурия, ХПН); 3-катаракта(катаракта) артифакия(артифакия), көз жанарының жоқтығы (отсутствие зрения); 4-диабеттік макроангиопатия (диабетические макроангиопатии): атеросклероз(атеросклероз) ұйқы артериясының атеросклерозы (атеросклероз сонных артерий), аяқ-қол атеросклерозы (атеросклероз нижних конечностей), ми қан

тамырларының атеросклерозы (атеросклероз сосудов головного мозга), бүйрек артериясының атеросклерозы (атеросклероз почечных артерий), коронарлық артериясының атеросклерозы (атеросклероз коронарных артерий); стенокардия (стенокардия): тыныш кездегі (покоя), кернеу (напряжения) бірінші рет пайда болған (впервые возникшая), тұрақты (стабильная), ары қарай жалғасатын (прогрессирующая); миокард инфарктісі (инфаркт миокарда) кернеу (напряжения), бірінші рет (первичный), қайталану (повторный); созылмалы жүрек кемістігі (хроническая сердечная недостаточность) NYHA: I бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: I, NYHA: II бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: II), NYHA: III бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: III), NYHA: IV бойынша функционалды класс (функциональный класс по NYHA: IV); цереброваскулярлық аурулар (ОНМК, Инсульт) (цереброваскулярные заболевания) (ОНМК, Инсульт) ишемиялық (ишемический), геморрагиялық (геморрагический), мидың транзиторлық бұзылуы (транзиторное нарушение мозга), атеросклеротикалық кардиосклероз (атеросклеротический кардиосклероз); аяқ макроангиопатиясы (макроангиопатия нижних конечностей) сезіну қабілетінің төмендеуі (снижение чувствительности), ауру (боль), ауыспалы ақсандау (перемежающаяся хромота), терінің дистрофиялық өзгеруі (дистрофические изменения кожных покровов), трофикалық ойық жара (трофические язвы), диабетикалық табан синдромы (синдром диабетической стопы) нейропатикалық түрі (нейропатическая форма), нейроишемикалық түрі (нейроишемическая форма), остеоартропатиялық түрі (остеоартропатическая форма); 5-диабетикалық нейропатия (5-диабетическая нейропатия): (полинейропатия) полинейропатия, автономды (автономная) көз жанары қызметінің аномалиясы (аномалия зрачковой функции), тердің шығу дисфункциясы (потовыделительная дисфункция), ішек-қарын автономды нейропатиясы (желудочно-кишечная автономная нейропатия), диабетикалық энтеропатия (диабетическая энтеропатия), жүрек-қан тамырының автономды нейропатиясы (сердечно-сосудистая автономная нейропатия), гипогликемияны анықтай алмау синдромы (синдром нераспознавания гипогликемии); сенсорлы (сезімтал) нейропатия (сенсорная (чувствительная) нейропатия) ауырсыну, сезімталдықтың жоғалуы, басқа да сезімталдықтың жоғалуы, диабетикалық нейропатиялық кахексия (болезненная, отсутствие чувствительности, другие нарушения чувствительности, диабетическая нейропатическая кахексия); 6-басқа да асқынулар (другие осложнения): гипертония (1 сатылық АГ, 2 сатылық АГ, 3 сатылық АГ), гипертония (1 степень АГ, 2 степень АГ, 3 степень АГ), дислипидемия (дислипидемия) I-түрі, Iа-түрі, Iб-түрі, II-түрі, IV-түрі, V-түрі, (тип I, тип IIa, тип IIb, тип III, тип IV, тип V), ампутация (ампутация) бір, бірнеше бармақтар, тізе және одан жоғары ампутациялар (ампутация одного пальца, ампутация более одного пальца, ампутация кисти, ампутация голени, высокая ампутация), физикалық дамудың тоқталуы (задержка физического развития), остеопороз (osteoporosis) остеопения,

остеопороз (остеопения, остеопороз), сынықтар (переломы), анемия (анемия) қандағы темір тапшылығы,нефрогенді, басқа да (железодефицитная, нефрогенная, другая), гиперпаратиреоз (гиперпаратиреоз) бірінші,екінші,үшінші (первичный, вторичный, третичный), диабетикалық қол синдромы (синдром диабетической руки) хайропатия 0-сатысы, I-сатысы, II-сатысы, III-сатысы, IV-сатысы, V-сатысы (хайропатия) стадия 0, стадия I, стадия II, стадия III, стадия IV, стадия V; пародонтоз (пародонтоз); Мориака синдромы (синдром Мориака); Сомоджи синдромы (синдром Сомоджи); гепатит (гепатит); тері патологиясы (патология кожи); липодистрофия

(липодистрофия)

44. Диспансеризация (диспансеризация) 45. Емдік-профилактикалық іс-шаралар

(лечебно-профилактические мероприятия)

Басталған күні(дата начала)	Біткен күні(дата окончания)	Іс-шаралар(мероприятие) *

*ауруханаға жатқызу(госпитализация), санаторлы-курорттық емдеу(санаторно-курортное лечение), мүгедектікке өткізу(перевод на инвалидность)

Шағымдар(жалобы) _____

Объективті статус(объективный статус) _____

Нұсқаулар(рекомендации)_____

46. Дәрігерге келу(посещения)

Келетін күні (дата явки)	Жоспарлы қаралу күні (дата планового осмотра)	Қаралудың қортындысы (результат осмотра)	Дәрігер (врач)	Пациент жағдайының мониторингі (мониторинг состояния пациента)*

* Эндокринологтың, неврологтың, көз дәрігерінің қарауы, диабетикалық табан кабинетінде қаралуы, бойы, салмағы, систолдық АД, диастолдық АД, HbA1c,%, ашқарындағы глюкоза деңгейі (ммоль/л), тамақтанғаннан 2 сағаттан кейін глюкоза деңгейі (ммоль/л), бір айдағы гипогликемияның орташа саны, гипокликемияның ауыр түрі (басқаның көмегіне қажеттілік), жалпы холестерин (ммоль/л), ЛПВП-Альфа холестерин (ммоль/л), ЛПНП (ммоль/л), триглицеридтер (ммоль/л), несеп қышқылы (мкмоль/л), креатинин (мкмоль/л), СКФ (мл/мин/1,73 м2), альбумин/креатинин (мг/моль), альбуминурия (мг/л), протеинурия (г/л).

* Прием эндокринолога, осмотр невролога, осмотр офтальмолога, осмотр в кабинете диабетической стопы, рост, вес, АД систолическое, АД диастолическое, HbA1c,%, уровень глюкозы натощак (ммоль/л), уровень глюкозы через 2 часа после еды (ммоль/л), среднее количество гипогликемий в месяц, тяжелые гипогликемии (потребовалась посторонняя помощь), общий холестерин (ммоль/л), ЛПВП-Альфа холестерин (ммоль/л), ЛПНП (ммоль/л), триглицериды (ммоль/л), мочева кислота (мкмоль/л), креатинин (мкмоль/л), СКФ (мл/мин/1,73 м2), альбумин/креатинин (мг/моль), альбуминурия (мг/л), протеинурия (г/л).

47. Жүктіліктер (беременности): жүктіліктің жалпы саны (общее число беременностей) _____, жүктілік саны (число беременностей), қалыпты жүктіліктің саны (закончившихся нормальными родами) _____, Тіркелген жылдағы жүктіліктің өтуі және аяқталуы (жүктілік жоқ, қазіргі уақытта жүктілік бар, жүктіліктің үзіліуі, қалыпты босану, өздігінен болған түсік, түсік), (беременность в год регистрации или наблюдения и ее исход (беременности нет, беременна в настоящее время, беременность прервана, нормальные роды, самопроизвольный аборт, аборт)), жайсыз аяқталған жүктілік саны (число беременностей с неблагоприятным исходом)

Есепке алынған күн (дата взятия)	Жүктілік мерзімі (срок беременности)	Ауруды бақылайтын медициналық мекеме (мед. организация, наблюдающая больного)	Есептен шығарылған күн (дата снятия)	Босанған (аборт жасаған) күні (дата родов (аборта))

48. Жанама құбылыстар (побочные явления):

Препарат (препарат)	Алғашқы (впервые)	Алған дозасы(полученная доза)	Жанама құбылыстар(побочные явления) *

*Агранулоцитоз,анорексия, эпигастриядағы ауырсыну, бозару(гипогликемиялық жағдай),терлеу,жүрек соғуы, гипогликемиялық кома, диарея, асқазан жұмысының бұзылуы, қалқанша безінің жұмысының бұзылуы, гиперемия (аллергиялық реакция), лейкопения, липодистрофия (ұзақ қолданғанда),безгектік жағдай, ауыздың темір татуы, метиоризм, рефракцияның бұзылуы, ұйқының бұзылуы, гемопоэзаның бұзылуы, бауыр жұмысының бұзылуы, ентігу, қышыма (аллергиялық реакция), қан қысымының төмендеуі, тәбеттің төмендеуі, тахикардия,жүрек айну, тремор, тромбоцитопения, фотосенсибилизация, дәріге аллергия,сарысулық ауру, асқазан жолында стеройдты ойық жараның пайда болуы, есекжем (аллергиялық реакция), өттің қабынуы, аш ішектің тесілуі, тоқ ішектің тесілуі, асқазаннан қан кету, панкреатит, остепарозбен дамыған қайталмалы гиперпаратиреоз, гиперлипидемия,белоктағы катоболизмнің жоғарлауы, гипергликемия, стеройдты диабет, тері қышымасы (аллегиялық реакция), артқы субкапсулярлы катаракта, ретинит, глаукома, психикалық ауытқу, белсенділіктің төмендеуі, бейжайлық, ұйқысыздық, сарғайған цитостатикалық гепатит, екінші гиперурикемия, некротикалық энтеропатия, геморрагиялық цистит, ангионевротикалық ісік (аллергиялық реакция), гемолитикалық анемия, реактивті менингит, стоматит, терінің бөртуі, шаштың түсуі, өңеш ісігі. (аллергиялық реакция), анафилатикалық шок (аллергиялық реакция), анемия.

*Агранулоцитоз, анорексия, боль в эпигастрии, бледность (гипогликемическое состояние), потливость (гипогликемическое состояние), сердцебиение (гипогликемическое состояние), гликемическая кома, диарея, диспептические расстройства, дисфункция щитовидной железы, инсулинорезистентность, гиперемия (аллергическая реакция), лейкопения, липодистрофия (при длительном применении), лихорадочное состояние, металлический привкус во рту, метиоризм, нарушение рефракций, нарушение сна, нарушение гемопоэза, нарушение функций печени, одышка, зуд (аллергическая реакция), понижение артериального давления, снижение аппетита, тахикардия, тошнота, тремор, тромбоцитопения, фотосенсибилизация, лекарственная аллергия, сывороточная болезнь, образование стероидных язв желудочно-кишечного тракта, крапивница (аллергическая реакция), воспаление желчного пузыря, перфорация тонкого кишечника, перфорация толстого кишечника, желудочно-кишечные кровотечения, панкреатит, вторичный гиперпаратиреоз с развитием остеопороза,

гиперлипидемия, повышение катаболизма белка, гипергликемия, стероидный диабет, кожная сыпь (аллергическая реакция), задняя субкапсулярная катаракта, ретинит, глаукома, психическая неуравновешенность, снижение активности, интереса к окружающему, бессоница, цитостатический гепатит с желтухой, вторичная гиперурикемия, некротическая энтеропатия, геморрагический цистит, ангионевротический отек (аллергическая реакция), гемолитическая анемия, реактивный менингит, стоматит, кожные высыпания, облысение, отек гортани (аллергическая реакция), анафилактический шок (аллергическая реакция), анемия

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасына қосымша парак
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Бүйрегі ауыратын науқасты диспансерлік қадағалауды бақылау картасы

Контрольная карта диспансерного наблюдения больного

с заболеваниями почек № _____

	Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____ Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) _____ _____ _____ _____ 10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ Диагноз өмірінде 1 рет қойылды (Диагноз установлен впервые в жизни) _____ _____ күні (дата)

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача)	БСА негізгі себебі (Основная причина ХБП) _____
Лауазымы (Должность) _____	_____
—	-----
Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____	_____
—	_____
Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной) _____	_____
_____	_____
Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Есепке алу күні (Дата взятия на учет) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал):
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) /___/___/___ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	темен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий)
Шығарылу себебі (Причина снятия):	(керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)
сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) – мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____

	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
	белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____
	_____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____
	Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз)
	(Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть))
	Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _____

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии) больного) _____

2. ЖСН (ИИН) _____

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ЭАОЖ коды (Код КАТО)

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____ қызметтік телефоны (служебный телефон) _____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность)

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11. Келуін бақылау (Контроль посещений)

[illegible]

This image shows a blank sheet of primary-ruled paper designed for handwriting practice. It features four sets of horizontal guidelines. Each set consists of a solid top line, a dashed midline, and a solid bottom line, providing a structured space for letter formation. The lines are evenly spaced across the page.

(Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность))

17. Қайтыс болу себебі (Причина смерти)

—	—	—	—	—	АХЖ-10 шифры (шифр
М	К	Б	-	1 0)	

18. Қайтыс болған орны (Место смерти) үйде, стационарда, басқа жерде (керегінің а с т ы н с ы з ы ң ы з)
(дома, в стационаре, другом месте (нужное подчеркнуть))

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасына қосымша парак
Вкладной лист к контрольной карте диспансерного наблюдения

Бүйрегі трансплантталған науқасты диспансерлік қадағалауды бақылау картасы
Контрольная карта диспансерного наблюдения больного с трансплантированной почкой № _____

	Амбулаторлық науқастың картасының № немесе коды (баланың даму тарихы) (Код или № медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)) _____ Қай сырқаттың салдарынан диспансерлік қадағалауға алынды (Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное наблюдение) _____ _____ _____ ----- 10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ Диагноз өмірінде 1 - рет қойылды (Диагноз установлен

Дәрігердің Т. А. Ә. (болған жағдайда) (Ф. И. О. (при его наличии) врача)	впервые в жизни) _____ _____
Лауазымы (Должность) _____	күні (дата) БСА негізгі себебі (Основная причина ХБП) _____
— Науқасты бақылаушы медициналық ұйым (Медицинская организация, наблюдающая больного) _____	----- _____
— Науқас тіркелген медициналық ұйым (Медицинская организация, к которой прикреплен больной)	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ Сопутствующие заболевания _____
Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): / ____/____/____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	----- 10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____
Есепке алу күні (Дата взятия на учет) / ____/____/____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	Оңалту әлеуеті (Реабилитационный потенциал): төмен (низкий), орташа (средний), жоғары (высокий) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)
Есептен шығару күні (Дата снятия с учета) / ____/____/____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)	Мүгедектік болған жағдайда (При наличии инвалидности) — мүгедектік берілген диагноз (диагноз, по которому оформлена инвалидность) _____
Шығарылу себебі (Причина снятия): сауығу (выздоровление), диагноздың өзгеруі (изменение диагноза), басқа учаскеге ауыстырылды (перевод на др. участок), басқа мед ұйымға ауыстырылды (перевод в другую мед. орг.), басқа өңерге кету (выезд в другой регион), шет елге кету (за пределы страны), өлім (смерть) (керегінің астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть)	10-АХЖ коды (код по МКБ-10) _____ белгілеу күні (дата установления инвалидности) _____ мүгедектік тобы (группа инвалидности) _____ Сырқатының анықталуы: емделуге келгенде, профбайқау кезінде, скринингтен өту кезінде, басқалар (керегінің астын сызыңыз) (Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при профосмотре, при скрининге, другое (нужное подчеркнуть)) Флюорографиялық қарау (Флюорографический осмотр) _____

1. Науқастың Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О(при его наличии).больного) _____

2. ЖСН (ИИН)

3. Жынысы: еркек, әйел (керекті астын сызыңыз) (Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть))

4. Туған күні (Дата рождения) _____

5. ЭАОЖ коды (Код КАТО)_____

6. Мекенжайы (Домашний адрес) _____

7. Үй телефоны (Домашний телефон) _____ қызметтік
т е л е ф о н ы
(служебный телефон) _____

8. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

9. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

10. Бақылау жылы (Год наблюдения) _____

11. Келуін бақылау (Контроль посещений)

[illegible]

[illegible]

12. Шумақшалық сүзгілеу жылдамдығы (ШСЖ) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))

Күні (дата)	Бойы (Рост) (см)	Салмағы (Вес) (кг)	Креатинин	Шумақшалық сүзгілеу жылдамдығы (ШСЖ) (скорость клубочковой фильтрации (СКФ))	Бүйректің созылмалы ауруының ағымы (БСА) KDOQI жіктемесі бойынша (стадия хронической болезни почек (ХБП) по классификации KDOQI

13. Бүйректі алмастыру операциясын жасау күні (Дата проведения операции по пересадке почки): кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг) _____ / _____ / _____

14. Алмастырылған бүйректің сипаттамасы (Характеристика пересаженной почки):
1 – донор тірі (живой); 2 – донор мәйіті (трупный); 3 - өзге (прочие)

15. Операция жасаған медициналық ұйым, мемлекет (страна/(мед. организация), где произведена операция)

16. Иммуносупресивтік терапияны бастау күні (Дата начала иммуносупрессивной терапии): / /

17. Иммуносупрессивтік терапияны аяқтау күні (Дата окончания иммуносупрессивной терапии): / /

18. Иммуносупрессивтік терапияны тоқтату себебі (Причина прекращения иммуносупрессивной терапии): 1 – Тұратын жерін ауыстыру (смена места жительства); 2 - өлім (смерть);

3- өзге (прочие)

19. Науқасқа тағайындалатын иммунодепрессанттар (Иммунодепрессанты, назначаемые больному)

Препараттың халықаралық патенттелмеген атауы (Международное непатентованное наименование препарата)	Өндіруші ел және фирма (Страна и фирма производитель)	Препараттарды қабылдай бастау күні (Дата начала приема препарата)	Препараттарды қабылдауды аяқтау күні (Дата начала приема препарата)	Шығару нысаны (Форма выпуска)	Тәуліктік доза (Суточная доза) (мг)	Жиынтық доза (Суммарная доза) (мг)

20. Иммунодепрессанттарды қабылдау салдарынан пайда болатын жанама әсерлер (Побочные явления, вызванные применением иммунодепрессантов)

Препараттың халықаралық патенттелмеген атауы (Международное непатентованное наименование препарата)	Өндіруші ел және фирма (Страна и фирма производитель)	Жанама әсер (Побочное явление)

21. Диспансерлік бақылау тиімділігі (жақсарды, нашарлады, өзгеріссіз, мүгедектікке шығару (керегінің астын сызыңыз),мүгедектік _____ тобы (көрсету).
Эффективность диспансерного наблюдения (улучшение, ухудшение, без перемен, перевод инвалидность (нужное подчеркнуть), группа инвалидности _____ (указать).

22. Диагнозының өзгеруі, қосалқы сырқаттары, асқынулары туралы жазбалар

(Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях)

— — — — —

23. Бүйрек трансплантациясынан кейінгі асқынулар (Осложнения после трансплантации почки)

А с қ ы н у Вид осложнения	т ү р і Дата	К ү н і Дата

24. Емдеу-профилактикалық шаралары (емдеуге жатқызу, санаториялық - курорттық емделу, жұмысқа орналастыру, мүгедектікке шығару)

(Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность))

Күні Дата	Іс-шаралар Мероприятия	Ұйымның атауы Наименование организации	Медициналық көмекті ұсыну нысандары (амбулаториялық-емханалық көмек, стационарлық көмек, стационарды алмастыратын көмек, санаторийлік-курорттық емделу) Форма предоставления лечебно-профилактической помощи (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационарная помощь, стационарозамещающая помощь, санаторно-курортное лечение)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО _____	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Денсаулық министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Республикасы сақтау	Қазақстан Денсаулық жылғы "23" бекітілген № ұжаттама	сақтау қарашадағы № 030-1/е	министрінің № 907 нысанды	Республикасы м.а. 2010 бұйрығымен медициналық
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская Ф о р м а Утверждена здравоохранения "23" ноября 2010 года № 907	приказом и.о. Республики	документация 0 3 0 - 1 / у Министра Казахстан	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министерства здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Науқасты бақылайтын медициналық ұйым _____

(Медицинская организация, наблюдающая больного)

"В" және "С" вирусты гепатиттерге тексерілгендер және ауыратын науқастарды жеке есепке алу картасы
Карта индивидуального учета обследованных и больных вирусными гепатитами "В" и "С"

№ _____

Шұғыл түрде хабарлама (Экстренное извещение) № _____ 20 ____ жылғы (20 ____ года)

" ____ " _____

1. Тегі (Фамилия) _____ Аты (Имя) _____

Әкесінің аты (Отчество) _____

2. Туған күні (күні/айы/жылы) (Дата рождения (день/месяц/год) ____ / ____ / ____

3. Жынысы: 1- ер, 2- әйел (Пол: 1- муж, 2- жен).

4. Ұлты (Национальность) _____

5. Документы, удостоверяющие личность: 1 – паспорт, 2 - жеке куәлігі (удостоверение

личности), 3 - туу туралы куәлігі (свидетельство о рождении), 4 - басқалар (прочие)

Сериясы (Серия) _____ Нөмірі (Номер) _____. Берілген күні (Дата

выдачи) ____/____/____ жылғы (года) ЖСН (ИНН) |____|____|____|____|____|____|____|____|

6. Медициналық тіркеу нөмірі (Регистрационный медицинский номер)

|____|____|____|____|____|____|____|____|

7. Тұрғылықты орны (Место жительства): облыс (область) _____, аудан

(район) _____, кент, аул (поселок, село) _____ FFF _____,

көшесі (улица) _____ үй (дом) № _____ пәтер (квартира)

№ _____

8. Берілген тұрғылықты орнында қай жылдан бері тұрады _____
_____.

(С какого года проживает в данной местности)

9. Отбасылық жағдайы (Семейное положение): 1- үйленбеген, тұрмыс құрмаған (никогда не

состоял (-а) в браке); 2-үйленген, тұрмыс құрған (состоит в браке); 3- ажырасқан

(разведен (-а); 4- жесір (вдовец (вдова).

10. Әлеуметтік жағдайы (Социальное положение): қызметші (служащий); жұмысшы

(рабочий); ауыл шаруашылық қызметкері (работник сельского хозяйства); зейнеткер

(пенсионер); учащийся (оқушы); үй шаруасында (домохозяйка); жеке еңбекпен

айналысатын адам (лицо, занятое индивидуальным трудом); дін қызметшісі (служитель

культы); жұмыссыз (безработный); басқалар (иное).

11. Білімі (Образование): 1- білімі жоқ (без образования); 2- бастапқы (начальное); 3 -

орта білім (среднее); 4- орта арнаулы (среднее спец); 5- аяқталмаған жоғары

(незаконченное высшее); 6- жоғары (высшее).

12. Тұрғындар санаты (Категория населения): 1-жұмыс істеушілер (работающие);

2-жұмыссыздықпен тіркелгендер (зарегистрированные безработные); 3-жұмыссыздықпен

тіркелмегендер (незарегистрированные безработные); 4-ұйымдастырылған балалар

(организованные дети); 5-ұйымдастырылмаған балалар (неорганизованные дети); 6-18 жастан

үлкен күндізгі оқу формасында оқиды (учащиеся очной формы обучения старше 18 лет);

7-бала кезінен мүгедек (инвалиды детства); 8-ауруы бойынша мүгедектер (инвалиды по

заболеванию); 9-ҰОС қатысқандар (участники ВОВ); 10-ҰОС мүгедектері (инвалиды ВОВ);

11-оралман.

Медицина қызметкерлеріне арналған (Для медицинских работников)

13. Жұмыс орны (Место работы): облыс (область) _____ аудан (район)

_____ кент, аул (поселок, село) _____
ұйым

(организация)_____

14. Әкімшілік басқару аппаратының қызметкерлері (Работники

административно-управленческого аппарата); Дәрігерлер (Врачи); Орта медицина

қызметкерлері (Средние медработники); Басқалары (Прочие).

15. Жоғары оқу орны (орта арнаулы оқу

орны)_____

Высшее учебное заведение (среднее учебное заведение),

аяқтаған жылы (год окончания)_____.

16. Қазіргі жұмысы бойынша мамандығы (Специальность, по которой

работает)_____ осы жұмысы бойынша еңбек өтілі (стаж работы по

ней)_____ жылынаң бастап, оның ішінде осы ұйымда (из них в данной организации)

_____ жылдаң бастап (с _____ года).

17. Ғылыми дәрежесі (Ученая степень): 1 – медицина ғылымының кандидаты - болған

жағдайда (бұдан әрі –МҒК) (кандидат медицинских наук – при наличии (далее - КМН); 2 -

медицина ғылымдарының докторы - болған жағдайда (бұдан әрі –МҒД) (доктор медицинских

наук – при наличии (далее - ДМН).

18. Атқарып жүрген лауазымы (Занимаемая должность) _____, осы бойынша

еңбек өтілі ____ жылдан бастап (стаж работы по ней с _____ года).

19. Жалпы медициналық еңбек өтілі _____ жылынан бастап (Общий медицинский стаж с

_____ года).

20. Медициналық еңбек өтілінің үзілісі _____ жылды құрады.

(Перерыв медицинского стажа составил _____ лет).

21. Клиникалық деректері (бір немесе бірнешеуін таңдау)

Клинические данные (выбрать одно или несколько).

1. Қаралған кездегі негізгі шағымдар (Основные жалобы при обращении): ауыруды сезіну

(боль), оң жақ бүйірде ауырсыну (тяжесть в правом боку), эпигастрияда ауыруды

сезіну (боль в эпигастрии), әлсіздік (слабость), бас ауыру (головная боль),

жұмысқа қабілеттіліктің төмендеуі (снижение работоспособности), ұйқының бұзылуы

(нарушение сна), жүрек айну (тошнота), құсу (рвота), іш кату (запоры), диарея,

салмақ жоғалту (потеря в весе), іш кебу (вздутие живота), сары ауру (желтуха),

қызба (лихорадка), басқа (другое).

2. Бауырдан тыс көріністер (Внепеченочные проявления): телеангиоэктазии, пальмарлы

эритема (пальмарная эритема), ксантелазма, капиллярит, тері бөртпесі (кожная

сыпь), артрит, тиреоидит, анемия, тромбоцитопения, лейкопения,

криоглобулинемия, түйінді периаартериит (узелковый периаартериит), гломерулонефрит,

тестикулярлы жеткіліксіздік (тестикулярная недостаточность), қант диабеті (сахарный

диабет), басқа (другое).

22. Тәуекел тобы (қажеттінің астын сызу) (Группа риска (подчеркнуть нужное):

1. Жүкті әйелдер (Беременные): 1-имеющие в анамнезе оперативные вмешательства

2-имеющие в анамнезе переливание крови и ее компонентов;

2. Науқастар (Больные): 1-гемофилиямен ауыратын науқастар (больные гемофилией), 2-онкогематологиялық аурулармен ауыратын науқастар (больные онкогематологическими

заболеваниями), 3-гемодиализдегі науқастар (больные на гемодиализе), 4-с заболеваниями

крови, 5-больные злокачественными новообразованиями;

3. Медицина бөлімшесінің персоналы (Персонал медицинских отделений): 1-стоматологиялық

кабинеттердің (стоматологических кабинетов), 2-хирургия бөлімшелердің (хирургических

отделений), 3-акушерлік-гинекологиялық бөлімшелердің (акушерско-гинекологических

отделений), 4-гематологиялық бөлімшелердің (гематологических отделений), 5-қан

орталықтарының (центров крови), 6-гемодиализ бөлімшелерінің немесе орталықтарының

(отделений или центров гемодиализа), 7-зертхананың (лабораторий), 8-басқа бөлімшелердің

(других отделений).

4. Тәуекел мінез-құлқындағы адамдар (Лица рискованного поведения): 1-инъекциялық

есірткілерді тұтынушылар - болған жағдайда (бұдан әрі – ИЕТ) (потребители инъекционных

наркотиков – при наличии (далее - ПИН), 2-гомосексуалистер (гомосексуалы),

3-комерциялық секс қызметкерлері - болған жағдайда (бұдан әрі – СК) (работники

коммерческого секса – при наличии (далее - РС).

5. Қызмет көрсету саласы (Сфера обслуживания).

6. Басқа да (Другое).

23. Берілу жолы: (қажеттінің астын сызу)

Пути передачи: (подчеркнуть нужное).

1. Жасанды берілу жолы - Медициналық ем-шаралар және манипуляциялар (Искусственные пути

передачи - Медицинские процедуры и манипуляции):

1- қан құю және қан ауыстырғыштар (переливание крови и кровезаменителей), 2-гемодиализ,

3-операциялар (операции), 4-катетеризация, 5-протездеу (протезирование), 6-ағзалар мен

тіндерді трансплантациялау (трансплантация органов и тканей), 7-тістерді протездеу және

емдеу (лечение и протезирование зубов), 8- медициналық ұйымдарда иглорефлексотерапия

(иглорефлексотерапия в медицинских организациях), 9-медициналық ұйымдарда сүндетке

отырғызу (иссечение крайней плоти (обрезание) в медицинских организациях), 10-басқа да

инвазивті медициналық ем-шаралар (другие инвазивные медицинские процедуры).

2. Жасанды берілу жолы - Косметологиялық инвазивті ем-шаралар (Искусственные пути

передачи - Косметологические инвазивные процедуры): 1-косметологиялық операциялар

(косметологические операции); 2- косметикалық манипуляциялар (татуаж, пирсинг, маникюр,

педикюр, шаштаразда қырыну) (косметические манипуляции (татуаж, пирсинг, маникюр,

педикюр, бритье в парикмахерских), 3-косметологиялық инъекциялар (косметологические

инъекции), 4-басқа да косметологиялық инвазивті ем-шаралар және манипуляциялар (другие

косметологические инвазивные процедуры и манипуляции)

3. Табиғи (Естественные): 1-вертикалды (вертикальный), 2-жыныстық (половой),

3-гемобайланыс (күтім жасайтын құралдарды ортақ қолдану және басқалар) (гемоконтактный

(использование общих предметов ухода и другие), 4- инемен шаншу немесе басқалар,

ауруханадан тыс жағдайда араласу (иглоукалывание или другие вмешательства во

внебольничных условиях), 5-медициналық ұйымдарға жүгінбеген тері қабатының бұзылуы

болған жарақаттар (травмы с нарушением целостности кожи без обращения в медицинские

организации).

_____224.

Зертханалық зерттеулер нәтижелері

Результаты лабораторных исследований

24.1. ИФТ диагностикасының нәтижелері (Результаты ИФА диагностики):

К ү н і ж ы л ы) Д а т а год)	(к ү н і , (ч и с л о ,	а й ы , м е с я ц ,							
В (Гепатит В)	г е п а т и т і								
HBsAg									
anti HBs									
Total anti HBc									
IgM anti HBc									
IgG anti HBc									
HBeAg									
anti HBe									
С (Гепатит С)	г е п а т и т і								
anti HCV									
D (Гепатит D)	г е п а т и т і								
Total anti HDV									
IgM anti HDV									

+ (плюс) - оң нәтиже (положительный результат),

- (минус) - теріс нәтиже (отрицательный результат)

24.2. ПЦР нәтижесі (Результаты ПЦР)

К ү н і ж ы л ы Д а т а месяц, год)	(к ү н і , а й ы , (ч и с л о ,								
HBV ДНК									
HDV РНК									
HCV РНК									

+ (плюс) - оң нәтиже (положительный результат),

- (минус) - теріс нәтиже (отрицательный результат).

24.3. Белсенділік дәрежесі (Степень активности): 1- ең аз

(аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза - болған жағдайда (бұдан әрі –АЛТ/АСТ)

норма шегінде) (минимальная (аланинаминотрансфераза/аспартатаминотрансфераза – при

наличии (далее -АЛТ/АСТ) в пределах нормы), 2- әлсіз (нормадан 1,5 – 3) (слабая (1,5 –

3 нормы), 3 – орташа (нормадан 3,5-9) (умеренная (3,5-9 норм), 4 – айқын (10 және

нормадан артық) (выраженная (10 и более норм).

24.4. Морфологиялық өзгерістер (Морфологические изменения): 0- гистологиялық зерттеулер

жүргізілмеген (гистологические исследования не проводились), 1- F0 фиброзсыз (F0 без

фиброза); 2 – F1 айқын емес перипорталды фиброз (F1 слабовыраженный перипортальный

фиброз); 3 – F2 портопорталды септасы бар орташа фиброз (F2 умеренный фиброз с

портопортальными септами); 4 – F3 портоцентралды септасы бар айқын фиброз (F3

выраженный фиброз с портоцентральными септами); 5 – F4 бауыр циррозы (F4 цирроз

печени).

24.5. АИТВ-инфекциясына зерттеу (Исследования на ВИЧ-инфекцию): Күні (Дата)

_____ жылғы (года) Результат: теріс (отрицательный) оң (положительный).

25. АИТВ-инфекциясы оң болған кезде қосымша АИТВ орталығында зерттеу (При положительном

ВИЧ дополнительное исследование в Центре СПИД):

Талдау нәтижесінің берілген күні (Дата выдачи результата анализа) _____

жылғы (года). Иммуноблотингтың нәтижесі (Результат иммуноблотинга) - 1- теріс

(отрицательный) 2- оң (положительный).

26. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)_____

_____10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)____

27. Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): / ____ / ____ / ____ (күні/
айы/жылы

(дд/мм/гггг).

28. Есепке алынған күн (Дата взятия на учет): / ____ / ____ / ____ / (күні/айы/жылы

(дд/мм/гггг).

29. Есепке алу (Взят на учет): 1- бірінші қойылған диагнозымен (с диагнозом,

установленным впервые); 2-бұрынғы қойылған диагнозымен (с ранее
установленным

диагнозом); 3- ведомстволық емдеу ұйымында есепте тұр (состоит на учете в

ведомственной лечебной организации); 4. қайтыс болғаннан кейін (учтен посмертно).

30. Аурудың анықталу жағдайлары (Обстоятельства выявления заболевания): 1-өздігінен

қаралған (обратился самостоятельно); 2- донорлық қан тапсырған кезде (при сдаче донорской крови); 3- алды налу қарау жүргізу кезінде (при проведении профосмотра); 4-

басқа жағдайларда (при других обстоятельствах); 5 - қайтыс болғаннан кейін (учтен посмертно).

31. Анамнезінде болуы (Наличие в анамнезе): вирустық гепатит (вирусного гепатита)

1-иә(да) 2-жоқ (нет); В гепатитіне қарсы вакцинация (вакцинации против гепатита В) 1иә

(да) 2- жоқ (нет); вакцинаны алған күндері (дата вакцинации) 1-сі (1-ая) ____ ____

____жыл (год); 2-сі (2-ая) ____ ____жыл (год); 3-сі (3-я) ____ ____жыл (год)

32. Қоса жүретін аурулар (Сопутствующие заболевания):

Аурудың атауы (Название заболевания)	10 - Х А Ж	коды
	(к о д	п о
	МКБ-10)	

33. Пайдаланылатын дәрілік заттар (мемлекеттік тапсырыс бойынша препараттарды ғана

елгілеу)

Используемые лекарственные препараты (отмечать только препараты по гос закупу):

Халықаралық Патент-телмеген атауы (Международное непатентованное наименование)	Сауда маркасы (Торговая марка)	Шығарған фирма (Фирма-производитель)	Қабылдауды бастаған күні (Дата начала приема)	Қабылдауды аяқтаған күні (Дата завершения приема)	Өлшем бірлігі (Единица измерения)	Тәуліктік доза м г немесе м л (Суточная доза в мг или мл)	Доза-ғасы (Количество в дозу)	Тәуліктік дозаның жалпы саны (Всего количество суточных доз)

34. Науқастың жағдайы туралы деректер (Данные о состоянии больного):

Келу уақыты белгіленді (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келуі күні (күні, айы, жылы) Дата явки (число, месяц, год)	Пациенттің жалпы жағдайы *) Общее состояние пациента *)	Қаралу жағдайына қорытынды * *) Исход обращения **)	Келу уақыты белгіленді (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келуі күні (күні, айы, жылы) Дата явки (число, месяц, год)	Пациенттің жалпы жағдайы *) Общее состояние пациента *)	Қаралу жағдайына қорытынды * *) Исход обращения **)

*) 1- толық жұмысқа қабілетті (полностью трудоспособен); 2– жеңіл жұмысқа қабілетті

(способен к легкой работе); 3- уақытының 50 %-нан астамын төсекте өткізу, өзіне қарауға

шамасы бар (более 50 % времени проводит в постели, способен обслуживать себя); 4- үнемі

басқа адамның көмегін қажет ететін, төсек тартып жатқан науқас (лежачий больной,

постоянно нуждается в посторонней помощи).

**) 1- ауруынан айыққан (вылечен). 2- жақсарған (улучшение), 3- жақсармаған (без улучшения), 4- нашарлаған (ухудшение).

35. Вирусқа қарсы терапияның мониторингі (Мониторинг противовирусной терапии):

2.1 вирусологиялық жауабы тез (1 ай) (вирусологический ответ быстрый (1 месяц);

2.2 вирусологиялық жауабы бұрынғы (3 ай) (вирусологический ответ ранний (3 месяц);

2.3 емді аяқтағаннан кейінгі вирусологиялық жауап (вирусологический ответ по окончании

лечения);

2.4 емді аяқтағаннан кейін 6 айдан кейінгі вирусологиялық жауап (вирусологический ответ

через 6 месяцев после окончания лечения).

36. Негізгі ауруы бойынша мүгедіктігі (Инвалидность по основному заболеванию):1

—

1-топтағы мүгедек (инвалид 1-й группы); 2- 2-топтағы мүгедек (инвалид 2-й группы); 3 –

3-топтағы мүгедек (инвалид 3-й группы); 4– мүгедектіктен бас тарту (отказ от

инвалидности); 5 – мүгедек емес (нет инвалидности).

37. Асқынуы (Осложнения): бауыр циррозы (цирроз печени), гепатоцеллюлярная карцинома, басқа (другое).

38. Диспансерлік есептен шығару күні (Дата снятия с диспансерного учета)

____/____/____/ жылы (года).

39. Диспансерлік есептен шығару себебі (Причина снятия с диспансерного учета): 1

-

ауруынан айықты (выздоровление), 2- диагнозы расталмаған (диагноз не подтвержден), 3-

сапарға шығып кеткен (выезд), 4- қайтыс болған (умер).

39.1. Қайтыс болу себебі (Причина смерти) (диагноз) _____

_____10-ХАЖ коды (код по МКБ-10)

40. Эпидемияға қарсы іс-шаралар (Противоэпидемические мероприятия):

Байланыста болған адамдардың зертханалық тексерілген саны (Количество лабораторно

обследованных контактных) _____ адам (человек) ВВГ, СВГ, СВВГ - терге оң

нәтиже анықталды (*қажеттінің астын сызу*). (Выявлено с положительными результатами на

ВГВ, ВГС, ВГВС (*подчеркнуть нужное*) _____ адам (человек).

ВВГ-ге қарсы егілуге тиіс байланыста болған адамдардың саны (жанұя, жыныстық серіктер

және с.с.) (Количество контактных (семья, половые партнеры и т.п.), подлежащих

прививкам против ВГВ) _____ Егілді (Привито) _____

41. Дәрігер: (ТӘА) (Врач: (ФИО) _____ Қолы (Подпись) _____

Ескертпе: Карта барлық тексерілген дені сау және В мен С гепатитімен сырқат адамдарға

толтырылады. Дені сау болып шыққан адамдарға тек 1-24.1 және 26-тармақтар толтырылады.

"Қорытынды диагноз" 26-тармақта дені сау контингентке АХЖ-10 Z11.5 шифрын көрсету керек

(басқа вирустық ауруларды анықтау мақсатында арнайы скринингілік тексерілу).

(Примечание: Карта заполняется на всех обследованных лиц, оказавшимися здоровыми и

больными гепатитом В и С. На обследованных лиц, оказавшимися здоровыми заполняются

только пункты 1-24.1 и 26. В пункте 26 "Заключительный диагноз" на здоровый контингент

указывать шифр МКБ-10 Z11.5 (специальное скрининговое обследование с целью выявления

других вирусных болезней).

А5 Формат А5	БСН Код организации по БИН _____	бойынша _____	ұйым _____	коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-2/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 030-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907			

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 030-2/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы
Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством

Картаны толтырған күні

Дата заполнения карты _____

айы, жылы (месяц, год)

1.Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____ ЭАОЖ коды (Код КАТО) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

2. Мекен-жайы (Адрес) _____

Мекен-жайының _____ коды
Код места жительства

республика, өлке, облыс қала, аудан
(республика, край, область) (город, район)

3. Тұрғыны (житель): қаланың (города), ауылдың (села)

4. Жынысы (пол): ер (мужской), әйел (женский)

5. Жұмыс істеуі (работает): иә (да), жоқ (нет)

6. Оқуы (Учится) в):

орта мектепте (средней школе) --1

К Т К (П Т К) -- 2

орта арнаулы оқу орны (среднем специальном учебном
заведении) -- 3

жоғары оқу орнында (вышем учебном заведении) --4

басқалар (прочее) --5

оқымайды (не учится) --6

7. Білімі (образование):

жоғары (высшее) --1

аяқталмаған жоғары (незаконченное высшее) --2

арнаулы орта (среднее специальное)

орта мектепте бітірген сыныбының саны

ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп саналмайды

(число оконченных классов средней школы, --3

исключая школу для умственно отсталых)

9. Ауруды анықтаған негіздер (Источник выявления

заболевания) :

10. Медициналық ұйым (көрсету)(Медицинская организация (

указатъ))

11. Білім беру органдары: облыстық балалар үйі,

жасөспірімдер үйі, мектеп (профтексеру), мектеп әкімшілігі,

ЖОО, балалар үйі (Органы образования (подчеркнуть):

областной детский дом, дом юношества, школа (профосмотр),

администрация школы, ВУЗ, детский приют);

12. Құқық қорғау органдары: УИП, ГДН, ЦВИАРН, ОПМ,

ЖПБ, ТЭАЖ, УИС, Әкімшілдік сотталған тұлғаларға арналған

арнайы қабылдағыш, СИЗО (Правоохранительные органы:

УИП, ГДН, ЦВИАРН, ОПМ, УДП, СОБР, УИС,

Жұмыс орны, лауазымы (Место работы,
должность) _____

Жұмыс істемейтіндер үшін (для не

работающих):

Жасы бойынша зейнетақы (пенсия по

возрасту) - 2

Мүгедектігі бойынша зейнетақы (пенсия

по инвалидности) -3

Стипендия - 4

Жеке адамдар қолында (на иждивении

отдельных лиц) - 5

Басқалар (прочее) - 6

ақыл-ойы кемдерге арналған мектеп --4

(школа для умственно отсталых)

басқа (прочее) --5

оқымаған (не учился) --6

8. Кім жіберді (астын сызу керек) (кем

направлен (подчеркнуть)):

психиатриялық (психоневрологиялық)

ұйым - - 1

(психиатрическая (психоневрологическая)

организация)

наркологиялық ұйым (наркологическая

организация); --2

басқа медициналық ұйым (другая

медицинская организация); --3

медициналық емес ұйым (немедицинская

организация); --4

өзідігінен (самостоятельно); --5

20. АХЖ-10 бойынша диагнозы қойылып қайта қаралған күнімен.

Диагноз по МКБ-10 с датой установления и пересмотра

ойылған және (қайта қаралған) күні айы жылы Дата установления (пересмотра) месяц год	Негізгі және қосалқы сырқаттарының тұжырымдалуы Формулировка основного и сопутствующего диагноза	Негізгі диагнозының к о д ы Код основного диагноза	Қосалқы диагнозының коды Код сопутствующего диагноза

21. Қоғамға қауіпті іс-әрекеттері - болған жағдайда (бұдан әрі – ҚКІӘ)

Общественно-опасные действия – при наличии (далее – ООД)

[illegible]

*Қылмыстық құқық бұзу (Уголовное правонарушение) – 1; әкімшілік (административное) – 2; өзіне-өзі қол жұмсау (суицидальная попытка) - 3; басқа (прочее) - 8

22. Аутоозбырлық мінез-құлық - болған жағдайда (бұдан әрі –АОМ)

Аутоагрессивное поведение – при наличии (далее – АП)

№	АОМ Вид АП*	түрі	Уәжі Мотив**	Аяқталуы Исход**	Жасалған күні Дата совершения	
					а й ы месяц	ж ы л ы год

*Өзін-өзі асу (самоповешение) -1, Өзін-өзі кесу (самопорез) -2, өзін -өзі улау (самоотравление) -3, биіктіктен құлау (падение с высоты) -4, өзін-өзі ату (самострел) -5, құрамды (комбинированное)- 6, басқа (прочие) -7

** сандырақтық (бредовой)-1, ауырғыш анестезия (болезненная анестезия)-2, дауыстардың бұйыруы ("приказ голосов")- 3, наразылықтың реакциясы (реакция протеста) -4, еліктеу реакциясы (реакция имитации)-5, тұлғааралық кикілжің (махаббат) (межличностный конфликт (любовь))-6, өмірден шаршауы ("усталость от жизни")-7, аурудан шаршауы ("усталость от болезни")-8, құрамды (комбинированный)-9, басқалар (прочие)-10

***Тірі (жеңіл жарақат) (Жив (легкие травмы))-1, Тірі (ауыр жарақат) (Жив (тяжелые травмы))-2, өлді (умер)-3, тірі (жарақаты жоқ)(жив (травм нет))-4

23. Бақылау динамикасы

Динамика наблюдения

Бақылау түрі В и д наблюдения *)	Тобы **) Группа **)	Басталған мерзімі Дата начала		Аяқталған мерзімі Д а т а окончания		Бақылау түрі *) В и д наблюдения *)	Тобы **) Группа **)	Басталған мерзімі Дата начала		Аяқталған мерзімі Д а т а окончания	
		айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год			айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год

*) Бақылау түрі (вид наблюдения): диспансерлік (диспансерное) – 1; кеңестік (консультативное) – 2; профилактикалық (профилактическое) – 3;

**) Арнайы есеп (спеучет) – 8; 1-ден 6 топтарын аймақтың бас психиатрінің (наркологінің) нұсқауымен тағайындайды (с 1 по 6 группы устанавливаются инструкциями главных психиатров (наркологов) территории; белгісіз (неизвестно) – 9;

24. Алмастырғыш қолдаушы терапияны алу (Получает заместительную поддерживающую терапию) _____ жылғы _____ бастап _____ жылғы _____ дейін.

25. Алмастырғыш қолдаушы терапияны алу аяқтау себебі (Причина окончания заместительной поддерживающей терапии): 1-ерікті тоқтату (добровольное прекращение); 2- келісім-шартын бұзуға байланысты (в связи с нарушением условий контракта); 3- қылмыстық жауапкершілікке тарту (привлечение к уголовной ответственности (арест); 4-жүріп кету (выезд); 5- стационарлық емдеу (стационарное лечение); 6- өлім (смерть); 7- басқасы (прочие)

26. Дәрімен емдеу, оған алмастырғыш қолдаушы терапия препараттарын қоса (Фармакотерапия, включая препараты заместительной поддерживающей терапии)*

Дәрімен емдеу (Фармакотерапия)*

Препараттың атауы** Наименование препарата**	Басталған мерзімі Дата начала		Аяқталған мерзімі Дата окончания		Енгізудің тәсілі*** Способ введения***	Тәуліктегі ең үлкен мөлшер Максимальная суточная дозировка (мг)	Аяқталған себебі **** Причина окончания****
	айы месяц	жылы год	айы месяц	жылы год			

*) науқасқа тағайындалған барлық препараттар енгізіледі (вносятся все препараты, назначенные больному)

**)саудалық атау (торговое название)

***)бұлшық ет ішіне (внутримышечно)-1, көктамыр ішіне(внутривенно)-2, ауыз арқылы (перорально)-3

****) нәтиженің жоқ болуы (отсутствие эффекта)-1, аурудың бас тартуы (отказ больного)-2, дәрінің жоқ болуы (отсутствие препарата)-3, емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)-4, емдеу курсының аяқталуы (окончания курса лечения)-5, аллергия-6

27. Емдеудің қаламайтын құбылыстары (нежелательные явления терапии)

ЕҚК түрі* Вид НЯ*	Дәрінің атауы** Наименование препарата**	Енгізудің тәсілі Способ введения	ЕҚК жасаған мөлшерлеме Дозировка, вызвавшая НЯ (мг)

*) жедел экстрапирамидтік синдром (острый экстрапирамидный синдром)-1, гормондық бұзылыстар (гормональные нарушения)-2, ұйқышылдық(сонливость)-3, психоздық симптомдардың күшеюі (усиление психотических симптомов)-4, ішкі

мүшелер тарапынан бұзылыстар (нарушения со стороны внутренних органов)-5, аллергия-6, басқа (прочее)-7.

**)саудалық атау (торговое название)

Бақылауды тоқтатқанда толтырылады
Заполняется при прекращении наблюдения

28. Бақылауды тоқтату себебі (причина прекращения наблюдения):

жазылуы және жаксаруының тұрақталуы (выздоровление или стойкое улучшение)
--1

қайтыс болуы (смерть) -- 2

басқа ауданға көшуі (выезд в другой район) --3

бір жыл бойы мәлімет болмауы (отсутствие сведений в течение года) --4

психикалық (наркологиялық) сырқат диагнозының алынуына байланысты (в связи

со снятием диагноза психического (наркологического) заболевания --

5

осужден -- 6

басқа (прочее) -- 7

29. Қайтыс болу себебі (причина смерти):

Өзіне өзі қол жұмсауы (самоубийство)

--1

Қайғылы жағдай (несчастный случай)

--2

Басқа белгілі себептер (другие известные причины)

--8

Белгісіз (неизвестно)

--9

30. Бақылау алынған күн (дата снятия наблюдения):

күні (день) айы (месяц) жылы (год)

Дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. врача)

31. Уақытша жұмысқа жарамсыздығы туралы белгілер (жұмыстағы адамдар үшін)
Отметки о случаях временной нетрудоспособности (для работающих)

[illegible]

промышленном предприятии) – 12; күндізгі наркостационар (дневной наркостационар) – 13; түнгі наркостационар (ночной наркостационар) – 14; ықтиярынсыз емдеу нарко (принудительное лечение нарко) – 15; ЛТП – 16.

34. Келіп тұруы туралы белгілер (үйде қаралуын қоса)
Отметки о посещениях (включая посещения на дому)

[illegible]

*) 1-клиникалық көрсеткіштерді жақсарту, 2- клиникалық көрсеткіштердің төмендеуі, 3-созылмалы аурулардың ұзақтығы мен жиілігін төмендету, 4- денсаулық жағдайы өзгеріссіз. 1- улучшение клинических показателей, 2-ухудшение клинических показателей, 3-снижение частоты и длительности хронического заболевания, 4- состояние здоровья не изменилось.

35. Бір жылдық барлық келуі/Всего посещений за год

Жылы Год	Бір жылғы келулерінің саны Число посещений за год	Жылы Год	Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год	Жылы Год	Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год	Жылы Год	Бір жылда келулерінің саны Число посещений за год

36. Мүгедектік, патронаж, қамқорлық/Инвалидность, патронаж, опека

Код *)	Қойылған күні Д а т а установления		Алынған (қайта қаралған) к ү н і Дата снятия (пересмотра)		Код *)	Қойылған күні Д а т а установления		Алынған (қайта қаралған) к ү н і Дата снятия (пересмотра)	
	а й ы месяц	ж ы л ы год	а й ы месяц	ж ы л ы год		а й ы месяц	ж ы л ы год	а й ы месяц	ж ы л ы год

*) Мүгедектігі 1 топ (Инвалидность 1 группы) – 1; мүгедектігі 2 топ (инвалидность 2 группы) – 2; мүгедектігі 3 топ (инвалидность 3 группы) – 3; баланың мүгедектігі (инвалидность ребенка) – 4; патронаж – 5; қамқорлық (опека) – 6; жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (1 және 2 топ) (инвалидность по общему заболеванию (1 и 2 группы)) – 7; жалпы ауруы бойынша мүгедектігі (3 топ) (инвалидность по общему заболеванию (3 группы)) – 8.

37. Жұмыс ішкі істер органдары/Работа с органами внутренних дел

Хабарламаны жіберу күні Дата отправки извещения	Жауаптың алынған күні Дата получения ответа	Дата явки Келу күні

38. Үйдегі патронат /Патронирование на дому

Берілген күні Дата выдачи патронажа	патронаж	Орындалу күні Дата выполнения патронажа	патронаж

Форма

А4 форматы Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша Код организации по ОКПО	ұйым	коды _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 030-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а 0 3 0 - 6 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ДИСПАНСЕРЛІК БАҚЫЛАУДЫҢ ТЕКСЕРУ КАРТАСЫ (онко)
КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (онко)
 № _____

02. Тегі (Фамилия) _____ Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

03. Туған күні (Дата рождения): / ____ / ____ / ____ кк/аа/жжжж (чч/мм/гггг)

04. Жынысы (Пол): 1 – ер (мужской); 2 – әйел (женский)

05. Ұлты (Национальность) _____

06. Тұрғын (Житель): 1 – қалалық (города); 2 – ауылдық (села)

07. Тұрақты мекенжайы (Адрес постоянного места жительства): обл.

_____, аудан (район) _____

елді мекен (нас. пункт) _____, көше

(улица) _____, үй (дом) № _____, пәтер (кв.) № _____,

тел. _____

08. Кәсібі (Профессия): _____

09. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз)_____

09.1 (C81-96) –нұсқалықтық көрсету (указать вариантность):-L1; -L2; -L3; -L4;

L5; -M0; -M1; -M2; -M3; -M4; -M5; -M6; -M7

09.2 (C81-96) Қауіп тобы (Группа риска): 1 – стандартты (стандартная); 2 – жоғары (высокая);

09.3 Тиістілігі (Резистентность): 1-алғашқы (первичная), 2-екінші (вторичная);

09.4 Қосалқы аурулары (Сопутствующие заболевания)_____

_____АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)

_____АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)

_____АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)

_____АХЖ-10 шифры (шифр МКБ-10)

10. Ісік топографиясы (Топография опухоли):_____

АХЖ-О шифры (шифр МКБ-О)_____

11. Ісіктің морфологиялық түрі (Морфологический тип опухоли): _____

АХЖ-О шифры (шифр МКБ-О)_____

12. Ісік процесінің кезеңі (Стадия опухолевого процесса):

13. TNM жүйесі бойынша ісіктің таралуы (Распространенность опухоли по системе

TNM):_____

14. Алыс метастаздардың орналасуы (Локализация отдаленных метастазов):

15. Диагнозды растау әдісі (тек бір негізгі әдісті көрсетіңіз) (Метод подтверждения

диагноза) (указать только один основной метод): 1- морфологиялық (морфологический);

2-цитологиялық (цитологический); 3-рентгенологиялық (рентгенологический); 4-изотоптық

(изотопный); 5-эндоскопиялық (эндоскопический); 6-УДЗ (УЗИ); 7-КТ (ЯМР); 8-тек

клиникалық (только клинический); 9-мәйітті ашу (вскрытие); 10 – ИГХ (ИГХ);

11-миелограмма; 12-иммунофенотиптеу (иммунофенотипирование); 13-иммунологиялық

(иммунологический); 14- цитогенетика (цитогенетика); 15 –цитохимия (цитохимия); 16 -

қандағы/несептегі М-градиент (М-градиент в крови/моче); 17 -көпше миеломедегі Lg (Lg пр

множественной миеломе); 18 – Зертханалық диагностика (Онкомаркерлер) (Лабораторная

диагностика (Онкомаркеры); 19 – ПЭТ-КТ;

16. Ісіктің анықталу жағдайы (Обстоятельства выявления опухоли): 1- өздігінен қаралды

(обратился самостоятельно); 2- әйелдерді (ерлерді) қарау бөлмесінде (в женском

(мужском) смотровом кабинете); 3-профилактикалық қараудың басқа түрлерінде (при других

видах профосмотров); 4- басқа жағдайларда (при других обстоятельствах).

17. Кеш диагностикалау себептері (Причины поздней диагностики): 1- ауру ағымының

астыртын жүруі (скрытое течение болезни); 2- дер кезінде қаралмауы (несвоевременное

обращение); 3- тексеруден бас тартуы (отказ от обследования);

4- толық тексерілмеуі (неполное обследование); 5- дер кезінде диспансерленбеуі

(несвоевременная диспансеризация);

6- клиникалық қате (ошибка клиническая); 7- рентгенологиялық қате (ошибка

рентгенологическая); 8-морфологиялық қате (ошибка морфологическая); 9- басқа

мамандардың қатесі (ошибка других специалистов) _____

қандай маманның қатесі екенін көрсетіңіз (указать какого).

18. Диагноз қойылған күн (Дата установления диагноза): / ____ / ____ / ____ (кк/аа/жжжж)

(чч/мм/гггг)

19. Есепке алынған күні (Дата взятия на учет): / ____ / ____ / ____ / (кк/аа/жжжж)

(чч/мм/гггг)

20. Есепке алынды (Взят на учет): 1-бірінші рет анықталған диагнозымен (с диагнозом,

[illegible]

23. Есептен шығарылды (Снят с учета): / ____/ ____/ ____/ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг).

24. Себебі (По причине): 1-басқа жаққа кетуі (выезд); 2- диагноз расталмады (

не подтвержден); 3-тері обыры (рак кожи (базалиома)); 4- қайтыс болды (умер);

5- беймәлім кеткен (нет сведений); 6-сауығу (выздоровление).

25. Қайтыс болу себебі (Причина смерти) _____АХЖ-10
шифры (шифр

МКБ-10) _____

26. Аутопсия: 1 – өткізілмеді (не проводилась); 2 – өткізілді (проводилась); 3 –

өткізілді, нәтиже белгісіз (проводилась, результат неизвестен).

27. Емдеу туралы мәліметтер (Сведения о лечении):

Емдеу түрі Вид	Бастал- ған күні	Аяқ- талған күні Дата	1 - стаци- онарлық стаци- онарно; 2 -	1 - диспан- серде диспан- сере 2-басқа мекеме- де в	Емдеу түрі Вид	Бас- талған күні	Аяқ- талған күні Дата	1 - стаци- онарлық стаци- онарно; 2 -	1 - дис- пан- серде в диспа- нсере 2 - басқа мекеме- де

лече- ния *)	Дата начала	окон- чания	амбула- тория- л ы қ амбула- торно	других органи- зациях 3 - ОжРҚҒЗИ в КазНИИОиР	лече- ния *)	Дата начала	окон- чания	амбула- ториялық амбула- торно	в других орга- низа- циях 3 - ОжРҚҒЗИ в КазНИИОиР

*) 1- хирургиялық (хирургическое); 2 - сәулелік (лучевое); 3 - химиятерапиялық

(химиотерапевтическое); 4 - біріктірілген (хирургиялық+ сәулелік)
комбинированное

(хирургическое+лучевое)); 5 – кешенді (5.1-хирургиялық+химиятерапиялық, 5.2-

хирургиялық+ химиятерапиялық+ сәулелік) комплексное (5.1-хирургическое+
химиотерапия,

5.2- хирургическое+химиотерапия+лучевое); 6-химиясәулелі (химиолучевое);

7-симптоматикалық (симптоматическое); 8- гормондық терапия (гормонотерапия);
9-иммундық

терапия (иммунотерапия); 10 – таргеттік терапия (таргетная терапия).

28. Өткізілген операциялар (аты) Проведенные операции (название):

_____АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 _____күні (дата)____/____/_____(кк/аа/жжжж)(чч/
мм/гггг) _____АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 _____күні(дата)____/____/_____(кк/аа/жжжж

) (чч/мм/гггг) _____ АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 _____ күні (дата) ____/____/____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

_____ АХЖ-9 шифры (шифр МКБ-9 _____ күні (дата) ____/____/____ (кк/аа/жжжж) (чч/мм/гггг)

29. Сәулелеу тәсілі (Способ облучения): 1- ара қашықтықтық (дистанционное); 2- жабық

сәуле көздерімен (закрытыми источниками); 3- ара қашықтықтық + қуыс ішілік

(дистанционное + внутриполостное); 4 – ара қашықтықтық + тін ішілік (дистанционное+

внутриклеточное); 5- қуыс ішілік (внутриполостное); 6- тін ішілік (внутриклеточное).

30.Сәулемен емдеу түрі (Вид лучевого лечения):1-рентгендік терапия (рентгенотерапия);

2- жоғарғы энергиялардың тежегіштік сәулеленуі (тормозное излучение высоких энергий);

3-гамматерапия; 4- жылдам электрондар (быстрые электроны).

31. Сәулелеудің ошақтық қосынды дозасы (Суммарная очаговая доза облучения (Гр)): ісікке

(на опухоль) ____; метастаздарға (на метастазы); ____ аймағындағы лимфа түйіндеріне (на

регионарные лимфоузлы) ____ ісікке (на опухоль) ____; метастаздарға (на метастазы); ____

аймағындағы лимфа түйіндеріне (на регионарные лимфоузлы) ____ ісікке (на опухоль) ____;

метастаздарға (на метастазы); ____ аймағындағы лимфа түйіндеріне (на регионарные лимфоузлы) ____

32. Пайдаланылған дәрілік препараттар (Используемые лекарственные препараты):

тек амбулаториялық науқастар мен мемлекеттік сатып алу бойынша алынған препараттарды

белгілеңіз (отмечать только для амбулаторных больных и препараты по гос.закупу)

Қабылдау басталған күн Дата начала приема	Препараттың атауы Наименование препарата	Қабылдау аяқталған күн Дата окончания приема	Өлшем бірлігі Ед. измерения	Қосынды доза Суммарная доза	Қабылдау басталған күн Дата начала приема	Препараттың атауы Наименование препарата	Қабылдау аяқталған күн Дата окончания приема	Өлшем бірлігі Ед. измерения	Қосынды доза Суммарная доза

33. Химиялық терапия курстары өткізілді (белгілеңіз) (Проведено курсов химиотерапии)

(отметить)): 1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12

33.1 В гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита В): - химия терапияға дейін (до

химиотерапии); -химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); -химия терапиядан кейін

(После химиотерапии)

33.2 С гепатитінің бар болуы (Наличие гепатита С): - химия терапияға дейін (до

химиотерапии); -химия терапия кезінде (На фоне химиотерапии); -химия терапиядан кейін

(После химиотерапии)

34. Алғашқы ісікке жүргізілген ем (Проведенное лечение первичной опухоли): 1- радикалды

(радикальное);

2-паллиативтік (паллиативное); 3-симптоматикалық (симптоматическое);

35. Жүргізілген ем туралы мәліметтер (Сведения о проведении лечения): 1 – емді

жалғастыруда (продолжает лечение); 2- науқастың емделуден бас тартуы (отказ больного от

лечения); 3- арнайы ем жүргізуге соматикалық қарсы көрсетімдер (соматические

противопоказания к проведению спец. лечения); 4-емдеуді аяқтады (закончил лечение); 5-арнайы ем жүргізу кезінде дерттің үдеуі (прогрессирование на фоне спец. лечения);

6-ем жүргізілмеді (лечение не проводилось).

36. Науқас жағдайы туралы деректер (Данные о состоянии больного):

Қаралу мезгілі (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келді (күні, айы, жылы) Явился (число, месяц, год)	Ісік процесінің жағдайы Состояние опухоли в о г о процесса *)	Пациенттің жалпы жағдайы Об щ е е состояние пациента**)	Қаралу мезгілі (күні, айы, жылы) Назначено явиться (число, месяц, год)	Келді (күні, айы, жылы) Явился (число, месяц, год)	Ісік процесінің жағдайы Состояние опухоли в о г о процесса *)	Пациенттің жалпы жағдайы Об щ е е состояние пациента**)

*) 1 - аурудың қайталануынсыз және метастазсыз (без рецидива и метастазов); 2 - жеке

орналасқан ісік (локальная опухоль); 3 - ағза ауруының қайталануы (органный рецидив);

4 - аурудың ағзадан тыс қайталануы (внеорганный рецидив); 5 - бірлі-жарым метастаз

(единичный метастаз); 6 - көп санды метастаздар (множественные метастазы); 7 - алғашқы

ісіктің дамуы (прогрессирование первичной опухоли); 8 - жүйелік аурудың бәсеңдеуі

(ремиссия системного заболевания); 9 - жүйелік аурудың дамуы (прогрессирование

системного заболевания); 10 - жаңа алғашқы ісік анықталды (выявлена новая первичная

опухоль); 11-толық клиникалық-гематологиялық ремиссия (полная клинико-гематологическая

ремиссия); 12 - қайталану (рецидив); 13 - жартылай клиникалық-гематологиялық ремиссия

(частичная клинико-гематологическая ремиссия).

**) 1 - еңбекке толық қабілетті (полностью трудоспособен); 2 – жеңіл жұмысқа қабілетті

(способен к легкой работе); 3- уақытының 50% төсекте өткізеді, шектелген жеңіл жұмысқа

қабілетті (до 50 % времени проводит в постели, способен к ограниченному легкому труду);

4 - уақытының 50%-нан артығын төсекте өткізеді, өзіне қызмет көрсете алады (более 50 %

времени проводит в постели, способен обслуживать себя); 5 - төсек тартып жатқан науқас,

үнемі басқа адамның көмегіне мұқтаж (лежачий больной, постоянно нуждается в посторонней

помощи); 6 - тірі, жағдайы белгісіз (жив, состояние неизвестно).

37. Есептік жылдың аяғындағы жағдайы (Состояние на конец отчетного года)

№	Күні (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год)	жыл аяғында на конец года		№	Күні (күні, айы, жылы) Дата (число, месяц, год)	жыл аяғында на конец года	
		Клиника- лық топ (клиниче- ская группа)	1-тірі (жив); 2 - қайтыс болды (умер); 3 - басқа жаққа кетті (выехал); 4 - есептен шығарылды (снят с учета); 5-беймәлім кеткен (нет сведений)			Клини- калық топ (клини- ческая группа)	1-тірі (жив); 2- қайтыс болды (умер); 3-басқа жаққа кетті (выехал); 4- есептен шығарылды (снят с учета); 5-беймәлім кеткен (нет сведений)
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

38. Негізгі ауруы бойынша мүгедектігі (Инвалидность по основному заболеванию):

1 – 1-топтағы мүгедек (инвалид 1-й группы); 2 – 2-топтағы мүгедек (инвалид 2-й группы);

3 – 3-топтағы мүгедек (инвалид 3-й группы); 4 – мүгедектігі жоқ (нет инвалидности).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 031/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 031/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 031/у с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу

КІТАБЫ

КНИГА

записи вызовов врачей на дом

за) 20__ жылы бойынша (год) _____

Ескерту: әр терапевтік (педиатрлық) учаске, отбасылық дәрігерлік амбулатория бойынша

(Примечание: По каждому терапевтическому (педиатрическому) участку, семейным и врачебным амбулаториям))

Р/с № п/п	Шақырту күні және сағаты Дата и время вызова	Наукастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Адрес	Учаске № Участок №	Шақырту себебі По какому поводу сделан вызов
1	2	3	4	5	6	7

№ 031/е н. артқы беті

Разворот ф. № 031/у

Шақырту бірінші рет, қайталап, карау белсенді Вызов первичный, повторный, посещение активное	Шақырту орындалған күні Дата выполнения вызова	Шақыртуды к і м орындады К е м выполнен вызов	Шақыртуды орындаған адамның қолы Подпись выполнившего вызов	Диагноз	Көрсетілген көмек, науқас қайда жолданды (кезек күттірмейтін көмек алуға) Оказанная помощь, куда больной направлен (для неотложной помощи)
8	9	10	11	12	13

Примечание. В медицинских организациях, имеющих автоматизированные рабочие места медицинских работников, книга ведется в электронном виде.

При ведении книги в электронном виде в день регистрации вызова записи о вызове присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 032/е нысаны медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 032/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Үйде босануға көмектесуді жазу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
записи родовспоможения на дому

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталуы (начат)

20__ жылғы(года) " __ " _____ аяқталуы (окончен)

Журналда, медперсоналдың көмегінсіз үйде

босанып, соңынан ана мен бала перзентханаға

жатқызылмай, оларды осы емдеу ұйымының

дәрігері немесе акушері үйінде қараған

оқиғаларға бірнеше бет арналады.

В журнале отводится несколько страниц для

записи родов на дому, прошедших без помощи

медицинского персонала, после которых мать

и ребенок не были госпитализированы, и их

посещали на дому врач или акушерка данной

лечебной организации.

Р/с				Босануға к і м көмектесті	Босану (ерекшілектері , көрсетілген жәрдем	Особенности	Босану мерзімінде	Нәресте туралы м		
								Сведения о новорожденном		
				Босануы : (күні, айы, сағат, минут)	: дәрігер, акушер (жазып тегін көрсетіңіз)			туды (тірі, өлі)		

№ п/п	ТАӨ ФИО	Туған күні Дата рождения	Тұрақты мекенжайы Постоянное место жительства	Дата родов (число, месяц, час, минута)	Кем оказана помощь в родах: врачом, акушеркой (вписать и указать фамилию)	течения родов, оказанное пособие	немесе мерзімінен бұрын Роды в срок или преждевременные	родился (живой, мертвый)	жынысыпол	Салмағы Масса вес) (гр)
1	2	3	4	5	6	7	8		9	10

продолжение таблицы

Гонобленнорея профилактикасы жасалды (ия, жоқ, не мен) Профилактика гонобленнореи произведена (да, нет, чем)	Туберкулезге қарсы егілуі,екпе, күні, мөлшері, препараттың сериясы Вакцинация против туберкулеза, прививка, дата, доза , серия препарата	Ауруханаға (перзентханаға) жатқызылуы туралы белгі – қайда, қашан екенін көрсетіңіз Отметка о госпитализации в больницу (роддом) - указать куда и дату	Босанудан кейінгі кезеңде қарау, босанған әйелдің жағдайы туралы белгілер Отметка о посещениях в послеродовом периоде, состояние родильницы	Ескерту Қосымша деректер Примечания Дополнительные данные
12	13	14	15	16

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 037/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 3 7 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Стоматологиялық емхананың, бөлімшенің, бөлменің
стоматолог - (тіс) дәрігерінің жұмысын күнделікті есепке алу
ПАРАҒЫ
ЛИСТОК
ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача)
стоматологической поликлиники, отделения, кабинета**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты

(фамилия, имя, отчество врача)

Р/с № № п/п	Пациентті қабылдау уақыты Время приема пациента	Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество пациента	Туған күні Дата рождения	Толық жасы Число полных лет	Мекенжайы, амбулаторлық картасының № Адрес, № амбулаторной карты	Тегін медициналық көмектің кепіл берілген көлемі шеңберінде жеңілдігі бар контингенттер Льготные контингенты в рамках гарантированного объема	Басқа қалалықтар

						бесплатной медицинской п о м о щ и	Иного родные
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

Оның ішінде тегін медициналық көмектің кепіл берілген көлемі шеңберінде жеңілдігі бар контингенттер Из них льготные контингенты в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи	Алғашқы рет қабылданғандар Первично принятые	Диагноз	Емдеу жалғасуда Продолжает лечение	Іс жүзінде атқарылған жұмыс көлемі Факт. вып. объем работы	Емдеу аяқталды Закончено лечение	ЕШБ (енбектің шартты бірлігі) УЕТ (условные единицы труда)	Жұмыстың құны Стоимость работы
9	10	11	12	13	14	15	16

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

№ 037/е н. толтыру туралы нұсқау

"Парақ" тіс дәрігерінің бір күн ішінде жүргізген жұмыстарын есепке алу үшін қолданылады.

Парақ бағандары өз аттарына сәйкес толтырылады.

10 - бағанда алғашқы келуі көрсетіледі. Келу мақсатына қарамастан емдеу ұйымына (стоматологиялық) осы календарлық жылда бірінші рет келген адам бірінші келген болып саналады.

Егер қабылдау учаскелік принцип бойынша жүргізілетін болса, 6 - бағанда тіркелген учаскеден келген пациенттерге "У" белгісі қойылады.

Басқа қалалардан келген пациенттерді қабылдаған жағдайда, 8 - бағанда, қалалықтар - "Қ", ауылдықтар – "А" белгісімен белгіленеді.

Жарықтан қатаятын материалдан қойылған пломбылар мен бір сеанс кезінде емделінген асқынған тісжегі 13 - бағанда қосымша белгілер арқылы бөлінеді.

14 - бағанда тістер санына қарамастан нақты нозологиялық форма бойынша емделуі аяқталған пациенттер есепке алынады. Мұндайда қандай диагноз жөнінде емдеу аяқталғанын келесі шартты белгілермен атап өту арқылы: тісжегі – ТЖ, РЛ – пульпит, РТ – периодонтит, Пз – парадонтит, Г – гингивит және т.б. көрсетіледі. Сонымен қатар 14 - бағанда профилактикалық жұмыстары бойынша санация жасалынған пациенттер жазылады. Санация жасалынған болып ауыз қуысы хирургиялық немесе терапиялық жолмен сауықтырылған адамдар саналады.

Указания по заполнению ф. № 037/у

"Листок" служит для учета работы врача-стоматолога, проводимой им в течение одного дня.

Графы листка заполняются соответственно их наименованию.

В графе 10 - указывается первичное посещение. Первичным считается пациент, впервые обратившийся в лечебную организацию (стоматологическую) в календарном году, независимо от цели обращения.

В графе 6, если прием ведется по участковому принципу, пациентам с приписного участка проставляется обозначение "У".

В случаях приема иногородних пациентов в графе 8 отмечается к городским – “Г” или сельским жителям “С” - относится пациент. Пломбы из светоотверждаемого материала, а так же по поводу осложненного кариеса, леченного в один сеанс, в графе 13 – выделяются дополнительными символами.

В графе 14 – учитываются пациенты, которым закончено лечение по поводу конкретной нозологической формы, независимо от количества зубов.

При этом указывается условное обозначение диагноза, по поводу которого закончено лечение всех зубов с данной патологией, - С – кариес, РІ – пульпит, Рt – периодонтит, Пз – пародонтит, Г – гингивит и т.д. Одновременно в графу 14 вносятся санированные пациенты из профилактической работы.

Санитарным считается лицо, которому закончено хирургическое и терапевтическое оздоровление полости рта.

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 037-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 037-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Ортопед (ортодонт) стоматолог-дәрігерінің күнделікті жұмысын есепке алу

ПАРАҒЫ*

ЛИСТОК*

ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ортодонта)

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____

дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты

(фамилия, имя, отчество врача)

Р/с № №п/ п	Қабылдау уақыты Ч а с ы приема	Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество пациента	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы, амбулаторлық карта № Адрес, № амбул. карты	Басқа қалалықтар Иногородние
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Наряд № № наряда	Келуінің реттік № Порядковый № посещения	Диагноз	Жүргізілген ем немесе оның сатылары Проведенное лечение или его этап	Халық тобы Группа населения	Емдеу аяқталды, к е н е с Лечение закончено, консультация	Жұмыстың құны Стоимость работы
7	8	9	10	11	12	13

* "Парақ" дәрігердің бір күндік жұмысбастылығын көрсететін құжат.

6 - бағанда "Қ" - қала тұрғыны, "А" - ауыл тұрғыны белгілерімен толтырылады.

7 - бағанда тістехникалық зертханада жұмыстың орындалуын бақылау мақсатымен наряд нөмірі көрсетіледі.

8 - бағанда пациенттің дәрігерге нешінші рет қаралуы көрсетіледі.

11 - бағанда протез салдырушы: зейнеткер – "З", Ұлы Отан соғысының мүгедегі – "ҰОСМ" және т.б. белгілермен декреттелген (заңдастырылған) топ белгіленеді, егер пациент декреттелген топқа жатпаса, онда бағанға – сызықша қойылады.

12 - бағанда ауыз қуысын толық протездеуді (тіс қатарларының барлық ақаулары орнына келтірілген) бітірген адамдар туралы деректер жазылады. Жұмыс күнінің қосынды деректері ортопед-дәрігердің біріктірілген ведомосындағы айдың күніне сәйкес жолына жазылады.

* "Листок" - является первичным документом, отражающим загруженность одного рабочего дня врача

Графа 6 – заполняется символами "Г" - житель города, "С" - житель села.

В графе 7 – указывается номер наряда, с целью контроля за исполнением работы в зуботехнической лаборатории

В графе 8 – указывается какое по счету посещение пациент находится у врача

Графа 11 - указывает декретированную группу к которой принадлежит протезируемый, "П" - пенсионер, "ИОВ" и т.д.,

если пациент не принадлежит к декретированному контингенту, в графе ставится прочерк

Графа 12 - содержит сведения о лицах, закончивших полное протезирование полости рта (восстановлены все дефекты зубных рядов).

Суммарные данные за рабочий день вносятся в сводную ведомость врача-ортопеда (ортодонта) в строку, соответствующую данному числу месяца.

Дәрігердің қолы (Подпись врача)_____

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Емханада (амбулаторияда), диспансерде,
консультацияда, үйде науқастарды қарауды есепке алу**
ВЕДОМОСЫ
ВЕДОМОСТЬ
учета посещений в поликлинике (амбулатории),
диспансере, консультации и на дому

Сноска. Форма № 039/у с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти

календарных дней после дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Денсаулық пунктiнiң, фельдшерлiк-акушерлiк пункттiң
орташа медициналық персоналына қаралуды есепке алу**

ВЕДОМОСЫ

ВЕДОМОСТЬ

учета посещений к среднему медицинскому персоналу

здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта

(за) 20__ жылы(год) _____ бойынша.

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Барлық меншік нысанындағы стоматологиялық ұйымдарда
стоматолог дәрігердің терапевтік және хирургиялық
қабылдаулар жұмысының
ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ
СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
ежедневного учета работы врача-стоматолога
терапевтического и хирургического приемов
стоматологических организаций всех форм собственности**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Формат А4

**Стоматолог – ортодонт дәрігердің жұмысын есепке алудың
ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ
СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета работы врача-стоматолога-ортодонта**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А3 форматы

Формат А3

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 039-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 039-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Стоматолог-ортопед дәрігердің жұмысын есепке алудың
ЖИЫНТЫҚ ВЕДОМОСЫ
СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
учета работы врача-стоматолога-ортопеда**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 040/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 040/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 040/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 043/е медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 043/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 043/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по

истечения десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Стоматологиялық науқастың медициналық картасы
Медицинская карта стоматологического больного
№ _____ 20 _____ жылы (год)

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____ ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Туғанкүні (Дата рождения) _____ Жынысы (е, ә) (Пол (м, ж)) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Кәсібі (Профессия) _____

Диагноз _____

Шағымы (Жалобы) _____

- - - - -

— — — — —

[illegible]

[illegible]

Тістем (прикус)

Ауыз қуысының, қызыл иектің жылбысқы қабықтарының, альвеолалық өскіндер мен таңдай жағдайлары
(Состояние слизистой оболочки полости рта, десен, альвеолярных отростков и неба)

[illegible]

Күні Дата	Анамнез, статус, диагноз және қайта сырқаттанып келгендегі емделу к ү н д е л і г і Д н е в н и к анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторным заболеванием	Емдеуші дәрігердің тегі Фамилия лечащего врача

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____ Бөлімше меңгерушісі (Заведующий отделением) _____

Емделуі

(Лечение) _____

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Күні Дата	Анамнез, статус, диагноз және қайта сырқаттанып келгендегі емделу күнделігі Дневник анамнез, статус, диагноз и лечение при обращении с повторным заболеванием	Емдеуші дәрігердің тегі Фамилия лечащего врача

Тексеру жоспары План обследования	Емдеу жоспары План лечения	Кеңестер Консультации	Орындаушы Исполнитель	Тапсырыс беруші Заказчик	Емдеубағасы Стоимость лечения

Стоматологиялық қабылдауда баланың зерттеу жоспары/
План обследования ребенка на стоматологическом приеме

I. Сыртқы пішінді сыйпаттау:			
I. Внешний осмотр:			
1. Бойын ұстау – А-қалыпты; Б-аркасы Тегіс; В-бүкіреген; Г-аркасы жоталы; Д-бойын ұстауы енжар			
1. Осанка – А-норма, Б-сплошная спина, В – сутуловатость, Г-круглая спина, Д - вялая осанка.			
2. Бет – А-түзу; О – екі жағы тең; В – екі жағы тең емес; Г – еріннің, қызыл иектің дамуында кемшіліктер бар; Д – өзге құбылыстар пайда болған.			
2. Лицо-А-пропорциональное; О-симметричное; В-асимметричное; Г-имеются пороки развития губ, неба; Д-новообразования.			
3. Зиянды әдеттер: А-саусағын, тілін, басқа заттарды сору; Б-ернін, ұрттарын тістелеу; В-ұйықтаған және ояу кезінде жұдырығын ұртының астына салу.			
3. Вредные привычки-А-сосание пальцев, языка, предметов, Б-прикусывание губ, щек; В-подкладывание кулочка под щеку во время сна, бодрствования.			
II. Атқаратын қызметінің байқауы:			
II. Изучение функций:			
1. Дем алу-А-мұрнымен, Б-аузымен, В-аралас.			
1. Дыхание-А-носовое; Б-ротовое; В-смешанное.			
2. Шайнау-А-белсенді; Б-енжар; В-қиындықпен.			
2. Жевание-А-активное; Б-пассивное; В-затруднено.			
3. Жұтыну-А-еркін; Б-дамымағын; В - қиындықпен.			
3. Глотание-А-свободное; Б-инфактильное; В-затруднено.			
4. Сөйлеу-А-аңқы; Б- қиындықпен, В-дыбыстарды айтқанда тұтығу.			
4. Речь-А-ясная; Б-затрудненная; В-спотыкание при произношении звуков.			
5. Еріндердің айкасуы-А-айқасқан; Б-айқаспаған.			
5. Смыкание губ – А-сомкнуты; Б-не сомкнуты			
III. Стоматологиялық мәртебе:			
III. Стоматологический статус:			
1. Аймақтық лимфа түйіндерді-А-ұйғалмаған, Б-қозғалмалы, В-ауырмайды, Г-ұлғайған, Д-біріккен, Е - а у ы р а д ы .			
1. Регионарные лимфоузлы-А-не увеличены; Б-подвижны; В-болезненны; Г-увеличены; Д-спаяны, Е-болезненны.			
2. Ауыз маңы-А-еріндер қозғалмалы, Б- аз қозғалады.			
2. Приротовая область-А-губы подвижны; Б- мало подвижны.			
3. Ауыз қуысының алды-А-уақ (5мм дейін), Б-орташа (5-10мм), В-терең (10мм артық).			
3. Предварие полости рта – А-мелкое (до 5мм), Б-среднее (5-10мм), В-глубокое (более 10мм).			
4. Үстінгі ерін жүгеншесі-А-қалыпты, Б-өлшемі қалыптан ауытқыған, В-бекітілуі қалыптан ауытқаған.			
4. Уздечка и губы –А-нормальная, Б-аномалии размеров, В-аномалии прикрепления.			
5. Тіл жүгеншесі-А-қалыпты, Б-өлшемі қалыптан ауытқыған, В-бекітілуі қалыптан ауытқаған.			
5. Уздечка языка –А-нормальная, Б-аномалии размеров, В-аномалии прикрепления.			

6. Ауыз қуысының шырышты қабығы-А-сулы, Б-құрғақ, В-сәл қызыл, Г-ашық қызыл.	
6. Слизистая полости рта-А-влажная, Б-сухая, В-розовая, Г- гиперемированная.	
7. Қызыл иек маңы-А-тығыз жанасқан,Б-тістен алыстаған,В-ашық қызыл,Г-босансыған, Д-сәл қызыл.	
7. Десневой край-А-плотно прилегает; Б-отходят от шеек зубов; В-гиперемированна; Г-разрыхлен; Д-розовый.	
8. Тіл- А-сәл қызғылт, Б-сулы, В-қатпарлы, Г-тегіс, Д-қапталған, Е-эпителий десквамациясының ошағы.	
8. Язык - А-розовый, Б-влажны, В-складчатый, Г-гладкий, Д-обложен, Е-очаги десквамации эпителия.	
9. Тіс қатарының түрі-А-жартылай дөңгелек, Б-трапеция тәрізді, В-эллипс тәрізді.	
9. Форма зубного ряда-А-полукруглая, Б-трапецивидная, В-эллипсовидная.	
10. Жақ-А-қалыпты, Б-үстінгі диастемасы, В-трем бар, Г-трем жоқ, Д-алға ерін жаққа, Е- тіс таңдай жаққа, Ж-тіс қатарының тарылуы, тістердің үйірілуі.	
10. Состояние челюстей-А-норма, Б-диастема в челюсти, В-наличие трем, Г-отсутствие трем, Д-протруссия, Е-ретруссия, Ж-сужение зубных рядов, скученность зубов.	
11. Жактардың тістеуі-А-ортогонатиялық, Б-терең, В-прогения, Г-прогнотия, Д-айқасқан.	
11. Соотношение челюстей-А-ортогнатический, Б-глубокий, В-прогения, Г-прогнотия, Д-перекрестный.	
12. Тістердің орналасуының ауытқуы –А-жоқ, Б-вестибулярды, В-таңдайлы, Г-тілде.	
12. Аномальное положение зубов-А-отсутствие, Б-вестибулярное, В-небное, Г-язычное.	
13. Тістердің шығуы-А-қалпында; Б-ерте шыққан, В-кеш шыққан, Г-қосарланған, Д-қосарланбаған.	
13. Прорезывание зубов-А-норма, Б-прждевременное, В-запоздалое, Г-парное, Д-непарное.	
14. Тістің түсі-А-ақ түсті, Б-сары, В-күрең.	
14. Состояние тканей зуба-А-цвет белый, Б-желтый, В-серый.	
15. Тістердің пішіні-А-дұрыс, Б-өзгерген	
15. Форма зуба-А-правильная, Б-измененная.	
16. Кариоздық емес бұзылулар-А-жоқ, Б-гиперплазия, В-гипоплазия кариеспен асқынған, Г-кариеспен қосылған гипоплазия, Д-аплазия, Е-флюороз.	
16. Некариозные поражения-А-отсутствуют, Б-гипоплазия, В-гипоплазия осложненная кариесом, Г-гипоплазия в сочетании с кариесом, Д-аплазия, Е-флюороз.	
17. Деминерализация ошағы-А-табылды, Б-жоқ.	
17. Очаги деминерализации-А-выявлены, Б-отсутствуют.	
18. К а р и е с т ің е р ш у - К П - К П Ж .	
18. Интенсивность кариеса-КП-КПУ.	
19. Ауыз қуысының гигиеналық жағайы – ГЖ.	
19. Гигиеническое состояние полости рта – ГИ	
20. Стоматикалық топ –А-I, Б-II, В-III.Г-IV, Д-V.	
20. Стоматическая группа здоровья – А-Iгр., Б-IIгр.,В-IIIгр, Г-VI гр., Д-V гр.	
21. Стоматологиялық диспансерлік топ - А-I, Б-II, В-III.	
21. Стоматологическая диспансерная группа - А-I, Б-II, В-III.	

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасының
қ о с ы м ш а п а р а ғ ы
Вкладной лист к медицинской карте
амбулаторного пациента

М е к т е п о қ у ш ы с ы н ы ң
с а н а ц и я л ы қ к а р т а с ы

Санацияна _____ карта
20____жылғы (года) "_____" _____

шкoльниkа

Тегі, аты, әкесінің аты (болғанжағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)

ЖСН (ИИН) _____

Туғанкүні (Дата рождения) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

Мектеп (Школа) № _____ бала-бақша (детсад) № _____ ұйым (организация) _____

Тұрмыс жағдайы мен тамақтану сипаттамасы (Условия быта и характер питания) _____

Бастан өткерген аурулары (Перенесенные заболевания) _____

Қазіргі денсаулық жағдайы (Состояние здоровья в настоящее время) _____

Жеке тістердің және тістемнің аномалиялары (Аномалии отдельных зубов и прикуса)_____

Гипоплазия, ретенция, адентия _____

Тіс тасының жиналуы (Отложения зубного камня)_____

Ауыз қуысының жылбысқы қабығының жағдайы (Состояние слизистой оболочки
п о л о с т и р т а)

Мұрын-жұтқыншақ жағдайы (Состояние носоглотки)_____

Алғашқы қарау кезіндегі диагнозы (Диагноз при первичном осмотре)_____

Дата и результаты осмотра

Сынып Класс	Оқу жылының 1-ші жарты жылдығы 1-е полугодие учебного года				Оқу жылының 2-ші жарты жылдығы 2-е полугодие учебного года			
	тазалау күні дата санации	пломбалар салынды наложено пломб	тістер жұлынды удалено зубов	тазалауды кажет етпейді н е нуждается всанации	тазалау күні дата санации	пломбалар салынды наложено пломб	тістер жұлынды удалено зубов	тазалауды кажет етпейді н е нуждается всанации
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

Тіс Уход вписать	күтімі за	жазыңыз зубами	V IV III II I	Профилактикалық-шаралардың сипаттамасы(жазыңыз) Характеристика профилактических мероприятий (вписать)						
Қарау Дата осмотра	күні									
			8							
			7							
			6							
			5							
			4							
			3							
			2							
			1							
			1							
			2							
			3							
			4							
			5							

КАРТА

обратившегося за антирабической помощью

20__ жылы(год) _____

Қаралу күні (Дата обращения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон) _____

4. Жұмысы мен жұмыс орны, телефон № (Занятие и адрес места работы,

№ телефона) _____

5. Тістеу, тырнау, сілекей жағылу күні (астын сызыңыз және жазыңыз)

(Дата укуса, оцарапания, ослонения (подчеркнуть и вписать))

6. Тістелгені туралы қай емдеу ұйымына қаралды және қашан

(В какую лечебную организацию обращался по поводу укуса и когда)

7. Жарақат сипаттамасы және оның орналасуы (Описание повреждения и

локализация его) _____

8. Тістеген, тырнаған, сілекейін жаққан жануар туралы мәлімет

(Сведения об укусившем, оцарапавшем, ослюнившем животном)

9. Тістеу, тырнау, сілекей жағылу қандай жағдайда болды

(Обстоятельства укуса, оцарапання, ослюнения) _____

10. Жануардың құтырғанын ветдәрігер клиникалық, зертханалық жолмен

анықтады(астын сызыңыз немесе жазыңыз) (Бешенство животного

установлено ветврачом клинически, лабораторно (подчеркнуть или

вписать)) _____

11. Жануар сау, өлді, өлтірілді, белгісіз(астын сызыңыз немесе

жазыңыз) (Животное осталось здоровым, пало, убито, неизвестно

(подчеркнуть или вписать)) _____

12. Қаралушының анамнезі: (Анамнез обратившегося):

а) жүйке жүйесінің сырқаттары (заболевание нервной системы) _____

б) спирттік ішімдіктер ішуі, жиілігі (употребляет ли спиртные

напитки, как часто) _____

в) бұрын құтырмаға қарсы екпелер егілген бе, қашан, қанша (получал ли

в прошлом антирабические прививки, когда, сколько) _____

г) басқа мәліметтер (прочие сведения) _____

13. Екпенің арналуы (Назначение прививки) _____

14. Белгіленген режим (ауруханаға жатқызылды, амбулаторлық емделу)

(Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное

лечение)) _____

15. Құтырмаға қарсы гаммаглобулин егілді, күні, сериясы (Введение

антирабического гаммаглобулина, дата, серия) _____

16. Тері іші сынама сына серпіліс: қызару (Реакция на внутрикожную

пробу: покраснение) _____

Ісіну (Отек) _____

Десенсибилизация: бір мәрте, екі мәрте

(Десенсибилизация: однократная, двухкратная)

Тәуліктік мөлшері (Суточная доза) _____

Қайталап енгізілуі: (Повторные введения):

Күні (Дата) _____ Дозасы (Доза) _____ Сериясы (Серия) _____

Күні (Дата) _____ Дозасы (Доза) _____ Сериясы (Серия) _____

№ 045 /е н. 3 беті

стр. 3 ф. № 045/у

17. Екпе кезіндегі асқынулар (Осложнения во время проведения

Р/с № п/п	Екпе күні Дата прививки	Вакцинаның дозасы Доза вакцины	Вакцина сериясының № № серии вакцины	Екпені жүргізген адамдардың қолы Подпись лиц производивших прививки	Р/с № п/п	Екпе күні Дата прививки	Вакцинаның дозасы Доза вакцины	Вакцина сериясының № № серии вакцины	Екпені жүргізген адамдардың қолы Подпись лиц производивших прививки

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 048/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 048/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 048/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

				ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____		
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан				Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 049/е нысанды медициналық құжаттама		
Ұйымның Наименование организации	атауы			Медицинская документация Форма № 049/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907		

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп-қарауды есепке алу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ учета профилактических осмотров полости рта

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) _____ басталды (начат)

20__ жылғы(года) _____ аяқталды (окончен)

Р/с № № п/п	Пациенттің тегі, аты , әкесінің аты Фамилия, имя, отчество пациента	Туған күні Дата рождения	Қаралған күні Дата осмотра	Қарау күндері			Қосымша мәліметтер Дополнительные сведения	Емдеудің аяқталған күні Дата окончания санации
				Дни осмотра	Бұрын тазаланған Сау Здоров	Тазалауды қажет етеді Нуждается в санации		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Журнал тіс дәрігерінің барлық профилактикалық жұмыстарын тіркеудегі негізгі есеп құжаты болып табылады. Бұл құжаттың негізінде профилактикалық жұмыстарының сапалық және сандық талдауы жүргізіледі. Бағандар өзінің белгіленуіне сай толтырылады. 8 баған тіс формуласы мен шартты белгілерді қолдана отырып өткізілуге тиісті жұмыс көлемін есепке алу үшін қолданылады: Тісжегі – Т, пульпит – pl, периодонтит – Pt.

Журналдағы деректер дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағына және біріктірілген ведомосқа жазылады. "Профилактикалық жұмыстар" бөліміндегі айдың күніне сай келетін жолға жазылады.

Журнал является основным учетным документом для регистрации всей профилактической работы врача-стоматолога, на основе которого проводится качественный и количественный анализ профилактической работы.

Графы заполняются соответственно их обозначений. Графа 8 служит для учета объема предстоящей санации с использованием зубной формулы и условных

обозначений: Кариес – с, пульпит – рI, периодонтит – Pt. Сведения из

журнала заносятся в листок ежедневного учета работы врача, а так же

в сводную ведомость. В разделе "Профилактические работы" в строку

соответствующую данному числу месяца.

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 052/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 052/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-қарау КАРТАСЫ КАРТА профилактических флюорографических обследований

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

басталуы (заведена) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Флюорографиялық (рентгенологиялық) жолмен ұзақ уақыт тексерілмеді (Длительно не обследовался флюорографически (рентгенологически)) _____ жыл (лет)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Жынысы: Е.-1, Ә.-2 (Пол: М – 1, Ж – 2)

Туған күні (Дата рождения) _____

Кәсібі (Профессия) _____

Мекенжайы (Адрес домашний) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Жағдайын ауырлататын созылмалы сырқаттары болуы (жазыңыз)

Наличие отягощающих хронических заболеваний (вписать) _____

_____ (1)

Міндетті контингент (Обязательный контингент) (2)

Басқа ұйымдасқан халық (Другое организованное население):

Жұмыс істеушілер (Работающие) (3)

Оның ішінде ұсақ кәсіпорындар жұмыскерлері (В том числе работники

мелких предприятий) _____ (4)

Оқушылар (Учащиеся) (5)

Ұйымдаспаған халық (астын сызыңыз) (Неорганизованное

население(подчеркнуть)) _____ (6)

К ү н д е р :		Ф л ю о р о г р а м м а н ы				б а ғ а л а у			
Даты: Результаты оценки флюорограммы									
		I о қ у I I				II чтение			
		I чтение							

Флюорографиялар Флюорографии	Флюорограммалар Флюорограммы	Патология түрі В и д патологии	Орналасуы Локализация	Дәрігердің колы Подпись врача	Бакылаулық қосымша тексеру Контрольное дообследование	Патология түрі В и д патологии	Орналасуы Локализация	Дәрігердің колы Подпись врача
мөлшері доза	мөлшері доза				мөлшері доза			
1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3

1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3	4.4	5

Рентгенологиялық қосымша тексеру күні Д а т а рентгенологического дообследования	Рентгенологиялық қосымша тексеру әдісі М е т о д рентгенологического дообследования	Рентгенологиялық диагнозы Рентгенологический диагноз	Клиника-рентгенологиялық қорытынды диагнозы Заключительный клинико-рентгенологический диагноз
м ө л ш е р і доза			

Рентгенолог дәрігердің колы (Подпись врача рентгенолога) _____

A4 форматы

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 053/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРУ ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ ЖАСТАРДЫҢ ЕМДЕУ КАРТАСЫ №

ЛЕЧЕБНАЯ КАРТА ДОПРИЗЫВНИКА №

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың мекенжайы (Местожительство
допризывника) _____

4. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

5. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

6. Ауруының аты (әскери тіркеуге байланысты медициналық комиссиясының
ұйғарымы) (Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке)) _____

7. Келу уақыты (Срок явки):

а) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) 20__ жылы (года) _____ айы

(месяц)

Келуі туралы ескерту жіберілді (отправлено напоминание о явке) _____

20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

Келді (Явился) 20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

б) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) 20__ жылғы (года) _____ айы

(месяц)

Келуі туралы ескерту жіберілді (отправлено напоминание о явке) _____

20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

Келді (Явился) 20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

8. Дәрігердің бақылауында болды (Находился под наблюдением врача)

күні (дата)

9. Диагнозы (емдеу ұйымында анықталды) (Диагноз (установлен в лечебной организации)) _____

10. Объективті зерттеулер деректері (Данные объективного обследования) _____

11. Рентгенодиагностика деректері (Данные рентгенодиагностики)

12. Зертханалық тексерулер деректері (Данные лабораторного

исследования) _____

13. Басқа зерттеулер деректері (Данные других исследований)

14. Қандай емдеу жүргізілді (Какое проведено лечение) _____

15. Емдеу нәтижесі (Результат лечения) _____

16. Емдеу ұйымының есебінен шығарылардағы денсаулық жағдайы мен

әскери қызметке жарамдылығы туралы алдын ала ұйғарым (Предварительное

заклучение о состоянии здоровья и годности к военной службе при

снятии с учета лечебной организации) _____

17. Емдеу ұйымының есебінен шығарылды (Снят с учета лечебной

организации) _____

Емдеу ұйымының мөрі " __ " _____ 20__ жылғы (года)

(Печать лечебной организации)

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

(қолы подпись)

Бас дәрігер (Главный врач) _____

(қолы подпись)

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 053/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 053/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

КЕСУ ТАЛОНЫ № _____

Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емделу
картасының № _____ (әскерге шақыру жасына дейінгі
жастар емделіп болған соң толтырылып, аумақтық орган
арқылы әскери комиссариатқа жіберіледі)

ОТРЕЗНОЙ ТАЛОН № _____

**лечебной карты допризывника № _____ (по снятии
допризывника с лечения заполняется и направляется
через территориальный орган в военкомат)**

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың мекен-жайы

(Местожительство допризывника) _____

4. Жұмыс (оқу) орны (Место работы (учебы)) _____

5. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____

6. Ауруының аты (әскери тіркеуге байланысты медициналық комиссиясының

ұйғарымы) (Название болезни (заключение мед. комиссии по приписке)) _____

7. Келу уақыты (Срок явки):

а) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) 20__ жылғы (года) ____ айы (месяц)

Келуі туралы ескерту жіберілді (отправлено напоминание о явке) _____

20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

Келді (Явился) 20__ жылғы (года) _____ айы (месяц)

күні (дата)

б) Келуі тағайындалды (Назначено явиться) _____

айы (месяц) 20__ жылғы (года)

Келуі туралы ескерту жіберіледі (Отправлено напоминание о явке)

_____ айы (месяц) 20__ жылғы (года)

Келді (Явился) _____ айы (месяц) 20__ жылғы (года)

8. Дәрігердің байқауында болды (Находился под наблюдением

врача) _____

күні (дата)

Емделуі

Прохождение лечения

9. Анамнез: алдыңғы бақылаулар деректері мен алғашқы қарау деректері

(Анамнез: данные предшествовавших наблюдений и данные первичного осмотра) _____

10. Рентгенодиагностика мен зертханалық зерттеу деректері (Данные

рентгенодиагностики и лабораторного исследования) _____

11. Диагноз _____

12. Емдеу ұйымының есебінен шығарылардағы денсаулық жағдайы мен

әскери қызметке жарамдылығы жайлы алдын ала ұйғарым (Предварительное

заключение о состоянии здоровья и годности к военной службе при

снятии с учета лечебной организации) _____

Емдеуші дәрігер (Лечащий врач) _____

қолы (подпись)

Бас дәрігер (Главный врач) _____

қолы (подпись)

Медициналық бақылау деректері Данные медицинского наблюдения

К е л у Дата посещения	к ү н і Текущие наблюдения	Ө т п е л і бақылаулар	Тағайындалымдар Назначение

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 054/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская документация Форма № 054/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРҒАНҒА ДЕЙІНГІЛЕРДІҢ ЖЕКЕ

ТІЗІМІ _____ жылы туғандар, жолдануы

ИМЕННОЙ СПИСОК ДОПРИЗЫВНИКОВ

_____ годов рождения, направляемых

тексерілуге, жүйелі түрде емдеуге,

диспансерлік қадағалауға

(на обследование, для систематического

лечения, на диспансерное наблюдение)

_____ ұйымның атауы (наименование организации)

Код КАТО _____ Облыс (өлке) (Область(край)) _____

елді мекен (населенный пункт) _____ аудан (район) _____

Р/с № № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы (толық) Место жительства (подробный адрес)	Жұмыс (оқу) орны Место работы (учебы)	Аурудың атауы Название заболевания	Келу мерзімдері Сроки явки	
						келуі тағайындалды (күні) назначено явиться (дата)	келді (күні) явился (дата)
1	2	3	4	5	6	7	8

054/е н. артқы беті

Оборот ф. № 054 /у

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы (толық) Место жительства (подробный адрес)	Жұмыс (оқу) орны Место работы (учебы)	Аурудың атауы Название заболевания	Келу мерзімдері Сроки явки	
						келуі тағайындалды (күні) назначено явиться (дата)	келді (күні) явился (дата)
1	2	3	4	5	6	7	8

20 ____ жылғы(года) " ____ " _____

Аудандық әскери комиссар

(Районный военный комиссар) _____

Ескерту: есеп нысанын жүйелін түрде емделуге келмегендер үшін де қолдануға болады, ол кезде "жолданушылар" сөзін "келмегендер" сөзімен, "аудандық әскери комиссар" сөздері "бас дәрігер" сөздерімен ауыстырылады

Примечание: учетная форма может быть использована и для списка не явившихся для систематического лечения путем замены слова “направляемых” на “не явившихся” и в этих случаях слова “районный военный комиссар” заменяется словами “главный врач”

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 054-1/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 054-1/у утверждена приказом _____

Ұйымның Наименование организации	атауы	и.о. Министра Республики от 23 ноября 2010 года № 907	здравоохранения Казахстан

ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРЫЛАТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕР ТІЗІМІ ____

жылы туғандар, жолдануы

ИМЕННОЙ СПИСОК ДОПРИЗЫВНИКОВ _____

годы рождения, направляемых

тексерілуге (на обследование)

ұйымның атауы (наименование организации)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 054-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 054-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

ӘСКЕРГЕ ШАҚЫРЫЛАТЫН ЖАСӨСПІРІМДЕР ТІЗІМІ ____ жылы

туғандар, жолдануы

ИМЕННОЙ СПИСОК ДОПРИЗЫВНИКОВ _____ (годов

рождения, направляемых)

диспансерлік қадағалауға (на диспансерное наблюдение в)

ұйымның атауы (наименование организации)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж б о й ы н ш а Код организации по ОКПО	ұ й ы м	к о д ы	-----
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Денсаулық сақтау министрлігінің "23" қарашадағы № 907 № 0 5 5 / е медициналық құжаттама	Р е с п у б л и к а с м.а. 2010 жыл бұйрығымен бекітілг н ы с а н д		
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я Ф о р м а Утверждена приказом и.о. Республики Казахстан "23" ноября 2010 года №907	0 5 5 /	Министра	здравоохранен д о к у м е н т а ц

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы
Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг

										Қызметтің атауы (Название)	

Р/с № п/п	ТАӘ ФИО	Күні Дата	Мекен жайы Адрес	Пациенттің тұлғалық- әлеуметтік мәртебесі Личностно- социальный статус пациента	Отбасы туралы ақпарат Информация о семье	Әлеу- меттік диаг- нозы Социаль- ный диагноз	Үйге барғанда анықтал- ған пробле- малар Выявлен- ные проблемы при посеще- нии на дому	Әлеу- меттік қызмет- керді бағалау Оценка со- циаль- ного работ- ника	Әлеу- меттік қызмет- кердің іс- әрекет жоспары План дейст- вий со- циаль- ного работ- ника	услуги): Волонте- рлерді дайындау (подго- товка волон- теров) (1) Тақырыптың/ трени- нгтің атауы (название темы/ тренинга) (2) Протездеу (протези- рование) (3) Алынған көшу кұралы (получено средств передви- жения) (4) Балалар үйіне берілген және т.б. (помещено в дома ребенка и т.д.) (5)	Ес- кертпе Приме- чание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

А5 Формат А5	БСН Код организации по БИН	бойынша құрым коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 055-1/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 055-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой № 055-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением,

внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Әлеуметтік қызметкермен/ психологпен толтырылатын пациенттің картасы

Карта пациента, заполняемая

социальным работником/психологом

1.Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____

2. Туған күні (Дата рождения) күні, айы, жылы(число/месяц/год) _____ / _____
_ / _____ жылғы (года).

3. Жынысы (Пол): 1- ер (муж), 2- әйел (жен) 4. ЖСН/ИИН _____

5. ӘАОЖ коды (Код КАТО)

6. Мекенжайы (Место жительства)

7.Бекітілген тұрғын (Прикрепленный житель): 1-иә (да), 2- жоқ (нет); 5.1. Тұрғыны (Житель): 1-қаланың (города), 2- ауылдың (села)

8. Халық категориялары (Категории населения): 1-оқушы (школьник), 2-студент (студент), 3-жұмыс істеуші (работающий), 4-жұмыссыз (безработный), 5-басқа (другое)

9. Жеңілдік алушылар категориясы (Категория льготников): 1- ОСМ (ИОВ), 2- ҰОСҚ (УВОВ); 3-интернационалист жауынгер (воин-интернационалист); 4- бала кезінен мүгедек (инвалид детства); 5- ауруы бойынша мүгедек (инвалид по заболеванию), 6- басқа жеңілдік алушылар (прочие льготники)

10. Қаралу себебі (Повод обращения): 1-кеңес (консультация), 2-ауруы (заболевание), 3-Әлеуметтік мәселе (социальная проблема), 4 психологиялық мәселе (психологическая проблема), 5-тренингтарда қатысу (участие в тренингах), 6- басқа (другое)

11. Кім жолдады (Кем направлен): 1- өзі келді (самообращение), 2-медициналық ұйымдар (медицинские организации), 3- мемлекеттік ұйымдар мен мекемелер (государственные организации и учреждения), 4 - үкімет емес ұйымдар (неправительственные организации), 5 – басқалары (прочие)(тізімге жазу (вписать)_____)

12. Ақпарат қайнар көзі (Источник информации): 1- дәрігер (врач), 2- мейірбике (медсестра), 3-әке-шешелері (родители), 4- достары (друзья), 5- әріптестері (коллеги), 6- БАҚ (СМИ), 7-сенім телефоны (телефон доверия), 8-басқа (другое)

13. Сапарлар (Визиты): 1-алғашқы (первичный), 2- қайта (повторный)

14. Келуі (Посещения):

Күні (Дата)	Келу уақыты (Время посещения)	Келу түрі (Вид посещения) (жеке кеңесу) (индивидуальное консультирование, топтарда кеңесу (групповая консультация), үйге келу (посещение на дому))

15. Әлеуметтік-психологиялық мәселені бағалау (Оценка социально-психологической проблемы)

16. Әлеуметтік қызметтер түрі/(Виды социальных и психологических услуг.): 1-әлеуметтік-медициналық қызметтер (социально-медицинские услуги) 2-әлеуметтік-психологиялық қызметтер (социально-психологические услуги) 3-әлеуметтік-педагогикалық қызметтер (социально-педагогические услуги) 4-әлеуметтік-экономикалық қызметтер (социально-экономические услуги) 5-әлеуметтік-құқықтық қызметтер (социально-правовые услуги) 6-әлеуметтік-тұрмыстық қызметтер (социально-бытовые услуги) 7-әлеуметтік-еңбек қызметтер (социально-трудовые услуги) 8) әлеуметтік-мәдени қызметтер (социально-культурные услуги); 9) жеке психологиялық кеңестер (индивидуальные психологические консультации); 10) отбасылық психологиялық кеңестер (семейные психологические консультации); 11) топтарда кеңесу (групповые консультации)

17. Қаралу нәтижесі (Исход обращения): 1-жағдайды шешу (решение ситуации), 2-жағдайды жақсарту (улучшение ситуации), 3-өзгеріссіз (без перемен), 4- клиенттің бас тартуы (отказ клиента), 5-басқа (другое)

18. Қаралу оқиғасы (Случай обращения): 1-аяқталды (завершен), 2-аяқталмады (не завершен)

19. Әлеуметтік қызметкер/психолог (Социальный работник/психолог):

Т.А.Ә. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии)) _____

Қолы(Подпись) _____

20. Күні (Дата)" _____ " _____ жылы (год)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 057/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 057/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Талон Выберите элемент.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Амбулаториялық картасының №/№ амбулаторной карты Место для ввода текста.

Участкeнiң №/№ участка Место для ввода текста.

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Азаматтығы/ Гражданство Выберите элемент. *Место для ввода текста.

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом квартира

Байланыс телефоны/Контактный телефон Место для ввода текста.

Отбасылық жағдайы/Семейное положение Выберите элемент.

Білімі/Образование Выберите элемент.

Жұмыс/оқу орны/Место работы/учебы Место для ввода текста. Лауазымы/
Должность Место для ввода текста.

Әлеуметтік мәртебесі/Социальный статус Выберите элемент.

Жеңілдік санаты/Категория льготности Выберите элемент.

18 жасқа дейінгі балалар үшін ата-аналардың Т.А.Ә./Ф.И.О. родителей для детей до
18 лет

Фамилия Имя Отчество

Фамилия Имя Отчество

Үйге медициналық қызмет көрсету МСАК МО еркін таңдау кезінде/При свободном
выборе

МО ПМСП медицинское обслуживание на дому Выберите элемент.

Тіркеушінің Т.А.Ә./Ф.И.О. регистратора ФИО ЭЦК/ЭЦП

Бекітілу күні/Дата прикрепления Место для ввода даты.

Тіркелетін күні/Дата открепления Место для ввода даты.

Себебі/Причина Выберите элемент.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 059/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 5 9 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 059/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 061/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 061/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 061/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по

истечения десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Дене шынықтырушы мен спортшының
дәрігерлік – бақылау картасы
Врачебно – контрольная карта
физкультурника и спортсмена

Толтырылған күні (Дата заполнения) _____
жылы, айы, күні (год, месяц, число)

Ұйым (БЖСМ, спорттық ұжым) (Организация (ДЮСШ, спортколлектив))

Спорт түрі (Вид спорта)

Мекенжайы бойынша емхананың № (№ поликлиники по месту жительства) _____

1.Т.А.Ө. (болған жағдайда) (Ф.И.О. (при его наличии))	19. Антропометрикалық деректер Антропометрические данные							
2. ЖСН/ИИН			1-тексеру қарау күні 1-е обслед. дата осмотра		2-тексеру қарау күні 2-е обслед. дата осмотра		3-тексеру қарау күні 3-е обслед. дата осмотра	
3. Туған күні (Дата рождения)			жасы возр.		баға оценк		жасы возр.	
4. Жынысы (Пол)								
5. ӨАОЖ коды (Код КАТО)	Салмағы (Вес)							
6. Мекенжайы (Домашний	Бойы тұрғанда (Рост стоя)							

адрес) _____	Кеуде қуысының шеңбері Окружн. грудной клетки	дем алғанда (вдох)							
_____		дем шығару (выдох)							
_____		аралықта (пауза)							
_____		кұлаш кергенде (размах)							
7. Жұмыс орны (Место работы) _____									
8. Кәсібі, лауазымы (Профессия, должность) _____									
9. Білімі (Образование) _____									
_____	Спирометрия								
10. Баспана жағдайы (Жилищные условия) _____	Динамометрия	оң алақан пр. кисть							
11. Тамақтану режимі (Пищевой режим) _____		сол алақан лев. кисть							
12. Ауырған (Перенесенные): а) аурулары (болезни) _____		дене становая							
_____	20. Сыртқы қарау деректері								
_____	Данные наружного осмотра								
_____	Тері қабаты (Кожа)								
б) зақымдары (травмы) _____	Көрнекі жылбысқы қабықтар (Видимые слизистые)								
_____	Лимф. жүйесі (Лимф. система)								
_____	Май байлануы (Жироотложения)								
13. Алкоголь пайдалануы (Употребление алкоголя): кездейсоқ (случайное), аз (мало), көп (много), жиі (часто), пайдаланбайды (не употребляет) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)	Бұлшық еттері (Мускулатура)								
Шылым шегуі (Курение): неше жасынан (с каких лет) _____	Жарық қақпаларының жағдайы (Состояние грыжевых ворот)								
_____	Кеуде қуысы (Грудная клетка)								
күніне (по) _____ дана (штук в день), шекпейді (не курит) (астын сызыңыз) (подчеркнуть)	Арқасы (Спина)								
14. Негізінен спорттың қай түрімен шұғылданады (Каким видом спорта преимущественно занимается) _____	Аяқ басы (Стопа)								

15. Қанша уақыт (Сколько времени)_____								
16. Спорттың басқа қандай түрлерімен айналысқан (Какими другими видами спорта занимался)_____								
17. Спорттың қандай түрлерінен жарыстарға қатысқан (По каким видам спорта участвовал в соревнованиях)_____								
18. Дәрежесі (Разряд)_____								
әр дәрежесін алған күні (дата получения каждого разряда)								
спорттың қай түрінен (по какому виду спорта)								
*Баға балалар мен 17 жасқа дейінгі жасөспірімдер үшін *Оценка для детей и подростков включительно								

Аяқтары (Ноги)

21. Жуық арадағы спорттық сыртартпа деректері. Данные ближайшего спортивного анамнеза

	1-тексеру 1-е обследование қарау күні _____ (дата осмотра)	2-тексеру 2-е обследование қарау күні _____ (дата осмотра)
Жаттығулары мен спорттық өнер көрсетулері туралы қысқаша деректер Краткие данные о тренировках и спортивных выступлениях		

		22.Тексеру деректері Данные обследования
Ш а ғ ы м д а р ы Жалобы		
Тыныс алу ағзалары, жоғарғы тыныс жолдары, өкпелері (тыңдау) Органы дыхания, верхние дыхательные пути, легкие (аускультация)		
Қанайналым ағзалары: жүрек (шекаралары, тыңдау) Органы кровообращения: сердце (границы, аускультация)		
Ас қорыту ағзалары: тілі, іші (қолмен зерттеу) Органы пищеварения: язык, живот, (пальпация)		
Несеп – жыныстық жүйе Мочеполовая система		
Эндокриндік жүйе Эндокринная система		
Ж ү й к е ж ү й е с і Нервная система		
Мамандардың қарауы Осмотр специалистов:		
көз дәрігері (офтальмолога)		
отоларинголог (отоларинголога)		
хирург (хирурга)		
травматолог (травматолога)		
тіс дәрігері (стоматолога)		
басқа мамандар (жазыңыз) (других специалистов (вписать))		

3- ш і тексеру 3-е обследование қарау күні дата осмотра _____	4 – ш і тексеру 4-е обследование қарау күні дата осмотра _____
_____	_____
ішкі ағзаларды (внутренних органов)	

23. Функциялық сынама Функциональная проба

З е р т т е у к ү н і , а й ы , ж ы л ы Число, месяц, год исследования					

Жүктемеге До нагрузки		дейін	Дем алуы (Дыхание)		
			Тамыр соғуы (Пульс)		
			Тамыр соғу сипаты (Характер пульса)		
			Қан қысымы (Артериальное давление)		
Жүктемеден После нагрузки	кейін	тамыр пульс	соғуы	1 0	
				2 0	
				3 3	
				4 0	
				5 0	
				6 0	
				Қан қысымы (Артериальное давление) Дем алуы (Дыхание)	
Тыңдау Тамыр соғу сипаты (Аускультация)		(Характер пульса) (с т о я)			
т ұ р ғ а н д а жатқанда (лежа)					
24. Қорытынды Заключение					
Ф и з и к а л ы қ Физическое развитие			д а м у ы		
Денсаулық жағдайы (Состояние здоровья) Функциялық жағдайы (функциональное состояние)					
М е д и ц и н а л ы қ Медицинская группа			т о п		
Шұғылдануға, Допуск к занятиям, соревнованиям		жарыстарға	жіберілуі		
М а м а н ғ а Направлен к специалисту			ж о л д а н д ы		
Қ а й т а д а н Повторная явка			к е л у і		
Ұ с ы н ы л д ы Рекомендовано					
Е с к е р т у Примечание					

Дене шынықтырушы мен спортшының
дәрігерлік – бақылау картасының
қ о с ы м ш а п а р а ғ ы
Вкладной лист к врачебно – контрольной карте
физкультурника и спортсмена

Спортшыны диспансерлік байқаудың
дәрігерлік-бақылау картасы
Врачебно-контрольная карта
диспансерного наблюдения спортсмена

— — — — —

дәрігерлік-дене шынықтыру диспансер (врачебно-физкультурный диспансер)

Тегі/Фамилия _____

Аты/Имя _____

Әкесінің аты (болған жағдайда) /Отчество (при его наличии) _____

—

ЖСН/ИИН _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Спорт түрі (Вид спорта) _____

Дәрежесі (Разряд) _____

Жаттықтырушының тегі (Фамилия тренера) _____

Дәрігер (Врач) _____

Толтырылған күні (Дата заполнения) _____

Диспансерлік байқауға алынған спортшыларға толтырылады
Заполняется на спортсменов, взятых под диспансерное наблюдение

1 беті

стр. 1

1 . Ж а л п ы м ә л і м е т т е р

Общие сведения

Тегі, аты , әкесінің аты (болған жағдайда)/Фамилия, имя, отчество (при его наличии)
)

- - - - -

Туған күні (Дата рождения) _____ Жынысы (Пол) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО): _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

_____ телефон _____

Мекенжайы бойынша емхана № (№ поликлиники по месту жительства) _____

Білімі (Образование) _____ Кәсібі (Профессия) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Жұмыс күнінің ұзақтығы (Продолжительность рабочего дня) _____

Отбасылық жағдайы (Семейное положение) _____

Баспана жағдайы (Жилищные условия) _____

Тамақтану режімі: жүйелі, жүйесіз-күніне (Режим питания: регулярное, нерегулярное)

_____ (раз в день)

Алкоголь қолдануы: көп, аз, әдеттегідей, кездейсоқ (астын сызыңыз), шылым шегуі
и э , ж о қ ,
неше жастан бастап (Употребление алкоголя: много, мало, привычно, случайно (п о д ч е р к н у т ь) ,
курение да, нет, с какого возраста) _____
к ү н і н е н е ш е
шылым шегеді (количество сигарет в день)

2. Бастан өткерген аурулары, операциялары, жаракаттары (травмалары (Перенесенные заболевания, операции, травмы) _____

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

Отбасындағы сырқаттары (Заболевания в семье) _____

3. Жалпы мәліметтердің өзгеруі (Изменения общих сведений) _____

— — — — —

— — — — —

2 беті

стр. 2

II. Спорттық анамнезінің жалпы деректері
Общие данные спортивного анамнеза

1. Неше жасынан бастап, спорттың қай түрімен шұғылдана бастады
(С какого возраста стал заниматься спортом и какими видами) _____

2. Спорттың негізгі түрімен шұғылдануы: жаңа бастады, ұдайы, үзілістермен (0,5
ж ы л д а н _____ а с т а м) ,
өздігінен, жаттықтырушының қол астында. (Занятия основным видом спорта: начало
з а н я т и й ,
систематически, с перерывами (более 0,5 года), самостоятельно, под руководством
т р е н е р а) _____

3 беті

стр. 3

5. Бұрынғы жаттығулары, ерекшеліктері: жыл бойы, маусымдық, жан-жақты,
 а р н а й ы м а м а н д а р
 (Тренировка в прошлом, особенности: круглогодичная, сезонная, разносторонняя,
 узкоспециальная)

6. Жеткіліксіз дайындығымен жарыстарға қатысуы, жоқ (астын сызыңыз) (Участие
 в с о р е в н о в а н и я х
 без достаточной подготовки, нет (подчеркнуть)) _____

9. Жаттығу кезінде өзін-өзі ұстауы (Самоконтроль в процессе тренировки)

III. Жақындағы спорттық анамнезінің деректері

Данные ближайшего спортивного анамнеза

Қ а р а л ғ а н (Дата обследования)	к ү н і
1. Қашан және қандай нәтижелермен өткен спорт- жылын (маусымын) бітірді. (Когда и с какими результатами закончил предыдущий спортивный год (сезон))	

2. Өткен жылдан кейін демалуының ұзақтығы мен сипаттамасы. (Продолжительность и характер отдыха после предыдущего года (сезона))
3. Жаттығулардың кезеңдер бойынша сипаттамасы (қашаннан бері жаттыға бастады жиілігі, ұзақтығы мен жаттығулар сипаттамасы). (Характеристика тренировок по периодам (когда начал тренироваться, частота, продолжительность и характер тренировок)) Жаттығулар режимін өзгертті ме. Өткізген жарыстары, олардың масштабы мен нәтижелері: (Изменил ли режим тренировок. Число проведенных соревнований, их масштабы и результаты): а) дайындық кезеңі (подготовительный период) б) негізгі кезең (основной период) в) белсенді демалу (активный отдых)
4. Биылғы спорт жылындағы (маусымындағы) сырқаттары, зақымдануы, мөлшерден тыс жаттығуы немесе зорығуы. (Заболевания, спортивные травмы, перетренировка или физическое перенапряжение в этом спортивном году (сезоне))
5. Спортшы қазіргі уақыттағы өзінің жатыққанын қалай бағалайды. (Как оценивает спортсмен свою тренированность в настоящее время)

4,5 беттерде III бөлімдегі таблица жалғаса береді, бірақ мазмұны жазылмайды

стр. 4, 5 та же самая таблица что в разделе III - продолжается, но без содержания

6 беті

стр. 6

Антропометрикалық деректер

Антропометрические данные

	Күні Дата	Баға Оценка *
Ж а с ы (Возраст)		
С а л м а ғ ы (Вес)		

Т ұ р ғ а н д а ғ ы (Рост стоя)		б о й ы		
О т ы р ғ а н д а ғ ы (Рост сидя)		б о й ы		
Окружность	М о й ы н ы шеи			
	О ң плеча правого	и ы ғ ы	б а й ы п т ы спокойное	
			ш и р ы қ қ а н напряженное	
	С о л плеча левого	и ы ғ ы	б а й ы п т ы спокойное	
			ш и р ы қ қ а н напряженное	
	Кеуде клеткасы дем алғанда (грудной клетки вдох)			
	Кеуде клеткасы дем шығарғанда (грудной клетки выдох)			
	Кеуде клеткасы аралықта (грудной клетки пауза)			
	Кеуде клеткасы жайылуы (грудной клетки размах)			
	О ң ж а қ с а н ы (бедре правого)			
	С о л ж а қ с а н ы (бедре левого)			
	О ң ж а қ б а л т ы р ы (голени правой)			
	С о л ж а қ б а л т ы р ы (голени левой)			
И ы қ (п л е ч е в о й)				
Ж а м б а с т ы қ (Тазовый)				
О ң саусақтар динамометриясы (Динамометрия правой кисти)				
С о л саусақтар динамометриясы (Динамометрия левой кисти)				
Д е н е динамометриясы (Динамометрия станова)				
Өкпенің тіршілік сыйымдылығы (Жизненная емкость легких)				

Дене бітімі дамуының жалпы бағасы және көрсетілген жасқа сәйкестігі (Общая оценка физического развития и соответствие его указанному возрасту)		

* 17 жасқа дейінгі балалар мен жасөспірімдерге міндетті түрде

(* Обязательно для детей и подростков в возрасте до 17 лет включительно)

6, 7 артқы беті

оборот стр.6, 7

Күні Дата	Бағасы Оценка *	* Күні Дата	Бағасы Оценка *	* Күні Дата	Бағасы Оценка *	*

8 беті

стр. 8

К Ү н і (Дата)

Шағымы (Жалобы)				
С ы р т т а й		қ а р а у		
Наружный осмотр				
Т е р і		қ а б а т ы		
(Кожа)				
К ө р н е к і		ж ы л б ы с қ ы	қ а б ы қ т а р	
(Видимые слизистые)				
Л и ф м а		ж ү й е с і		
(Лимфатическая система)				
М а й л ы		ш ө г і н д і		
(Жироотложение)				
Б ұ л ш ы қ		е т		
(Мускулатура)				
Т і р е к - қ о з ғ а л ы с		а п п а р а т ы		
(Опорно-двигательный аппарат)				
І ш к і		з е р т т е у	д е р е к т е р і	
Данные обследования внутренних органов				
Т ы н ы с	а л у	а ғ з а л а р ы	Жоғарғы тыныс алу жолдары	
			(верхние дыхательные пути)	
(Органы дыхания)			Өкпе перкуссиясы мен аускультациясы	
			(перкуссия и аускультация легких)	
Қ а н	а й н а л у	а ғ з а л а р ы	Ж ү р е к	
			қ а ғ у ы	
			(сердечный толчок)	
			Жүрек шекарасы	Оң (правая)
			(граница сердца)	Сол (левая)
(Органы кровообращения)			Тұрғанда (стоя)	
		аускультация	Жатқанда (лежа)	
		Т а м ы р л а р		
		(сосуды)		
А с	қ о р ы т у	а ғ з а л а р ы	Т і л	
			(язык)	
			Б а у ы р	
(Органы пищеварения)		(печень)		
		Басқа ас қорыту ағзалары		
		(Другие органы пищеварения)		
Несеп-жыныс жүйесі (Мочеполовая система)				
Э н д о к р и н д і к		ж ү й е		
(Эндокринная система)				

10 беті

Мамандар Заключения специалистов	қортындысы	Невропатолог	
		Офтальмолог	
		Отоларинголог	
		Стоматолог	
		Гинеколог	
		Дерматовенеролог	

11 беті

стр. 11

Рентгеноскопия (флюорография), зертханалық зерттеулер деректері

Данные рентгеноскопии (флюорографии), лабораторных исследований _____

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

12, 13 беті

стр. 12, 13

Фукциялық зерттеу

Функциональное обследование

Жүктемеге дейін Тамыр соғуы Қан қысымы Тыныс алу (До нагрузки) (Пульс) (Артериальное давление) (Дыхание)													
К ү н і Дата _____	20 отырып-тұру (20 приседаний)	15 секундтық жүгіру (15-секундный бег)				3 минуттық жүгіру (3-минутный бег)							
	Бағасы Оценка _____				Бағасы Оценка _____				Бағасы Оценка _____				
	1'	2'	3'	1'	2'	3'	4'	1'	2'	3'	4'	5	
Жүктемеден кейін: (После нагрузки):	10												
Тамыр соғу сипаттамасы (Характер пульса)	20												
	30												
	40												
	50												
	60												
Қан қысымы (Артериальное давление)													
Тыныс алу (Дыхание)													
Аускультация													
Жұмысқа қабілеттілігін анықтайтын басқа тесттер (Другие тесты определения работоспособности)													

14, 15 беті

Соңғы жаттығу күні және оның жүктеменің жалпы бағасы

(Дата последней тренировки и общая оценка ее нагрузки)

[illegible]

— — — — —

Организмның физикалық жүктемелерге бейімделуін бағалау (Оценка адаптации организма к физическим нагрузкам)

— — — — — — — —

16, 17 беті

стр. 16, 17

ЭКГ мен басқа функциялық зерттеулер деректері

(Данные ЭКГ и других функциональных исследований)

— — — — — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

— — — — —

18-20 беті

стр. 18-20

Диспансерлік тексеру бойынша қорытынды

Заключение по диспансерному обследованию

К ү н і (Дата)				
Ф и з и к а л ы қ (Оценка физического развития)		д а м у ы н ы ң		б а ғ а с ы
Д е н с а у л ы қ (О ц е н к а		ж а ғ д а й ы н ы ң с о с т о я н и я		б а ғ а с ы з д о р о в ь я) функциялық жағдайы мен жұмысқа қабілеттігі (функционального состояния и работоспособности))
Н е г і з г і (Диагноз основной)			д и а г н о з	
Қ о с а л қ ы (Диагноз сопутствующий)			д и а г н о з	
Ж а т т ы ғ у л а р ғ а (Допуск к тренировкам)			ж і б е р і л у і	
Жаттығулар		режімі	бойынша	жалпы нұсқаулар (Общие указания по режиму тренировок)
Ж а р ы с т а р ғ а (Допуск к соревнованиям)			ж і б е р і л у і	
Ұ сы н ыл ған (Рекомендованные лечебно-профилактические мероприятия)		емдеу-профилактикалық		шаралары

К е л е с і (Дата повторного обследования)	қ а р а л у	к ү н і
Д ә р і г е р д і ң (Подпись врача)		қ о л ы

21 беті

стр. 21

Күні (Дата)	Өтпелі және қосымша байқаулар, дәрігерлік-педагогикалық байқаулар (Текущие и дополнительные наблюдения, врачебно-педагогические наблюдения)

22 беті

стр. 22

Тағайындаулар (Назначения)	Дәрігердің қолы (Подпись врача)

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 062/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 6 2 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Сноска. Форма № 062/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 063/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 6 3 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Профилактикалық екепелердің КАРТАСЫ КАРТА профилактических прививок

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____ есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы _____

(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт)

_____ көшесі (улица) _____

_____ үй(дом) _____ корпус _____ пәтер(квартира) _____

Мекенжайы ауысқаны туралы белгілер (Отметки о перемене адреса)

№ 063/е н. 2 беті

Стр. 2 ф. № 063/у

Туберкулез ауруына қарсы екпе
Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы			Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат						
		е г у вакцинация					
		қайта егу ревакцинация					

Полиомиелитке қарсы екпе

Прививка против полиомиелита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия

№ 063/е н. 3 беті

Стр. 3 ф. № 063/у

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе

Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Е г у Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

* Преператтар мына әріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, көкжөтел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС

- М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – көкжөтел вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе

Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Е г у Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Паротитке қарсы екпе

Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Қызылшаға қарсы екпе
Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе
(Прививка против других инфекций) _____

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Е г у Вакцинация								
Қайта егу Ревакцинация								

Есептен шығарылған күні Қолы (Подпись) _____

(Дата снятия с учета) _____

Себебі (Причина)_____

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу - профилактикалық ұйымында (ЕПҰ) толтырылады

Қаладан (ауданнан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 064/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 6 4 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Профилактикалық екпелерді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета профилактических прививок
за 20__ жылы(год) _____

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс немесе оқу орнының аты Название места работы или учебного заведения	Вакцинаның, препараттың, анатоксиннің және т.б. аттары Название препарата вакцины, анатоксин и пр.	Егу немесе қайталап егу Вакцинация или ревакцинация	Екпе тәсілі: тері астына, тері үстіне, тері арасына және т.б. Метод прививок: подкожно, накожно, интраназально и пр.
1	2	3	4	5	6	7	8

№ 064/е н. артқы беті

Разворот ф. № 064/у

Е к п е л е р Прививки									Реакция: еккен жерде, жалпы, қандай екпеден кейін Реакция: местная, общая, после какой прививки	Ескерту примечание
I-ші I – я			II –ші II – я			III-ші III – я				
күні дата	доза	сериясы серия	күні дата	доза	сериясы серия	күні дата	доза	сериясы серия		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 064-1/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 6 4 - 1 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Жаңа туған нәрестелерге (перзентхана) профилактикалық
екпелерді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
учета профилактических прививок новорожденным (роддома)
за 20__ жылы (года) _____**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/с № п/п	Жаңа туған баланың даму тарихы № истории развития новорожденного	Анасының тегі, аты, әкесінің аты (баланың жынысы) Фамилия, имя, отчество матери (пол ребенка)	Домашний адрес Мекенжайы	Баланың туған күні Дата рождения ребенка	Егу күні Дата прививки	Егу уақыты Время прививки
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Вакцина сериясы Серия вакцины	Вакцинаның а т ы Название вакцины	Жарамдылық мерзімі С р о к годности	Мөлшері Доза	Мейірбике қ о л ы Подпись медсестры	Реакция: жергелікті, жалпы (әрбір егуден кейін) Реакция: местная, общая (после каждой прививки)	Ескерту Примечание
8	9	10	11	12	13	14

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 064-2/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 6 4 - 2 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Вакциналар қозғаласының

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

движения вакцин

(за) 20__ жылы (год) _____ бойынша

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/с № п/п	Вакцина егу күні Дата вакцинации	Вакцинаның атауы Название вакцины	Жаңа туған нәрестелердің егілуі Привито новорожденных			Жұмсалған вакциналар (дозамен) Израсходовано вакцины (в дозах)	Қалған вакцина (дозамен) Остаток вакцины (в дозах)
			№ 1 бөлімше отделение № 1	№ 2 бөлімше отделение № 2	барлығы перзентхана бойынша всего по роддому		
1	2	3	4	5	6	7	8

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 065/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 6 5 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Жыныстық аурумен ауыратын науқастың

МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ

№ _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

больного венерическим заболеванием

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 065-1/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 6 5 - 1 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Саңырауқұлақтық аурумен ауырған науқастың
МЕДИЦИНАЛЫҚ КАРТАСЫ
№ _____
МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
больного грибковым заболеванием

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 066-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы (Наименование организации)	Медицинская документация Форма № 066-4/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 066-4/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 067/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 6 7 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Дене шынықтыру сабақтары мен спорт іс-шараларында
көрсетілетін медициналық көмекті тіркеу
ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ

регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____

Р/с № № п/п	Тіркелген күні мен сағаты Дата и время регистрации	Тегі, аты , әкесінің аты Фамилия , имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Жынысы Пол	Мекенжайы Домашний адрес	Зақым алушы қай ұйымға немесе дене тәрбиесі ұжымына жатады К какой организации и л и физкультурному коллективу принадлежит пострадавший	Жаракаттану қай кезде болғанын жазыңыз: жаттығу, сабақ, жарыс кездерінде Повреждение произошло во время тренировки, занятия, соревнования (вписать)	Зақымдану спорттың, жаттығудың қай түрінен болды Вид спорта, упражнения п р и котором произошла травма
1	2	3	4	5	6	7	8	9

№ 067/е н.артқы беті

Разворот ф. № 067/у

О с ы спорт түрімен айналасу мерзімі (жыл, ай) Стаж (лет, месяцев)	Спорттық дәрежесі немесе біліктілігі Спортивный разряд или квалификация	Сырқат, зақымдану диагнозы (бүлінудің орны мен сипаттамасы) Диагноз заболевания, травмы (	Бүліну себебі Причина, вызвавшая повреждения	О с ы жаракат алғашқы рет немесе қайталап (жазыңыз) Данная травма первичная	Көрсетілген медициналық көмек Оказанная мед. помощь	Медкөмек көрсеткен адамның тегі мен лауазымы Фамилия и	

в этом виде спорта		локализация и характер повреждения)		и л и повторная (вписать)		должность оказавшего медпомощь	Ескертпе Примечание
10	11	12	13	14	15	16	17

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 068/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 6 8 / у а т а у ы Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 068/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 069/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 6 9 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Амбулаторлық операцияларды жазу ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ записи амбулаторных операций

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) _____ аяқталды (окончен)

Р/ н № № п/ п	Операция күні Дата операции	Науқастың Т А Ә Ф И О больного	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	К і м жолдады К е м направлен	Гистологияға алынды Взят на гистологию	Диагноз	Ауырсындырмау Обезболивание	Операцияның атауы Название операции	Хирург операц мейірбі тегі Фамил хирург операц сестры
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

A5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 070/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 7 0 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Жолдама алуға
АНЫҚТАМА
СПРАВКА
для получения путевки

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 071/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 0 7 1 / у

Ұйымның	атауы	Утверждена	приказом
Наименование организации		и.о. Министра	здравоохранения
		Республики	Казахстан
		от 23 ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Медициналық ұйым (Медицинская организация) _____

Медициналық қорытынды

Медицинское заключение

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

1. Дәрігер-консультанттың тегі, аты, әкесінің аты: _____

(Фамилия, имя, отчество врача консультанта) _____

2. Мамандығы (Специальность) _____

3. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента):

2. Туған күні (кк/аа/жж) (Дата рождения (дд/мм/гг)) ____/____/____/

3. ЖЫНЫСЫ (пол)

ер (муж)

эйел (жен)

4. Ұлты Национальность) _____

5. ЖСН (ИИН) _____

6. Медициналық тіркеу нөмірі (МТН) _____

(Регистрационный медицинский номер (PMH))

7. Мекенжайы (Адрес): Облысы (область) _____

Аудан, қала (Район, город) _____

Елді мекен (Населенный пункт) _____

Көше (улица) _____ үй (дом) _____ пәтер (квартира) _____

8. Қабылдау күні (кк/аа/жж) ____/____/____/

(Дата приема (дд/мм/гг))

9. Қабылдаудың аяқталған күні (кк/аа/жж) ____/____/____/ ж.(г)

(Дата завершения приема (дд/мм/гг))

10. Шағым (Жалобы): _____

11. Ауру анамнезі (Анамнез заболевания): _____

12. Бастан өткерген аурулар (Перенесенные заболевания): _____

13. Аллергологиялық анамнез (Аллергологический анамнез): _____

14. Объективті статус (Объективный статус): _____

15. Алдын ала диагнозы (Предварительный диагноз): _____

16. Тексеруге арналған жолдамалар (Направления на обследования):

17. Өткізілген зерттеулердің түрлері (Виды проведенного

исследования): _____

18. Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз): _____

19. Ұсынымдар (Рекомендации): _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Мөр

(Печать)

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды	_____
		БСН бойынша ұйым коды	_____
		Код организации по ОКПО	_____
		Код организации по БИН	_____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 072/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 072/у утверждена приказом и.о. Министром здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

САНАТОРИЙЛІК - КУРОРТТЫҚ КАРТА САНАТОРНО - КУРОРТНАЯ КАРТА

№ _____

20____ жылғы (года) _____

Санаторийлік немесе амбулаториялық-курстық емделуге жолдау

қағазын көрсеткенде беріледі. Бұл картасыз жолдау қағазы күшіне

енбейді (Выдается при предъявлении путевки на санаторное или

амбулаторно-курсовое лечение. Без настоящей карты путевка

недействительна)

Карта берген емдеу ұйымының мекенжайы (Адрес и телефон лечебной организации , выдавшей карту):

Код КАТО _____

Облыс (Область) _____

Аудан (район) _____

Қала (город) _____

Көше (улица) _____

Емдеуші дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты

(Фамилия, имя, отчество лечащего врача) _____

1. Науқастың ТАӘ (ФИО больного (полностью)) _____

Жынысы: ер, әйел (астын сызыңыз), туған жылы

(Пол: муж., жен., (подчеркнуть)), дата рождения) _____

Үйінің мекенжайы мен телефоны (Домашний адрес и телефон) _____

2. Оқу (жұмыс) орны (Место учебы (работы)) _____

3. Лауазымы (Занимаемая должность) _____

БАЛАЛАР БЛОГІ (0-17 жасты қоса алғанда)

ДЕТСКИЙ БЛОК (0-17 лет включительно)

Ата-анасының жұмыс орны мен телефоны

(Место работы родителей и телефон) _____

1. Анамнез: туғандағы салмағы, даму ерекшеліктері,

қандай аурулармен ауырды (неше жасында)

(Анамнез: вес при рождении, особенности развития,

перенесенные заболевания (в каком возрасте))

2. Тұқым қуалаушылығы (Наследственность) _____

3. Профилактикалық екпелері (уақытын көрсетіңіз)

(Профилактические прививки (указать даты)) _____

4. Осы ауруының анамнезі: неше жасынан ауырады, ерекшеліктері мен

ағымының сипаттамасы, асқыну жиіліктері, соңғы асқынуы, жүргізілген

емдеу шаралары (оның ішінде қайталануға қарсы),

санаториялық-курорттық емдеу жүргізілді ме, қанша рет, қайда және

қашан. (Анамнез настоящего заболевания: с какого возраста болен,

особенности и характер течения, частота обострений, дата последнего

обострения, проводимое лечение (в т.ч. противорецидивное) указать

пользовался ли санаторно-курортным лечением, сколько раз, где и

когда) _____

5. Қазіргі уақыттағы шағымдар

(Жалобы в настоящее время) _____

6. Объективті қарау деректері

(Данные объективного осмотра) _____

7. Зертханалық, рентгенологиялық және басқа зерттеулер деректері

(күні)

(Данные лабораторного, рентгенологического и др. исследований (даты))

Негізгі диагнозы (Диагноз основной) _____

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____

Мөр орны	Е м д е у ш і	д ә р і г е р д і н	қ о л ы
Место печати	(Подпись лечащего	врача)	_____
	Б ө л і м ш е	м е н г е р у ш і с і н і ң	қ о л ы
	(Подпись заведующей отделением)	_____	

Санаторийлік іріктеу комиссияның қорытындысы

(Заключение санаторно-отборочной комиссии)

Негізгі диагнозы (Диагноз основной) _____

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____

Ұсынылған санаторийлік-курорттық емделу

(Рекомендуемое санаторно-курортное лечение) _____

Мөр	орны	Төраға Комиссия	(Председатель) мүшелері	(Члены комиссии)	_____
Место печати	_____	_____			
		Күні	(Дата)	_____	
		күні, айы, жылы (число, месяц, год)			

Бұл карта барлық бағандары айқын толтырылып, қойылған қолдар анық,

мөрі басылған жағдайда ғана күшіне енеді. Карта 2 ай мерзімі ішінде

күшінде (Данная карта заполняется при условии четкого заполнения всех

граф, разборчивых подписей, наличия печатей. Срок действия карты 2

месяца.)

Нысанының міндетті қосалқы парағы (Обязательное приложение к форме)

Баланың мекенжайындағы аудандық емханаға қайтарылуы тиіс

(Подлежит возврату в районную поликлинику по месту жительства ребенка)

Баланың тегі, аты (Фамилия, имя ребенка) _____

Санаторийде болды (Находился в санатории) _____

(с) _____ бастап, (по) _____ дейін

Санаторий диагнозы (Диагноз санатория): _____

Қосалқы сырқаттары (Сопутствующие заболевания) _____

Жүргізілген ем (емдеу түрлері, процедуралар саны)

(Проведенное лечение (виды лечения, количество процедур))

Емдеу тиімділігі (антропометрикалық, гематологиялық көрсеткіштер,
функциялық сынамалар динамикасы, соматикалық статусының өзгеруі және
т.б., емдеу нәтижелерінің жалпы бағасы)

Эффективность (динамика антропометрических, гематологических
показателей, функциональных проб, изменения в соматическом статусе и
др., общая оценка результатов лечения)) _____

Былайғы емделуі туралы ұсыныстар

(Рекомендации по дальнейшему лечению) _____

Инфекциялық аурулармен түйісуі

(Контакты с инфекционными заболеваниями) _____

Бастан өткерген интеркурентті аурулары, негізгі және қосалқы

сырқаттарының асқынуы

(Перенесенные интеркуррентные заболевания, обострение основного и

сопутствующих заболеваний) _____

Ординатордың қолы

(Подпись ординатора) _____

Бас дәрігердің қолы

(Подпись главного врача) _____

Күні (Дата) _____

ЕРЕСЕКТЕРДІҢ БЛОГІ (18 жас және жасы үлкен)

БЛОК ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ (18 лет и старше)

1. Шағымы, қашаннан бері сырқат, анамнез деректері, бұның алдындағы

емделуі, оның ішінде санаторийлік-курорттық (Жалобы, давность

заболевания, данные анамнеза, предшествующее лечение, в том числе

санаторно-курортное)

2. Клиникалық, зертханалық, рентгенологиялық және басқа

зерттеулердің қысқаша деректері (күндері)

(Краткие данные клинического, лабораторного, рентгенологического и

других исследований (даты)) _____

3. Диагноз: а) негізгі (основной) _____

б) қосалқы сырқаттары (сопутствующие заболевания) _____

ҚОРЫТЫНДЫ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ):

Курорттық емдеу (Курортное лечение) _____

ұсынылған курорттарды көрсетіңіз

(указать рекомендуемые курорты)

а) санаторийде (в санатории) _____

бейінін көрсетіңіз (указать профиль)

б) амбулаториялық – курстық (амбулаторно-курсовое)

Жергілікті санаторийде емделу ұсынылады (курорттан тыс)

(Рекомендуется лечение в местном санатории (вне курорта))

санаторий бейінін көрсетіңіз

(указать профиль санатория)

Жыл мезгілі (Время года) _____

М.О	Е м д е у ш і	д ә р і г е р
М.П	(Лечащий врач)	_____
	Б ө л і м ш е	м е н г е р у ш і с і
	(Заведующий отделением) _____	

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 075/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 7 5 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 075/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 076/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 7 6 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**Балалар мен жасөспірімдерге арналған
САНАТОРИЯЛЫҚ-КУРОРТТЫҚ КАРТА
САНАТОРНО-КУРОРТНАЯ КАРТА
для детей и подростков**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Казахстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 077/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 077/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

**ЖОЛДАМА №
ПУТЕВКА №**

Балалар санаторийіне (в детский санаторий) _____

Санаторийдің атауы мен медициналық бейіні (наименование санатория

и медицинский профиль)

Мерзімі (сроком с) 20__ жылғы (года) _____ бастап (до) 20__ жылғы

(года) _____ дейін _____

Тегін жолдаманы сатуға немесе басқа адамға беруге тиым салынады

(Путевка бесплатная, продажа или передача другим лицам запрещается)

Баланың тегі (Фамилия ребенка) _____

Толық аты (Имя (полностью)) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

Телефон _____

Жолдама берген ұйымның мекенжайы (Адрес организации, выдавшего

путевку) _____

Жолдама берген Жолдама берген адамның қолы, лауазымы, тегі

ұйымның мөрі (Подпись лица, выдавшего путевку, должность и

фамилия)

Печать организации, _____

выдавшего путевку _____

№ 077/е.н.2 беті

(Стр.2 ф. № 077/у)

Санаторийге қабылданатын балалар жасы

(В санаторий принимаются дети в возрасте)

Жастан (от) _____ до _____ жасты қоса (включительно)

АЙҒАҚТАР (медициналық бейініне сәйкес)

ПОКАЗАНИЯ (в соответствии с медицинским профилем)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Жалпы қарсы айғақтар (Общие противопоказания)

1. Жіті кезеңдегі басқа аурулар (Все болезни в остром периоде)

2. Арнайы емдеуді қажет ететін барлық созылмалы сырқаттар

(Все хронические заболевания, требующие специального лечения)

3. Бастан өткерген инфекциялық ауруларының оқшаулау мерзімі

біткенше (Перенесенные инфекционные болезни до окончания срока

изоляции)

4. Бациллотасушылық (Бациллоносительство)

5. Көз бен терінің барлық жұқпалы аурулары, қатерлі анемия,

лейкемия, қатерлі ісіктер, кахексия, ішкі ағзалар амилоидозы,

өкпе және басқа ағзалар туберкулезінің белсенді формасы

(Все заразные болезни глаз, кожи, злокачественная анемия,

лейкемия, злокачественные новообразования, кахексия, амилоидоз

внутренних органов, активные формы туберкулеза легких и других

органов)

6. Жүрек-тамыр жүйесінің аурулары (Болезни сердечно-сосудистой

системы):

а) жергілікті мамандандырылған санаторийлер үшін-қан айналымының

1 дәрежеден жоғары жетіспеушілігі. (для местных специализированных

санаториев – недостаточность кровообращения выше 1 степени)

б) курорттардағы санаторлық емдеу үшін – қан айналымы

жетіспеушілігінің барлық дәрежесі (Для санаторного лечения

на курортах – недостаточность кровообращения любой степени)

7. Эпилепсия, психоневроз, психопатия, ақыл-есі кем, жекеше

күтім мен емдеуді қажет ететін балалар (Дети с эпилепсией,

психоневрозами, психопатией, умственной отсталостью, требующие

индивидуальных условий ухода и лечения)

8. Осы курорт пен санаторийде емделуге қайшылық ететін қосалқы

сырқаты бар балалар. Осы санаторий үшін жасы мен сырқаты сәйкес

келмейтін балалар санаторийге қабылданбайды (Наличие у детей

сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного

курорта или санатория. Дети, не показанные для данного

санатория по возрасту и заболеванию, в санаторий не принимаются)

№ 077/е.н.3 беті

(Стр.3 ф. № 077/у)

Жолдама төмендегідей құжаттар болғанда күшіне енеді

(Путевка действительна при наличии):

1. Санаториялық-курорттық картасы (Санаторно-курортной карты)

2. Тұрғылықты жерінде инфекциялық аурулармен түйіспегені жайлы

эпидемиологтың анықтамасы (Справки эпидемиолога об отсутствии

контакта с инфекционными больными по месту жительства)

3. Инфекциялық тері аурулары жоқтығы туралы дерматологтың

анықтамасы (Справки от дерматолога об отсутствии инфекционных

заболеваний кожи)

4. Күл және дизентерия бактерия тасымалдаушылығына зерттеулер

деректері (эпидемиологиялық және медициналық көрсетімдері бойынша)

(Данные исследования на дифтерийное и дизентерийное

бактерионосительство (по эпидемиологическим и медицинским

показаниям))

5. Мектеп оқушыларында мектебінен мінездеме және күнделігі

болуы керек (оларды күздік-қыстық-көктемдік кезеңдерде жолдағанда)

(Школьники должны иметь характеристику из школы и дневник

(при направлении их в осенне-зимне-весенний период))

6. Балалар мезгіліне сай киіммен және аяқ киіммен, сонымен

қатар спорттық киім мен жеке бас гигиенасының заттарымен

қамтамасыз етілуі тиіс (Дети должны быть обеспечены одеждой

и обувью по сезону, а также спортивной одеждой и предметами

личной гигиены)

ЕСКЕРТПЕ (ПРИМЕЧАНИЕ):

Балалардың ас қорыту ағзалары сырқатын емдеуге арналған

санаторийлерде дизентерия бактериясын тасуымалдаушылыққа

тексеру міндетті (В санаторий для детей с заболеваниями

органов пищеварения обследование на дизентерийное

бактерионосительство обязательно)

№ 077/е.н.4 беті

(Стр.4 ф. № 077/у)

Санаторийдің мекенжайы (Адрес санатория) _____

Қатынасу жолдары (Пути сообщения) _____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 078/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 7 8 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения атауы

Сноска. Форма № 078/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 079/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 079/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына
МЕДИЦИНАЛЫҚ АНЫҚТАМАСЫ
МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
на школьника, выезжающего в оздоровительный лагерь

1.Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____ үй телефоны № (домашний телефон №) _____

Мектеп № мен оның мекенжайы (№ школы и ее адрес) _____

Телефон № _____ сынып (класс) _____ аудан (район) _____

Емхана № мен оның мекенжайы (№ поликлиники и ее адрес) _____

_____ телефон № _____

Денсаулық жағдайы (егер диспансерлік бақылауда болса, диагнозын

көрсетіңіз) (Состояние здоровья (если состоит под диспансерным

наблюдением, указать диагноз)) _____

Бастан өткерген инфекциялық аурулары (қызылша, жәншау, көкжөтел,

без шошуы, Боткин ауруы, жел шешек, дизентерия)

(Перенесенные инфекционные заболевания (корь, скарлатина, коклюш, свинка, болезнь Боткина, ветряная оспа, дизентерия) _____

Жүргізілген екпелер (КДС) соңғы екпенің уақыты көрсетілуімен

(Проведенные прививки (КДС) с указанием даты последней) _____

Дене дамуы (Физическое развитие) _____

Дене шынықтыру тобы (Физкультурная группа) _____

Ұсынылған режим (Рекомендуемый режим) _____

_____ анықтаманың берілген күні (дата выдачи справки)

Мектеп немесе балалар емханасы дәрігерінің қолы _____

(Подпись врача школы или детской поликлиники)

№ 079/е.н. 2 беті

Стр.2 ф.№ 079/у

Сауықтыру лагерінің дәрігері толтырады

Заполняется врачом оздоровительного лагеря

Сауықтыру лагерінде болған кезіндегі денсаулық жағдайы мен бастан

өткерген аурулары (Состояние здоровья и перенесенные заболевания

во время пребывания в оздоровительном лагере) _____

Инфекциялық аурулармен түйісуі (Контакт с инфекционными

больными) _____

Сауықтыру лагерінде сауығуының тиімділігі

(Эффективность оздоровления в оздоровительном лагере):

Жалпы жағдайы (Общее состояние) _____

Түскен кездегі салмағы (Вес при поступлении) _____

кеткен кездегі (при отъезде) _____

Динамометрия _____

Спирометрия _____

Күні (Дата) _____

Сауықтыру лагері дәрігерінің қолы

(Подпись врача оздоровительного лагеря) _____

Анықтама оқитын мектебіне қайтарылуы тиіс

(Справка подлежит возвращению в школу по месту учебы)

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 081/е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 8 1 / у а т а у ы утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ТУБЕРКУЛЕЗБЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТЫҢ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ КАРТАСЫ

АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ

№ _____

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Эпидемиологиялық есепке алынған күні (Дата взятия на эпидемический

учет) _____ толтырылған күні (Дата заполнения) _____

Эпидемиологиялық есептен шығарылған күні (Дата снятия с

эпидемический.учета) _____ Учаске (Участок) № _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Жынысы (Пол) _____ Туған күні (Дата рождения) _____

(күні, айы, жылы (число, месяц, год)

Жұмыс орны (балалар үшін: бұлдіршін, бала бақшасы, мектебі) (Место

работы (для детей: ясли, детсад, школа) _____

Өндіріс саласы (Отрасль промышленности) _____

кәсібі (профессия) _____

лауазымы (должность) _____ қызмет телефоны №

(служебный телефон) № _____

Жұмыс істемейтіндер үшін – көрсетіңіз: үй шаруасындағы әйел,

зейнеткер, бас бостандығынан айыру орындарынан және басқалар (Для

неработающих – указать: домохозяйка, пенсионер, из мест лишения

свободы и прочие) _____

Кәсібі мен бұрынғы кәсіби зияндылықтары (Профессия и профессиональные

вредности в прошлом) _____

Мүгедектігі (жалпы, ОСМ, АМ): себебі (туберкулез, басқа аурулар

(астын сызыңыз)) (Инвалидность (общая, ИОВ, ИА): причина (туберкулез,
другие заболевания – (подчеркнуть))

Мүгедектік тобы (Группа инвалидности) _____

Мекенжайының, жұмыс орны мен кәсібінің өзгеруі (Перемена адреса,
места работы и профессии) _____

Мекенжайының ауысуы Перемена адреса		Жұмыс орнының ауысуы Перемена места работы		Осы қалада неше жыл тұрады (Сколько лет живет в данном городе)
Күні Дата	Жаңа мекенжайы Новый адрес	Күні Дата	Жаңа жұмыс орны, кәсібі Новое место работы, профессия	Егер уақытша тұрса, онда тұрақты мекенжайы (Если живет временно, то адрес постоянного местожительства): Елді мекен (Населенный пункт) Көше (улица, переулок)) Үй (дом) № ____ Корпус (барак) № ____ Пәтер (квартира) № ____ Телефон _____

Жұмыс жағдайының өзгеруі (Перемена условий труда) _____

Бөлмелер саны (Число комнат) _____ Бөлме жарық, қараңғы, жылы, суық,
құрғақ, ылғалды (астын сызыңыз) (Комната светлая, темная, теплая,
холодная, сухая, сырая (подчеркнуть))

Пәтер бөлек, ортақ (астын сызыңыз). Бөлмеде жалғыз ұйықтайды,

отбасымен (астын сызыңыз) (Квартира отдельная, коммунальная

(подчеркнуть) Спит в комнате один, с семьей (подчеркнуть))

Отбасында туберкулезбен ауру оқиғалары. (Случаи заболевания

туберкулезом в семье) _____

Туберкулезбен ауыратын науқаспен түйісуі (кіммен, неше жасында)

(Контакт с ТБК больным (с кем, в каком возрасте)) _____

Наукасты жіберген ұйымның атауы (Наименование организации,

направившего больного) _____

Күні Сырқат профтексеру кезінде, симптомдар пайда

болғанда анықталды (астын сызыңыз)

заболевание выявлено при профосмотре, при обращении

с симптомами (подчеркнуть)

Даты Диагноз _____ тобы

_____ (группа) _____

_____ Диагноз _____ тобы

_____ (группа) _____

Диагноз _____ тобы

(группа) _____

Диагноз _____ тобы

(группа) _____

Бастан өткерген аурулары Перенесенные заболевания	Неше жасында В возрасте	Бастан өткерген аурулары Перенесенные заболевания	Неше жасында В возрасте	АНАЛЫҒЫ Жүктілік саны (Сколько беременностей)	МАТЕРИНСТВО Туылды (Родилось живых детей)
Қызылша (Корь)		Өкпенің қабынуы (Воспаление легких)		Қанша тірі бала туылды (Родилось живых детей)	_____
Көкжөтел (Коклюш)		Өкпеқап қабынуы (Плеврит)		Өлі туғандар (Мертворожденных) Жасанды аборттар (Абортов искусственных)	_____
Жәншау (Скарлатина)		Безгек (Малярия)		Өздігінен болған түсік (Самопроизвольных абортов)	_____
К ү л (Дифтерия)		М е р е з (Сифилис)		— Соңғы жүктіліктің ағымы (Течение последней беременности)	_____
Сүзек пен қылау (Тифы и паротифы)		Операциялары (Операции)		Етеккірі (Менструация с)	_____
Созылмалы бронхит (Бронхит хронический)				ж а с ы н а н (лет расстроенная с) бұзылуы	_____ (л е т)
Қосалқы (Сопутствующие заболевания)				ОҒАНЫҒЫ Организмнің дамуы (балалар үшін) РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗМА (для детей)	_____
				Нешінші бала, туғандағы салмағы (Который по счету, вес при рождении)	_____
				Мерзімінде туылды иә, жоқ (астын сызыңыз) (Родился в срок да, нет (подчеркнуть))	_____
				Омырау емуі (Грудное вскармливание до)	_____
				_____ дейін Қосымша	_____
				тамақтандыру (Прикармливание)	_____
				басталуы (с)	_____
				Қазіргі уақытта тамақтануы: омыраумен, жасанды, аралас (астын сызыңыз)	_____
				(В настоящее время питание: грудное, искусственное, смешанное (подчеркнуть))	_____
				Тісі неше жасынан бастап шыға бастады (Возраст прорезывания зубов)	_____

	Өздігінген отыруы (Начал сидеть) _____
	— —
	Жүруі (ходить) _____
	— —
	Әлжуаз,шымыр болып өсті (астын сызыңыз)
	(Рос слабым, крепким (подчеркнуть))
	Туғанда туберкулезге қарсы егілді
	(Вакцинирован против туберкулеза при
	рождении) _____
	б) кейінгі жылдарда (қашан)
	(в последующие годы (когда)) _____
	— —

№ 081/е н. 3 беті

Стр.3 ф. № 081/у

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

Жалпы көңіл-күйі: жақсы, қанағаттанарлық, жаман (Общее самочувствие:

хорошее, удовлетворительное, плохое) Жұмысқа қабілеттілігі: қалыпты,

төмендеген, қабілетсіз (астын сызыңыз) (Работоспособность:

нормальная, пониженная, неработоспособность (подчеркнуть))

Тәбеті: жақсы, қанағаттанарлық, жаман (Аппетит: хороший,

удовлетворительный, плохой.) Арықтауы: иә, жоқ. (Похудание: да, нет)

Температурасы: қалыпты, субфебрильді (астын сызыңыз). (Температура:

нормальная, субфебрильная (подчеркнуть)).

Тершеңдік: бар, жоқ (астын сызыңыз) (Потливость: есть, нет (подчеркнуть))

Жөтелуі: құрғақ, қақырықпен, ірінді қақырықпен, қанша уақыттан бері

(Кашель: сухой, с мокротой, с гнойной мокротой, сколько времени)

Ентігуі: бар, жоқ (астын сызыңыз) (Одышка: есть, нет (подчеркнуть))

Қан түкіру (Кровохарканье) _____

Дауысы: таза, қырылдақ, афония, ас ішкенде тамағы ауыруы, ас ішуге

байланыссыз (Голос чистый, хриплый, афония, боль в горле при еде,

независимо от еды) _____

Осы сырқаттың басталуы мен ағымы* (Начало и течение данного

заболевания*) _____

Сырқат алғаш қашан анықталды, КБ, каверналар (Когда впервые

обнаружено заболевание, БК и каверны) _____

Жүргізілген емнің сипаттамасы мен ұзақтығы, химиотерапиялар, ИП, ПП,

хирургиялық араласулар (күнін көрсетіңіз) (Характер и длительность

проводившегося лечения, химиотерапии, ИП, ПП, хирургического

вмешательства (указать даты) _____

Асқынулар (жанама құбылыстар, белсенді емдеу тәсілдерінің асқынуы)

(Осложнения (побочные явления, осложнения активных методов лечения)):

*осы ұйымға қаралуға келгенде толтырылды (заполняется на момент

обращения в данную организацию)

№ 081/е н. 4 беті

Стр.4 ф. № 081/у

Наукасты зерттеу Жалпы дамуы (жасына сәйкес)

Исследование больного Общее развитие (соответствующее возрасту)

Бойы Рост	Салмағы Вес	Кеуде шеңбері Окружность груди	T ⁰	Тамыр соғуы Пульс	

Тері қабаты, жылбысқы қабығы (Кожа и слизистые) _____

Сүйектер, сүйек қанқасы мен бұлшық еттер (Кости, костный скелет и

мышцы) _____

Ас қорыту жүйесі (Пищеварительная система) _____

Бауыры (Печень) _____

Көк бауыры (Селезенка) _____

Жүрек (Сердце) _____

Шет тамырлар (Периферические сосуды) _____

Жүйке жүйесі (Нервная система) _____

Несеп-жыныс жүйесі (Мочеполовая система) _____

Басқа ағзалардың қалыптан ауытқуы (Отклонения от норм в прочих
органах) _____

№ 081/е н.5 беті

Стр.5 ф. № 081/у

Лимфа бездері (Лимфатические железы)

Т о б ы (Группа)	Қ а й жақтан (Сторона)	Өлшемі (Размер)	Консистенцияы (Консистенция)	Т ы р т ы қ т а р (Рубцы)	Т о б ы (Группа)	Қ а й жақтан (Сторона)	Өлшемі (Размер)	Консис­те (Консис­те
М о й ы н (Шейные)					Қолтық асты (Подмышечные)			
Ж е л к е (Затылочные)					К е у д е (Торакальные)			
Ж а қ а с т ы (Подчелюстные)					Ш ы н т а қ (Локтевые)			
И е к а с т ы (Подбородочные)					Ш а п (Паховые)			
Б ұ ғ а н а ү с т і (Надключичные)								

Т у б е р к у л и н (Туберкулиновые пробы)										с ы н а м а л а р ы		Б а с қ а (Прочие пробы)	
Гранулденген тері үсті сынамалары (Гранулированные накожные пробы)						р. Манту						Күні (Дата)	Нәтижелері Результаты
К ү н і (Дата)	Сұйылту Разведение)					Күні (Дата	Туберкулин сериясы (Серия туберкулина)	Жарамдылық мерзімі Өндіру орны (Срок годности. Место производства)	Сұйылту (Разведение)	Нәтижелері (Результаты)			
	Нәтижелері Результаты)												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		

№ 081/е н. 6 беті

Стр.6 ф. № 081/у

Рентгенологиялық қараудың деректері Данные рентгенологического обследования

№ 081/е н. 7 беті

Стр.7 ф. № 081/у

МТБ-ға ЗЕРТТЕУ ИССЛЕДОВАНИЕ НА МТБ

Күні Дата	Зерттеу жүргізілген ұйым Организация, где было исследование	Материал	Зерттеу әдісі Метод исследования	Нәтиже (сепкен кезде, колония санын көрсетіңіз) Результат (при посевах, указать число колоний)	Дәрі-дәрмекке сезімталдығы Лекарственная чувствительность

№ 081/е н.8 беті

Стр.8 ф. № 081/у

МТБ-ға ЗЕРТТЕУ ИССЛЕДОВАНИЕ НА МТБ

Күні Дата	Зерттеу жүргізілген ұ й ы м Организация, где было исследование	Материал	Зерттеу әдісі Метод исследования	Нәтиже (сепкен кезде, колония санын көрсетіңіз) Результат (при посевах, указать число колоний)	Дәрі-дәрмекке сезімталдығы Лекарственная чувствительность

№ 081/е н. 9, 10 беті

Стр.9, 10 ф. № 081/у

Науқастың еңбекке қабілеттілігі Состояние трудоспособности больного

Уақытша еңбекке қабілетсіздігін есепке алу Учет временной нетрудоспособности			Тұрақты еңбекке қабілетсіздігінің динамикасы Динамика стойкой нетрудоспособности			
Ауруханалық парақ берілген күн Дата выдачи больничных листов			Диагноз	МСЭК-де куәландыру күні Д а т а освидетельствования на МСЭК	Мүгедектік тобы Группа инвалидности	Туберкулез себебінен, басқа сырқаттар себебінен (көрсетініз) Вследствие туберкулеза, др.заболеваний (указать)
Бастап (с) ____ __ дейін (по) ____	Бастап (с) ____ __ дейін (по) ____	Бастап (с) ____ __ дейін (по) ____				

№ 081/е н. 11, 12 беті

Стр.11, 12 ф. № 081/у

ЭПИКРИЗ

ЛАРИНГОЛОГТЫҢ, БРОНХОЛОГТЫҢ ТЕКСЕРУ
ОБСЛЕДОВАНИЕ ЛАРИНГОЛОГОМ, БРОНХОЛОГОМ

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

Тамағының құрғауы, жыбырлауы, шашалуы (Сухость в горле, щекотание,
поперхивание) _____

Ас ішкенде тамағының ауыруы, ас ішуге байланыссыз (Боль в горле при
еде, независимо от еды) _____

Дауысы: таза, қырылдақ, афония (Голос: чистый, хриплый, афония)

Қарау деректері (Данные осмотра):

Құлақтар (Уши) _____

Мұрын (Нос) _____

Ауыз (Рот) _____

Жұтқыншақ (Глотка) _____

Көмей (Гортань) _____

Кеңірдек (Трахея) _____

№ 081/е н. 14 беті

Стр. 14 ф.№ 081/у

Тыныс жолдарының, ауыз қуысы мен құлақтың ауруларының басталуы

(Начало болезни дыхательных путей, ротовой полости и уха) _____

Тыныс жолдарының, ауыз қуысы мен құлақ ауруларының ағымы және алдыңғы емделуі (Течение и предшествующее лечение дыхательных путей, ротовой полости и ушей) _____

Тыныс жолдары, ауыз қуысы мен құлақ сырқаттарының диагнозы (Диагноз заболевания дыхательных путей, ротовой полости и уха) _____

Тыныс жолдарының ТБК тобы (Группа ТБК дыхательных путей) _____

20__ жылғы (года) " __ " _____ Дәрігер (Врач) _____

№ 081/е н. 15 беті

Стр. 15 ф.№ 081/у

ХИРУРГТІҢ ТЕКСЕРУ
ОБСЛЕДОВАНИЕ ХИРУРГОМ

Науқастың шағымы (Жалобы больного) _____

Сырқат белгілері қашан пайда болды (Когда появились признаки

заболевания) _____

Ауру қалай дамыды: бірден, ақырындап (Как развивалось заболевание:
сразу, постепенно) _____

Дене қызуының көтерілуі және сипаттамасы (Повышение температуры и ее
характер) _____

Ауырсыну болды ма, қашан-түнде, күндіз, тыныштық кезінде,
қимылдағанда (Были ли боли, когда – ночью, днем, в покое, при
движении) _____

Алдыңғы емделуі: үйде, амбулаторияда, стационарда (астын сызыңыз)

(Предшествующее лечение: на дому, в амбулатории, в стационаре

(подчеркнуть)) _____

Қанша уақыт бойы (В течение какого времени) _____

Қайда (Где) _____ Қозғалмайтын таңғыштар (Неподвижные

повязки) _____

Климатпен емдеу (Климатическое лечение) _____ Балшықпен емдеу

(Грязелечение) _____

Емдеу нәтижелері (Результаты лечения) _____

Науқастың жағдайы: жалпы жағдайы (еңбекке қабілеттілігі) (Состояние

больного: общее состояние (работоспособность)) _____

Сыртқы әлпеті (жалпы статикасы мен ауру ағзаның) (Внешний вид (общая

статика и статика больного органа)) _____

Ауырған облыс үстіндегі тері қабатының күйі (Состояние кожи над

пораженной областью) _____

Ауырсынуы, орналасқан жері, дәрежесі (Болезненность, локализация,

степень) _____

Жергілікті температура (Местная температура) _____

№ 081/е н. 15 беті

Стр. 15 ф.№ 081/у

Конфигурацияның өзгеруі (Изменение конфигурации): а) облысы (область)

_____ б) формасы (форма) _____

Атрофия _____

Контрактулар: ауырсыну, неврогенді, миогенді, атрогенді, тыртық

салдарынан (Контрактуры: болевая, неврогенная, миогенная,

артрогенная, рубцевая) _____

Анкилоздар (Анкилозы): а) бұрыш градуспен (угол в

градусах) _____ б) жағдайы (положение) _____

Ағып тұрған ірінді жаралар (орналасуы, өлшемі, т.б.) (Натечные

гнойники (локализация, размер и пр.)) _____

Жыланкөз тесіктер (Свищи) _____ Тыртықтар (Рубцы) _____

Өзгерістер (Изменения) _____

Нерв жүйесінің бұзылуы: а) қозғалыстық, б) сезгіштік, в) трофикалық,

г) рефлексдер жағдайы: жоғарылаған, төмендеген, қалыпты, жоғалуы

(Расстройства нервной системы: а) двигательные, б) чувствительные, в)

трофические, г) состояние рефлексов: повышенное, пониженное,

нормальное, отсутствие) _____

Жамбас ағзаларының бұзылуы (Расстройства тазовых органов): _____

Рентген _____

Хирургиялық диагнозы
(Хирургический диагноз):

Орналасуы (Локализация) _____

Процесс сипаттамасы: белсенді (бастапқы, айқын, меңдеген),

белсенділігін жоғалтқан, тынышталған (Характер процесса: активный

(начальный, выраженный, далеко зашедший) потерявший активность,

затихший) _____

Асқынуы (Осложнения) _____

Басқа сырқаттары (Другие заболевания) _____

Күні (Дата) 20__ жылғы (года) " __ " _____ Дәрігердің қолы

(Подпись врача) _____

№ 081/е н. 17 беті

Стр. 17 ф.№ 081/у

Қаралу күндері: амбулаторияда, үйінде Дата посещения: амбулаторно, на дому	Науқастың шағымы, объективті деректер, ауру ағымы, дәрігерлер мен кеңес берушілердің қолы Жалобы больного, объективные данные, течение болезни, подписи врачей и консультантов	Тағайындаулар Назначения

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 б ұ й р ы ғ ы м е н бекітілген № ТБ 15/е нысанды м е д и ц и н а л ы қ құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Форма № Т Б 1 5 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Туберкулезге күдікті науқастарды тіркеу журналы

Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р.с № № пп	Қаралған күні Дата обращения	ТАӘ ФИО	Жасы Возраст	Жынысы Пол	Қ М * жіберілген күні Дата направления на ММ*	Қорытындылар Результаты			ФГ/РГ** жіберілген күні Дата направление на ФГ/РГ**	ФГ/РГ қорытындысы Результат ФГ/ РГ	Антибиотиктерді тағайындау (Диагн атауы, мерзімі) Назначение антибиотиков (приме'	Диагн Диагн примеч
						1	2	3				

ҚМ* - Қақырық микроскопиясы ММ* - микроскопия мокроты

ФГ/РГ** - флюорография рентгенография ФГ/РГ** - флюорография, рентгенография

Форма

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген Т Б 1 6 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Ф о р м а Т Б 1 6 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ДИСПАНСЕРЛІК КОНТИНГЕНТТІ БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДИСПАНСЕРНЫМ КОНТИНГЕНТОМ

Жеке коды/Индивидуальный код _____

Жеке куәлігінің нөмірі/туу туралы куәлігі _____

(Номер удостоверения личности (свидетельства о рождении))

1. Контингент түрі/

Тип контингента

күдікті белсенді ТБ (ТБ сомнительной активности)

белсенді ТБ (ТБ активный)

белсенді емес ТБ (ТБ неактивный)

қатынаста болған (контактный): ТБ КДТ ТБ/МЛУ ТБ КАДТ ТБ /ШЛУ ТБ; из
МБТ(+)

МБТ(-)

нормергия

гиперергиялық әсері (гиперергическая реакция)

БЦЖ жанама әсері (побочная реакция на БЦЖ)

2. Жеке мәліметтері

(Индивидуальные данные)

Тегі (Фамилия) _____

Аты (Имя) _____ Әкесінің аты (Отчество) _____

Туған күні (Дата рождения): ____/____/____ кк/аа/жжжж/

ДД/ММ/ГГГГ

Ұлты (Национальность) _____

Жынысы (пол): ер (мужской); әйел (женский)

Нақты тұратын мекенжайы

(Адрес фактического проживания): _____ облысы (область)

_____ қаласы/ауданы _____ елді мекені/

город/район населенный пункт

_____ көшесі/улица ____ үй/дом ____ пәтер/кв

телефоны _____

Тұрғыны (Житель): қала (город) ауыл (село)

Жұмыс орны (место работы) _____

Сауықтырылуы/Оздоровление: санаторийлік топ (санаторная группа)

санаторийлік балабақша (санаторный детский сад)

санаторийлік мектеп-интернат (санаторная школа-интернат)

ТБ санаторийі (ТБ санаторий)

Басталған күні (Дата начала) ____/____/____ Аяқталған күні (Дата
окончания) ____/____/____

Хирургиялык емі (Хирургическое лечение): ия (да) жок (нет)

Басталған күні (Дата начала) ____/____/____ Аяқталған күні (Дата
окончания) ____/____/____

3. Зерттеу нәтижелері

(Результаты исследований)

[illegible]

6 – ТБ деп анықталмаған/ТБ не подтвердился;

7 – Басқа мекемеге ауыстырылуы/Перевод в другое учреждение;

8 - Диспансерлік бақылаудан үзілді "ТБ белсенді емес"-12 ай, "ТБ белсенді"-6 ай,

"0 топ"-4 ай/Отрыв от диспансеризации "неактивные ТБ"-12 месяцев, "активные ТБ"
"-6

месяцев, "0гр." - 4 месяца;

9 - Диспансерлік бақылаудан алынуы/Снят с диспансерного учета.

Химиопрофилактика: ия (да) жоқ (нет) Н (Изониазид)

Ия қойылған жағдайда/Если да:

Басталған күні/Дата начала ____/____/____

Аяқталған күні/Дата окончания____/____/____

Басталған күні/Дата начала ____/____/____

Аяқталған күні/Дата окончания____/____/____

Басталған күні/Дата начала ____/____/____

Аяқталған күні/Дата окончания____/____/____

Ем қабылдау мерзімі/Курс лечения: 180 күн/дней

5. Бұл бөлімге белсенді бактерия бөліп тұратын науқастарды тіркейді

(ошақтың эпидемиологиялық тобына жататындар)/

Эта часть заполняется на активных больных с бактериовыделением

(относится к эпидемиологической группе очага)

Ошақтың (1 ; 2 ; 3) Группа (1;2;3)	тобы очага	Есепке Алынғаны Взят учет	Есептен Алынды Снят с учета	Алыну себебі Причина снятия	****

**** 1-II топқа ауыстырылғаны/1-Перевод во II группу; 2-басқа мекемеге

ауыстырылуы/2-Перевод в другое учреждение; 3-басқа да себептерден н/е ТБ қайтыс

болуы/3-Умер от ТБ или других причин; 4-Эпидемиологиялық бақылаудан шығарылуы/4- Снят с

эпидемиологического контроля.

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Республикасы	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 б ұ й р ы ғ ы м е н бекітілген № 082/е нысанды м е д и ц и н а л ы қ құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская документация Форма № 0 8 2 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Медициналық анықтамаға түбіртек

Корешок к медицинской справке

№ _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Диагнозы мен шет елге шығуға қарсы айғақтарының жоқтығы туралы

медициналық қорытынды (Диагноз и медицинское заключение об отсутствии

противопоказаний к выезду за границу) _____

Елдің атауы (Название страны) _____

Жолданушының мекенжайы (Домашний адрес направляемого) _____

Анықтаманың берілген күні (Дата выдачи справки)

20__жылғы(года) "__" _____

Комиссия төрағасы (Председатель комиссии)

Комиссия мүшелері (Члены комиссии)

М.О Комиссия төрағасы (Председатель комиссии)

А 5 Формат А5	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 082/е нысанды

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 0 8 2 / у атауы утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

(Шет елге шығушыға)
МЕДИЦИНАЛЫҚ АНЫҚТАМА
МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
(для выезжающего за границу)

Берілді (Выдана) _____

тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

_____ жаста (лет), емханада медициналық тексеруден өткені туралы

(в том, что он прошел медицинский осмотр в поликлинике) _____

ұйымның атауы мен орналасқан орны (название и местонахождение
организации)

Тексеріп-қарау кезінде анықталды (При осмотре установлено) _____

Денсаулық жағдайы бойынша жеке тұлға (По состоянию здоровья лица)

шет елге іссапарға шығуына болады (может быть направлен в заграничную командировку) _____

елдің атауы (название страны)

мерзімге (сроком на) _____ 20 жылғы (года) " __ " _____

М.П Комиссия мүшелері (Члены комиссии)

Жақша ішінде тегіңізді анық жазыңыз

(В скобках фамилии писать разборчиво)

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 083/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 083/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. Форма ведется в электронном виде

Көлік құралдарын басқаруға рұқсат беру туралы медициналық анықтама
Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом
квартира

Байланыс телефоны/Контактный телефон Место для ввода текста.

Жұмыс/оқу орны/Место работы/учебы Место для ввода текста. Лауазымы/
Должность Место для ввода текста.

Медициналық анықтамны беру күні/Дата выдачи медицинской справки Место для
ввода даты.

Мамандардың медициналық зерттеп - қарау нәтижесі:
Результаты медицинского осмотра у специалистов:

Терапевт дәрігер / ЖТД/Врач-терапевт/ВОП

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания

Выберите элемент. Место для ввода текста.

Невропатолог дәрігер/Врач-невропатолога наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания Выберите элемент.Место для ввода текста.

Офтальмолог дәрігер/Врач-офтальмолог наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания Выберите элемент.Место для ввода текста.

Оториноларинголог дәрігер/Врач- оториноларинголог наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦК/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания Выберите элемент. Место для ввода текста.

Хирург дәрігер/Врач- хирург наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦК/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания Выберите элемент.Место для ввода текста.

Психиатр дәрігер/Врач-психиатр наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦК/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания Выберите элемент.Место для ввода текста.

Психиатр-дәрігердің психологиялық тестлеумен қорытындысы/Заключение врача-психиатра с психологическим тестированием Место для ввода даты. Место для ввода текста.

Нарколог дәрігер Врач-нарколог наименование код

Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Куәландыру күні/Дата освидетельствования Место для ввода даты.

Қарсы көрсеткіштер қорытындысы/Заключение противопоказания Выберите элемент.Место для ввода текста.

Психобелсенді заттардың болуына сұйық биологиялық ортаға талдау/Результат и дата исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ Место для ввода даты. Место для ввода текста.

Орындаушының Т.А.Ә./Ф.И.О. исполнителя, Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Нарколог-дәрігердің қорытындысы/Заключение врача-нарколога Место для ввода текста. ЭЦҚ/ЭЦП

ҰЙҒАРЫМ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Троллейбустар мен трамвайларды басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению троллейбусами и трамваями.

2. Автомобильдерді максималды салмағын шектеусіздікпен және автобустарды жолаушылар сымдылығын шектеусіздікпен "А", "В", "С", "D", "BE", "CE", "DE", шағын категориялар А1, В1, С1, D1, С1Е и D1Е, сондай-ақ трамвайлар мен троллейбустар санаттары бойынша басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению автомобилями без ограничения максимального веса и автобусами без ограничения вместимости пассажиров "А", "В", "С", "D", "BE", "

СЕ", DE", подкатегорий "A1, B1, C1, D1, C1E и D1E", а также трамваями и троллейбусами.

3."B" категориялы өз жеке автомобилін жалданып жұмыс істеу құқығынсыз басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению индивидуальным автомобилем категории "B" без права работы по найму.

4. Қолмен басқарылатын автомобилді басқаруға к управлению автомобилем с ручным управлением. Выберите элемент.

5. Мотоциклді, мотороллерді ("A" категориясы) басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению мотоциклом, мотороллером (категории "A").

6. Мотоарбаны басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению мотоколяской.

7. Мопедті басқаруға Выберите элемент.

Выберите элемент. к управлению мопедом.

Анықтама қанша мерзімде күшінде/Срок годности справки Место для ввода даты.

Фотосурет орны/Место для фотокарточки

Медициналық комиссиясының мөрі

Печать медицинской комиссии

Комиссия төрағасы/Председатель комиссии

Т.А.Ә./Ф.И.О. Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

Хатшы/Секретарь

Т.А.Ә./Ф.И.О. Фамилия Имя Отчество ЭЦҚ/ЭЦП

A5 форматы

Формат A5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 084/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның	атауы	Медицинская документация Форма №
Наименование организации		0 8 4 / у
		утверждена приказом
		и.о. Министра здравоохранения
		Республики Казахстан
		от 23 ноября 2010 года № 907

Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы
ДӘРІГЕРДІҢ ҚОРЫТЫНДЫСЫ
ВРАЧЕБНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ
о переводе беременной на другую работу

Жүкті әйелдің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество)

беременной) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Жұмыс орны мен лауазымы (Место работы и должность) _____

Жүктілігі (Беременность) _____ апта (недель) _____

Ауыстыру негіздемесі (Основание для перевода) _____

Ұсынылған жұмыс (Рекомендуемая работа) _____

Дәрігердің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество врача)

қолы (подпись) _____

Берілген күні (Дата выдачи) _____

Ауыстырылды (Перевод осуществлен) _____

Жетекшінің лауазымы (Должность руководителя) _____

Қолы (Подпись) _____ Күні (Дата) _____

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 085/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 085 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 085/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 086/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 086/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. Форма ведется в электронном виде

Медициналық жолдама

Направление на медицинский осмотр Выберите элемент. Дата Место для ввода даты.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Жодаған МҰ атауы/Наименование направившей МО Выберите элемент.

Жолданады/Направляется в Выберите элемент.

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом
квартира

Тіркелген мекенжайы/Адрес регистрации область район город улица дом квартира

Жұмыс/оқу орны/балалар мекемесі/Место работы/учебы/детского учреждения
Место для ввода текста. Лауазымы/Должность Место для ввода текста.

Соңғы медициналық зерттеп-қарау күні/Дата последнего медицинского
обследования Место для ввода даты.

Соңғы медициналық зерттеп-қару сәтінде айқындалған аурулар/Заболевания,
выявленные с момента последнего медосмотра наименование код

наименование код

наименование код

наименование код

наименование код

Дәрігер/Врач Фамилия Имя Отчество

Терапевт дәрігер/Осмотр терапевта наименование код

Невропатолог дәрігер/Осмотр невропатолога наименование код

Офтальмолог дәрігер/Осмотр офтальмолога наименование код

Психиатр дәрігер/Осмотр психиатра наименование код

Жүргізу нәтижесі және күні/Результат и дата проведения Место для ввода даты.

Психоактивті заттардың болуы үшін сұйық биологиялық ортаны зерттеу/
Исследования жидких биологических сред на наличие психоактивных веществ Место
для ввода текста.

Нарколог дәрігердің зерттеп-қарауы/Осмотр врача нарколога наименование код

A4 форматы

Формат A4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 087/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 087/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 087/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 108/е нысанды медициналық құжаттама
Министерство здравоохранения Республики Казахстан	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 108/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Алдын ала,	кезеңдік	немесе	қосымша	медициналық
тексеруге				жолдама
(Азаматтық және қызметтік каруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға)				
(амбулаториялық картаға жапсырылады)				

Направление на предварительный, периодический или дополнительный медицинский осмотр (для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия) (вклеивается в амбулаторную карту) № _____

1.Тегі (Фамилия) _____

2.Аты (Имя) _____

3. _____ Ә к е с і н і ң _____ а т ы (Отчество) _____

4. Жынысы: 1- ер; 2 - әйел (Пол: 1- муж.; 2 – жен.) (керегін сызу) (нужное подчеркнуть)

5. Туған күні (Дата рождения) _____ күні, айы, жылы (число, месяц, год)

6. Тұрақты тұрғылықты жері (Адрес постоянного места жительства): Облыс _____ (область) _____ Аудан _____ (район) _____ Елді мекен _____ (населенный пункт) _____ Көше(улица) _____ үй _____ (дом) _____ корпус _____ Пәтер _____ (квартира) _____

7. Келу жері бойынша тіркелу мекені (Адрес регистрации по месту пребывания): Облыс _____ (область) _____ Аудан _____ (район) _____ Елдімекен _____ (населенный пункт) _____ Көше (улица) _____ үй _____ (дом) _____ корпус _____ Пәтер _____ (квартира) _____

8. Медициналық тексеру уақыты (Дата проведения медицинского осмотра) _____

9. Медициналық тексеру түрі (Вид медицинского осмотра): алдын ала (предварительный), кезеклет, кезекті, кезектен тыс (периодический, очередной, внеочередной) (керегін сызу) (нужное подчеркнуть)

10. Соңғы медициналық тексеру уақыты (Дата последнего медосмотра (обследования)) _____

11. Соңғы медициналық тексеру кезінде анықталған аурулары; амбулаторлы картаға сәйкес аурулар диагноздарын көрсету керек (Заболевания, выявленные с момента последнего медосмотра; указать диагнозы заболеваний, в соответствии с а м б у л а т о р н о й к а р т о й) _____

12. Мамаң дәрігерлердің тексеру нәтижелері (Белгілі сызбанұсқа бойынша мамаң дәрігерлердің тексеру нәтижелері, қосымша ретінде Картаға жапсырылады) (Результаты осмотра врачей специалистов (данные осмотра врачей специалистов по определенной схеме в виде вкладышей вклеиваются в Карту))

12.1 Терапевттің тексеру (Осмотр терапевта) _____

12.2 Неврологтың тексеру (Осмотр невропатолога) _____

12.3 Офтальмологтың тексеру (Осмотр офтальмолога) _____

12.4 Психиатрдың тексеру (Осмотр психиатра) _____

12.5 Наркологтың тексеру (Осмотр нарколога) _____

13. Қорытынды (Заключение): _____

Берілу күні (Дата выдачи) _____
Терапевт дәрігердің қолы (Подпись врача терапевта) _____

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 108-1/е нысанды медициналық құжаттама
Министерство здравоохранения Республики Казахстан	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 108-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 3 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

М е д и ц и н а л ы қ	т е к с е р у
К О Р Ы Т Ы Н Д Ы С Ы	
(Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға)	
З А К Л Ю Ч Е Н И Е	
м е д и ц и н с к о г о	о с м о т р а
(для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношения гражданского и служебного оружия)	
20___ жылғы (года)	"___" _____
Азаматқа берілді (Выдано Гражданину (-ке)):	_____
Т А Ә	(Ф И О)
_____	Облыс (қала) область (город)
_____	аудан (район)
Алдын-ала/периодты караудың нәтижелері бойынша	
(керегін сызу)	
по результатам предварительного/периодического медицинского осмотра	
(необходимое подчеркнуть)	
в	о р г а н и з а ц и и
Мекеме аты (наименование организации)	
Дәрігер терапевт (Врач терапевт)	_____

Дәрігер	невропатолог	(Врач	невропатолог)	_____
Дәрігер	психиатр	(Врач	психиатр)	_____
Дәрігер	нарколог	(Врач	нарколог)	_____
Дәрігер	окулист	(Врач	окулист)	_____
Қарау	нәтижесі	бойынша	анықталды	(В результате осмотра установлено):

Дәрігер-терапевт/(Врач-терапевт): _____				
Т А Ә		(Ф И О)		
_____		Мөрдiң орны (Место печати)		_____ Қолы (Подпись)
Медициналық ұйымның		басшысы (Руководитель медицинской организации)		

Мөрдiң орны (Место печати)				

Форма

А4 форматы	ҚҰЖЖ бойынша	ұйым	коды _____
Формат А4	Код организации по ОКПО		

Қазақстан Республикасы	Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі	Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы
Министерство здравоохранения	"23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген
Республики Казахстан	№ 111/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы	Медицинская документация
Наименование организации	Ф о р м а 1 1 1 / у
	Утверждена приказом и.о. Министра
	здравоохранения Республики Казахстан от "23"
	ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Жүкті және жаңа босанған әйелдің
ЖЕКЕ КАРТАСЫ
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА**

беремешной и родильницы

№ _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата и год рождения) _____

ЖСН (ИИН) _____ Есепке алыну күні (Дата взятия на
учет) _____

Жүкті әйелдің қан тобы (Группа крови беременной) _____

Жүкті әйелдің резус-тиістілігі (Резус принадлежность беременной)

_____ Айқындау күні (Дата определения) _____

Ерінің қан тобы және резус-тиістілігі (Группа крови и резус принадлежность ее
мужа) по

показаниям _____

Мекенжайы, телефон (Домашний адрес, телефон) _____

Білімі: бастауыш, орта, жоғары (астын сызыңыз) (Образование: начальное, среднее,
высшее

(подчеркнуть)

Жұмыс орны, телефон (Место работы, телефон) _____

Кәсібі немесе лауазымы (Профессия или должность) _____

Күйеуінің аты-жөні, жұмыс орны, телефон (Фамилия и место работы мужа, телефон)

Диагноз: нешінші жүктілік (Диагноз: беременность которая) _____

Босануы (Роды) _____

Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности) _____

Экстрагениталдық аурулар (Экстрагенитальные заболевания) диагноз) _____

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход

беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) _____

_____ апта (недель).

Күні (Дата) _____

Босану ерешеліктері (Особенности родов) _____

Нәресте: тірі, өлі, жынысы, масса (салмағы) _____ грамм (Ребенок: живой, мертвый,

пол _____ масса (вес) грамм _____. Бойы (Рост) _____
_сантиметр

(сантиметров).

Перзентханадан шықты, ауруханаға ауыстырылды, перзентханада шетінеді (астын сызыңыз) –

диагнозы (Выписался, переведен в больницу, умер в родильном доме (подчеркнуть)

—
диагноз) _____

Жолдама бойынша келді (Обратилась по направлению)_____

Өз бетінше келу (қажеттінің астын сызу) (Самообращение (нужное подчеркнуть)

Шағымдар (Жалобы)_____

Сыртартпа (**Анамнез**)

Тектілік (Наследственность)_____

Шалдыққан ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания)_____

Гепатит _____

Туберкулез _____

Венерологиялық аурудар (Венерические заболевания)_____

Созылмалы аурулар (бар болса диспансерлік есепте тұра ма, базистік терапияны алады ма)

(Хронические заболевания (если есть, то со стоит ли на диспансерном учете, получает ли

базисную терапию) _____

Жасалған операциялар (Перенесенные операции) _____

Гемотрансфузия _____

Аллергоанамез _____

Рентгенологиялық тексеру (ақырғы тексерістің нәтижесі) (Рентгенологическое
обследование

(результат последнего обследования) _____

Еттекір функциясы (Менструальная функция):

Менархе _____ жаста (в _____ лет), еттекірдің ұзақтығы (длительность

менструации) _____ циклдың ұзақтығы (продолжительность

цикла) _____ Мол, қалыпты, сирек (астын сызу) (Обильные,

умеренные, скудные (подчеркнуть)

Жыныстық қатынасы (Половая жизнь с) _____ жастан (лет)

Неке (Брак) _____

Әкесінің денсаулығы туралы деректер (Данные о здоровье отца) _____

Тектілігі (Наследственность) _____

Рентгенологиялық тексерулер (Рентгенологическое обследование) _____

Ескертпе: дәрігерге соңғы жүргізілген тексерулердің нәтижесін беру керек (Примечание:

рекомендуется представить врачу результаты последних проведенных обследований)

Гинекологиялық анамнез (Гинекологический анамнез) _____

Контрацепция _____

Акушерлік сыртартқы (Акушерский анамнез):

Қанша жүктілік болды (Сколько было беременностей) - Оның ішінде босану (Из них родов)

-, өзінен өзі түсік тастау (самопроизвольных аборт) -, жатырдан тыс жүктілік

(внематочных беременностей) -, медтүсік (медаборт) -.

Бұрынғы жүктіліктерінің, босануларының, босанудан кейінгі кезеңдер ағымының

ерекшеліктері

(Особенности течения прежних беременностей, родов, послеродового периода)

Паритет	Жыл Год, дата	Жүктілік қай мерзімде, немен аяқталды Чем закончилась беременность и при каком сроке				Бала тірі, өлі туылды, салмағы Ребенок родился живой, мертвый, масса (вес)	Босанудың, босанудан кейінгі мерзімнің ерекшеліктері Особенности течения родов, послеродового периода
		абортпен абортами		босанумен родами			
		жасанды искус- ствен- ным (хир., меди- камен)	өздігінен самопроиз- вольным, в том числе замершей	мерзі- мінен бұрын преждевре- менными	мерзі- мінде в срок		

Соңғы етеккірі (Последняя менструация с) 20____жылғы(года) _____

_____бастап (по)_____ дейін

Жүктілік Беременность спонтанная или индуцированная (стимуляция овуляции, инсеминация)

ЭКО) (подчеркнуть).

Іштегі баланың бірінші қозғалуы (Первое движение плода) 20 ____ жылғы(года)

" ____ " ____

Жүкті әйелді бірінші рет қарау (Первое обследование беременной)

Объективті деректер (Объективные данные):

Жалпы жай-күйі (қанағаттандырылған) (Общее состояние) (удовлетворительное) ____
_____.

Бойы (Рост) _____ см. Салмағы (Масса) (вес) _____ кг.

ДМИ (дене массасының индексі) ИМТ (индекс массы тела) _____
_____.

Тері қабаты (Кожные покровы) _____
_____.

Ісік (Отеки) _____
_____.

Сүт бездерінің зерттеу (Исследование молочных желез) _____
_____.

Тыныс алу ағзаларының жай-күйі (Состояние органов дыхания)_____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы)_____

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) _____ сол қолында (на
левой

руке)_____

Іш (жұмсақ, аурусыз) (Живот) (мягкий безболезненный)_____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка)_____

Солқылдау симптомы (Симптом поколачивания)_____

Басқа ағзалары (Другие органы) _____

Несеп шығуы (Мочеиспускание)_____ Нәжіс (Стул)_____

Акушериялық мәртебе (Акушерский статус):

Жамбас өлшемдері: (Размеры таза по показаниям(рост менее 150см и выше 170 см.травмы

таза, врожденные пороки развития таза и конечностей) :

D. Sp. _____ D. cr. _____ D. troch _____ c. ext _____

C. diag _____ C. vera _____

Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование:

высота дна матки) _____ см.

Іш шеңбері (Окружность живота) по показаниям _____ см.

Ұрықтың орналасуы, позициясы, түрі (Положение плода, позиция, вид) _____

Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) _____

Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) _____

Жүктіліктің мерзімі (Срок беременности): Еттекір бойынша (По менструации)_____

УДЗ бойынша (ерте 16 аптаға дейін) (По УЗИ (раннему до 16 недель)_____

Гинекологиялық зерттеу (Гинекологическое исследование):

Сыртқы жыныс ағзалары (Наружные половые органы)_____

Айналарда (На зеркалах):_____

Қынап (Влагалище)_____ Жатыр мойыны (Шейка
матки)_____

Жатыр денесі (Тело матки)_____

Қосалқылар (Придатки)_____

Ерекшеліктері (Особенности)_____

ДИАГНОЗ: (жүктілік мерзімі) (Диагноз: (срок беременности)) _____

Болжамды босану мерзімі (Предполагаемый срок родов)_____

Ұсыныстар (Рекоменции):_____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Күні (Дата) _____

Тәуекел факторлары (әрбір келу кезінде айқындалады) (Факторы риска (определяются

при каждом посещении)

№	Қабылдау күні (Дата приема)	Тәуекел факторлары (Факторы риска)	Ескерту (қайда босануға божанады: МҰ атауы, босандырудың болжамды деңгейі) Примечание (где предполагается рожать: наименование МО, предполагаемый уровень родоразрешения)

Гравидограмма

ВДМ (СМ)

Жүктіліктің апталары

(Недели беременности)

Тексерудің нәтижелері (Результаты обследования)

Қанның жалпы анализі / Общий анализ крови

[illegible]

Несептің жалпы анализі Общий анализ мочи

КҮНІ ДАТА																			
Удельный вес																			
Ж а л п а к э п и т е л и я л а р ы Э п и т е л и й плоский																			
Л е й к о ц и т т е р Лейкоциты																			
Э р и т р о ц и т т е р Эритроциты																			
Ц и л и н д р л е р Цилиндры																			
Қ а н т Сахар																			
Н э р у ы з Белок																			
Б а к т е р и я л а р Бактерии																			
Т ұ з д а р Соли																			

Басқа зерттеулер (Другие исследования):

Қ а н т т ы Кровь на сахар	а н ы қ т а у ғ а	қ а н	т а п с ы р у
Несептің б о й ы н ш а) Бакпосев мочи (по показаниям)	баксебу		(көрсетілімдер

RW 1_____

RW 2_____

АИТВ-1 (ақпараттандырылған келісім бойынша) ВИЧ-1 (с информированного согласия)_____

АИТВ-2 (ақпараттандырылған келісім бойынша) ВИЧ-2 (с информированного согласия) _____

Гепатит В маркерлері (Маркеры гепатита В)

Микроскопия сүртіндісі (көрсетілімдер бойынша) Мазок на микроскопию (по

показаниям)_____

Онкоцитологияға сүртінді (көрсетілімдер бойынша) Мазок на онкоцитологию (по

показаниям)_____

Пренаталдық скрининг

Пренатальный скрининг

Биохимиялық скрининг

Биохимический скрининг

Өткізу мерзімі Период проведения	Өткізу күні Дата проведения	Жүктіліктің мерзімі Срок беременности	Тексерудің нәтижелері Результаты обследования	Ескерту примечание
1 триместр (10-14 апта) 1 триместр (10-14 нед)				
2 триместр (16-20 апта) 2 триместр (16-20 нед)				

Ультрадыбыстық скрининг

Ультразвуковой скрининг

Өткізу мерзімі Период проведения	Өткізу күні Дата проведения	Жүктіліктің мерзімі Срок беременности	ХА маркерлері (бар болса) Маркеры ХА (при наличии)	Қорытынды Заключение	Ұсыныстар рекомендации
1 триместр (10-14 апта) 1 триместр (10-14 нед)			Т В П - ДНК-		
2 триместр (16-20 апта) 2 триместр (20-22 нед)					
3 триместр (32-34 апта) 3 триместр (32-34 нед)					

Консультациялар

Консультации

Терапевтің алғашқы қарауы

Первый осмотр терапевта

Шағымдар (Жалобы)

Сыртартпа (Анамнез)

Туды және қалыпты дамыды (иә, егер жоқ – туу кезінде және балалық шақта қандай

ауытқулар) Родилась и развивалась нормально(да, если нет- какие отклонения при рождении

и в детстве)

Тектілігінде ауыртпалық жоқ (иә болса, қандай аурулар, туыстық дәрежесі)

Наследственность не отягощена (если да,какими заболеваниями, степень

родства)

Бұрын ауырған аурулары: жалпы (Перенесенные заболевания: общие)

Балалар инфекциялары (Детские инфекции)

Гепатиты _____ Туберкулез _____

Венерологиялық аурулар (Венерические заболевания) _____

Басқа инфекциялар (Другие инфекции) _____

Бұрын ауырған ушыққан аурулар (Перенесенные острые заболевания) _____

Созылмалы аурулар (Хронические заболевания) _____

Жүрек-тамыр, тыныс алу, нерв жүйесінің, АІЖ, тірек-қозғалыс аппаратының және басқа

аурулар (заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной систем, ЖКТ, опорно-

двигательного аппарата и др.)

Диспансерлік есепке алу (Диспансерный учет) _____

(бар болса, диагноз, бақылау орны, маман, соңғы қабылдау күні, қандай препараттарды

пайдаланады) (если есть, диагноз, место наблюдения, специалист, дата последнего приема

какие препараты принимает)_____

Емдеуге жатқызу (Госпитализация)_____

(сыртартпада бар болса, қандай диагнозбен, күні, медұйымның атауы, шұғыл немесе

жоспарлы) (если была в анамнезе, с каким диагнозом, дата, название медорганизации,

экстренная или плановая)

Бұрын болған операциялар, асқынулар (Перенесенные операции, осложнения)_____

Бұрын болған жарақаттар және олардың салдары (Перенесенные травмы и их

последствия)_____

Гемотрансфузия_____

Аллергоанамез_____

Объективті деректер:

Объективные данные:

Жалпы жағдайы (қанағаттандырылған) (Общее состояние (удовлетворительное))_____

Дене құрылысының ерекшеліктері (Особенности телосложения) Нормостеник (астеник,

гиперстеник)_____

Тері (Кожные покровы)_____Температура_____

Ауыз қуысының жағдайы (Состояние полости рта)_____

Аңқа, бадамшабездің жағдайы (Состояние зева, миндалин)_____

Лимфотүйін (Лимоузлы) _____

Ісік (жоқ, бар, орналасуы) Отеки (нет, есть, локализация) _____

Сүт бездерінің жағдайы (осмотр молочных желез) _____

Тыныс алу ағзаларының жағдайы (Состояние органов дыхания) _____

Жүрек-қан тамырлары жүйесі (Сердечно - сосудистой системы) _____

Пульс _____

АҚҚ (АД): оң қолында (на правой руке) _____ сол қолында (на
левой руке)____

Іш (жұмсақ, аурусыз) Живот (мягкий безболезненный) _____

Бауыр, көкбауыр (Печень, селезенка) _____

Солқылдау симптомы (Симптом поколачивания) _____

Басқа ағзалары (Другие органы) _____

Несепшығару (Мочеиспускание) _____ Нәжіс (Стул) _____

Диагноз _____

Ұсыныстар (Рекомендации) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ Күні (Дата) _____

Терапевтің қайтадан тексеруі (Повторные осмотры терапевта) _____

[illegible]

[illegible]

Қосымша тексерулер
Дополнительные обследования

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]

[illegible]

Босануға дайындау (Подготовка к родам)

А н а м е к т е б і				
Школа подготовки к родам				
Күні Дата	Жүктілік мерзімі С р о к Беременности	Сабақтардың Тема занятия	Серіктің Посещение партнера	Дәрігердің Подпись врача

Патронаждық қаралуы (Патронажные посещения)

Күні (Дата)					
Ж ү к т і л і к (Срок беременности)	м	е	р	з	і

Шағымы (Жалобы)					
Ж а л п ы (О б щ е е (отеки))	жағдайы	(і с і н у і) с о с т о я н и е			
А Қ Қ о ң (на правой руке)		(А Д) қ о л ы н д а			
с о л (на левой руке)		қ о л ы н д а			
І ш т е г і (Положение плода)	баланың	орналасу			
І ш т е г і қ а ғ ы с ы (Сердцебиение плода)	баланың	жүрек			
Т ұ р м ы с т ы қ (Бытовые условия)		жағдайлар			
Ә л е у м е т т і к (С о ц и а л ь н о е благополучие)		саулы			
Ұ с ы н ы с т а р (Рекомендации)					
Қолы (подпись)					

Педиатр патронажы (Патронаж педиатра)_____

Әлеуметтік қызметкердің патронажы (көрсетілімдер бойынша) (Патронаж
соцработника (по

показаниям)_____

Акушер-гинеколог дәрігердің қабылдауы

(әрбір қабылдау кезінде толтырылады)

Прием врача акушер-гинеколога

(заполняется при каждом посещении)

Күні (Дата)_____

	Шағымдар(Жалобы)_____
	Жалпы жағдайы (қанағаттандырылған) Общее состояние (удовлетворительное)_____
А Қ АД	Тері (Кожные покровы)_____ Ісіну (Отеки)_____
Пульс	Іші (жұмсақ, аурусыз) (Живот(мягкий безболезненный)
	Жатыр (қалыптытонус, гипертонус) (Матка (в нормотонусе, в гипертонусе)
	Акушерлік сыртқы зерттеулер: жатыр түбі биіктігі (Наружное акушерское исследование) : Высота дна матки) _____см. Ұрықтың орналасуы, (Положение плода) Төмен орналасқан бөлігі (Предлежание) Головное/ тазовое _____ Іштегі баланың жүрек қағысы (Сердцебиение плода) Анық, ырғақты ЖЖЖ мин – қағыс (Ясное, ритмичное ЧСС - ударов в мин)
	Басқа ағзалары (Другие органы) _____
	Несептің шығуы (Мочеиспускание)_____ Нәжіс (Стул)_____
	Диагноз: Жүктілік (Беременность) _____ апта (недель).
	1) Тексерулер (Обследования):

	2) Ұсыныстар (Рекомендации):

Дәрігердің қолы (Фамилия и подпись врача) _____

Перзентхана көшірмесі (Выписка родильного дома)

Жүктілігіне байланысты демалыс (Отпуск по беременности)

с 20 ____ жылғы(года) " ____ " _____ бастап

по 20 ____ жылғы(года) " ____ " _____ дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босануы (Роды) 20 ____ жыл (год) _____ мерзімінде, бұрын,
кейін (в

срок, раньше, позже) на _____ күнге (дней)

Босанды (Роды произошли в) _____

Босану асқынумен өткенде берілетін босанудан кейінгі қосымша демалыс (Послеродовой

дополнительный отпуск при осложненных родах) на _____ күн (дней)

(с) 20____жылғы (года) " ____ " _____ бастап

(по) 20____жылғы (года) " ____ " _____ дейін

Еңбекке жарамсыздық парағы (Листок нетрудоспособности) № _____

Босанған әйелді бақылау (Наблюдение за родильницей)

Күні Дата	Шағымы Жалобы	Зерттеу деректері Данные обследования	Кеңестер, Советы, назначения	тағайындаулар
		1) флюорография		

Босанудан кейінгі эпикриз

Послеродовой эпикриз

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата и год рождения) _____

Есепке алыну күні (Дата взятия на учет)_____

Тексерілді (Обследована) _____

Жүктілік өтті: экстергениталдық патология барысында (Беременность протекала на фоне:

экстрагенитальной патологии)_____

Осы жүктіліктің асқынуы (Осложнения данной беременности)_____

Жүктіліктің аяқталуы: аборт, мерзімінде босануы, мерзімінен бұрын босануы (Исход

беременности: аборт, роды в срок, преждевременные) _____

_____ апта (недель). Босану күні (Дата родов)_____

Диагноз_____

Босану ерешеліктері (Особенности родов)_____

Нәресте: тірі, салмағы (Ребенок: живой, пол _____, масса (вес) _____ грамм.
Бойы _____

(Рост) _____ сантиметров.

Босанудан кейінгі кезеңнің ағымы (Течение послеродового периода) _____

Флюорография _____

Контрацепция _____

Меңгерушінің қолы (Подпись заведующего) _____

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

A4 форматы

Формат A4

A4 форматы Формат A4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 112/е - ұ нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 112/ у – м утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

История развития ребенка (мальчик)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 112/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 112/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ескерту. Медициналық ақпараттық жүйелер болған кезде нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

БАЛАНЫҢ ДАМУ ТАРИХЫ ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Выберите элемент.

№ Место для ввода текста.

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом
квартира

Байланыс телефоны/Контактный телефон Место для ввода текста.

Осы ұйымдарды есепке алуға алынған күні/Дата взятия на учет в данной
организации Место для ввода даты.

Қайдан келді/Откуда прибыл Выберите элемент.

Шығару күні/Дата снятия Место для ввода даты.

Мекенжайынан шығу/Адрес выбытия область район город улица дом квартира

Ұйымдастырушылық/Организованность

Место для ввода даты. Мекеменің атауы/Название учреждения Место для ввода
текста.

Место для ввода даты. Мекеменің атауы/Название учреждения Место для ввода текста.

Место для ввода даты. Мекеменің атауы/Название учреждения Место для ввода текста.

Место для ввода даты. Мекеменің атауы/Название учреждения Место для ввода текста.

Место для ввода даты. Мекеменің атауы/Название учреждения Место для ввода текста.

Отбасы туралы мәлімет:

Сведения о семье:

Анасы/Мать: Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество
Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жұмыс/оқу орны/Место работы/учебы Место для ввода текста.

Лауазымы/Должность Место для ввода текста.

Телефоны/Телефон Место для ввода текста.

Созылмалы аурулардың болуы/Наличие хронических заболеваний Выберите элемент. код наименование

Әкесі/Отец: Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жұмыс/оқу орны/Место работы/учебы Место для ввода текста.

Лауазымы/Должность Место для ввода текста.

Телефоны/Телефон Место для ввода текста.

Созылмалы аурулардың болуы/Наличие хронических заболеваний Выберите элемент. код наименование

Балалары/Дети: Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жұмыс/оқу орны/Место работы/учебы Место для ввода текста.

Лауазымы/Должность Место для ввода текста.

Телефоны/Телефон Место для ввода текста.

Созылмалы аурулардың болуы/Наличие хронических заболеваний Выберите элемент. код наименование

Нәресте туралы мәліметтер:

Сведения о новорожденном:

Перзентханадан шығару күні/Дата выписки из роддома Место для ввода даты.

Перзентхана мекенжайы/Адрес роддома Выберите элемент.

Хабарламаны алу күні/Дата получения извещения Место для ввода даты.

перзентханадағы нәрестелер туралы №/о новорожденном из роддома № Место для ввода текста.

Туылған кездегі салмағы/Вес при рождении Место для ввода текста.

Туылған кездегі бойы/Рост при рождении Место для ввода даты.

ДСИ/ИМТ Место для ввода текста.

Бас шеңбері/Окружность головы Место для ввода текста.

Физикалық дамуын бағалау/Оценка физического развития Место для ввода текста.

Тұқымқуалайтын патологияға арналған скрининг

Скрининг на наследственную патологию

ФКУ (фенилкетонурия)

Қанды алу күні/Дата забора крови Место для ввода даты.

Нәтижесі/Результат Место для ввода текста.

ТГ (туа біткен гипотиреоз)/ВГ (врожденный гипотиреоз)

Қанды алу күні/Дата забора крови Место для ввода даты.

Нәтижесі/Результат Место для ввода текста.

Аудиологиялық скрининг/Аудиологический скрининг

Аудиологиялық скрининг күні/Дата аудиологического скрининга Место для ввода даты.

Нәтижесі/Результат Место для ввода текста.

Выберите элемент.

Длина к возрасту
от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)

Масса к возрасту от рождения до 6 месяцев (Z-индексы)

Дата проведения первого дородового патронажа Место для ввода даты.

1	Ф.И.О. (при его наличии) беременной:
	Дата рождения и возраст (полных лет)
	ЖСН/ИИН _____
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Место работы, профессия
	Профессиональная вредность: влажность, запыленность, химикаты, тяжести, другая (подчеркнуть) _____
2	Биологический анамнез беременной:
	Срок настоящей беременности
	Беременность по счету _____, запланированная, желанная, нежеланная (нужное подчеркнуть)
	Предыдущих беременностей было всего _____, в том числе:
	- з а к о н ч и л и с ь р о д а м и - - искусственным прерыванием беременности-у - в ы к и д ы ш е м - - в с е г о д е т е й в с е м ь е - - другая информация о детях в семье (умершие от заболеваний, в каком возрасте, инвалиды детства) _____

	Межродовый интервал при настоящей беременности
3	Социальный анамнез и здоровье семьи:
	Семья полная, неполная _____
	Образовательный уровень матери _____ отца _____
	Психологический микроклимат в семье: неблагоприятный, благоприятный
	Наличие алкоголизма, наркомании в семье Да _____ нет _____
	Н а л и ч и е к у р я щ и х ч л е н о в с е м ь и Да _____ нет _____
	К у р я щ а я м а т ь Да _____ нет _____
	Физическая активность матери низкая, достаточная
	Материальное положение семьи: удовлетворительное, неудовлетворительное (скученность, сырость, холод, малообеспеченность, низкий уровень доходов, другие факторы)
	Санитарная культура семьи: низкая _____ достаточная _____
	Наличие заболеваний инфекционных заболеваний в семье (ВИЧ, ИППП, туберкулез, краснуха, другие) _____
	Наличие наследственных заболеваний (какие, степень родства, поколение) _____
	Наличие врожденных пороков развития у других детей да: врожденные пороки сердца, ЖКТ, ЦНС, мочеполовой системы, легких, другие _____ нет _____
	Флюорография членов семьи (муж): да нет
4	Состояние здоровья беременной:
	Наличие хронических соматических заболеваний да _____ нет _____
	Наличие экстрагенитальных заболеваний да _____ нет _____
	Наличие осложненной беременности да _____ нет _____
	УЗИ пройдено (в какой срок) _____ где _____
	Выявленная патология на УЗИ да _____ нет _____
	АД _____
	Заключение терапевта _____
	Беременность протекает на фоне: • дефицита массы тела (ИМТ до беременности менее 19) • нормальной массы тела (ИМТ до беременности 19-24) • избыточной массы тела (ИМТ до беременности 25-30) • ожирения (ИМТ до беременности свыше 30)
5	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи: 1. К р о в о т е ч е н и е из п о л о в ы х п у т е й 2. С у д о р о г и 3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота 4. Р е д к о е или о т с у т с т в и е ш е в е л е н и я п л о д а 5. В ы с о к а я т е м п е р а т у р а 6. И з л и т и е о к о л о п л о д н ы х в о д 7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела
6	Прочие сведения:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ			
Степень	и	направленность	риска:
• По материально-бытовым условиям и санитарному состоянию жилья: нет риска, умеренный риск, высокий риск • По вредным привычкам у родителей: нет риска, умеренный риск, высокий риск • По состоянию здоровья беременной: нет риска, умеренный риск, высокий риск • По течению настоящей беременности: нет риска, умеренный риск, высокий риск • По другим факторам:			
Кто	адресно	оповещен	о высоких рисках:
Заведующий	женской	консультацией	_____
Заведующий	поликлиникой	(терапевтическая	служба) _____
Другие ведомства или местная власть _____			
РЕКОМЕНДАЦИИ:			
• По соблюдению оптимального режима дня, отдыха, сна, физической активности • По поддержанию оптимального питания (пирамида питания) • Профилактическому приему препаратов (железа, фолиевой кислоты, йодсодержащих) • Профилактика ВИЧ, ИППП и туберкулеза • О соблюдении личной гигиены и благоустройстве жилья • О влиянии курения, употребления алкоголя и наркотиков на развитие плода			

Второй дородовый патронаж

Название женской консультации _____

Дата проведения второго дородового патронажа _____

1.	Ф.И.О. (при его наличии) беременной:
	Дата рождения и возраст (полных лет)
	ЖСН/ИИН
	Место прописки беременной
	Место фактического проживания
	Предполагаемое место родов (учреждение)
2.	Состояние здоровья беременной:
	Наличие осложнений беременности да _____ нет
3	Наличие инфекционных и хронических болезней в близком окружении (в семье, у близких соседей, родственников)
4	Состояние молочных желез
5	Наличие одного из 7 тревожных признаков, требующих срочной медицинской помощи:
	1. Кровотечение из половых путей
	2. Судороги
	3. Сильная головная боль, боль в животе, обильная и непрекращающаяся рвота
	4. Редкое или отсутствие шевеления плода
	5. Высокая температура
	6. Излитие околоплодных вод
	7. Наличие выраженных отеков на конечностях и других частях тела

6	Подготовка Места, кровати, белья, одежды, предметов ухода	уголка	новорожденного:
7	Прочие сведения:		
ЗАКЛЮЧЕНИЕ			
Состояние	здоровья	беременной	удовлетворительное, неудовлетворительное
Наличие	каких-либо		вредностей да нет
Выполнение	беременной	предшествующих	предписаний да, нет
Семья готова к рождению ребенка да, нет_____			
РЕКОМЕНДАЦИИ:			
• По подготовке к грудному вскармливанию			
• По оптимальному питанию беременной			
• По оптимальной физической активности (прогулки)			
• Приглашена в кабинет здорового ребенка для обучения навыкам грудного кормления и ухода за новорожденным			
• По подготовке уголка новорожденного и подготовке одежды для роддома			

Карта учета профилактических прививок

Плановая вакцинация

Прививка против:	Вакцинация или ревакцинация и кратность введения	Дата	Возраст	Доза	Серия	Способ введения	Страна производитель	Реакция	
								местная	общая
Туберкулеза	Вакцинация								
	Результат 1 мес								
	Результат 3 мес								
	Результат 6 мес								
	Результат 1 год								
	1 ревакцинация								
Вирусного гепатита В	Вакцинация	1							
		2							
		3							
Полиомиелита	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Дифтерии, коклюша, столбняка	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
Гемофильной инфекции	Вакцинация	1							
		2							
		3							
	1 ревакцинация								
	Вакцинация								

Кори, паротита, краснухи	Ревакцинация									
Вирусного гепатита А	Вакцинация	1								
		2								
Дифтерии, столбняка	1 ревакцинация									
	2 ревакцинация									
	3 ревакцинация									

Внеплановая вакцинация и вновь введенные вакцины

Прививка против:	Вакцинация или ревакцинация	Дата	Возраст	Доза	Серия	Способ введения	Страна производитель	Реакция	
								местная	общая

РЕАКЦИЯ МАНТУ:

Реакция Манту:	Дата	Возраст	доза	Серия туберкулина	Страна-производитель	Размер инфильтрата	Результат	Заключение фтизиатра

Учет результатов по проведению аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии у детей раннего возраста в организациях ПМСП

Возраст	Результаты аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии*						
	Правое ухо				Левое ухо		
	"Прошел"	"Не прошел" *	Скрининг не проводился		"Прошел"	"Не прошел"*	Скрининг не проводился
1 месяц							
3 месяца							
6 месяцев							
9 месяцев							
1 год							

1 год 6 месяцев						
2 года						
2 года 6 месяцев						
3 года						
3 года 6 месяцев						

*Результат прохождения ребенком аудиологического скрининга методом регистрации отоакустической эмиссии отмечается галочкой в соответствующей графе.

**При результате регистрации отоакустической эмиссии "Не прошел" ребенок направляется в сурдологический кабинет.

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	Возраст	Заключительные (уточненные) диагнозы, впервые установленные, отметить знаком "+"	+ - ЭЦП врача (фамилия разборчиво)	Отметка о госпитализации (название стационара, дата) "(с) (по)"

ЗАПИСИ ПАТРОНАЖНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА НА ДОМУ И НА ПРИЕМЕ

Первичный патронаж новорожденного:

Задачи осмотра новорожденного:

1. удостовериться в нормальной адаптации после рождения

2. проверить на наличие опасных симптомов

3. оценить рост и развитие

4. проверить, нет ли врожденных пороков развития

Дата осмотра ____/____/20__ Возраст: _____. Температура _____

При рождении Вес: _____ кг Рост _____ см ИМТ _____ Окружность головы _____ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Движения только при стимуляции или отсутствуют даже при стимуляции 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее 36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение ДА _____ Нет _____

АНАМНЕЗ: Недоношенный ли ребенок (менее 37 недель); Тазовое предлежание; Осложненное течение родов; Реанимация новорожденного; Судороги в анамнезе; Медикаментозное лечение новорожденного в роддоме; другое ...

ОТЯГОЩЕННЫЙ АНАМНЕЗ:

ДА _____ НЕТ _____

Оцените функцию черепно-мозговых нервов (движения языка, движения глаз, наличие глоточного рефлекса); Проверьте рефлексы (должны быть симметричны): Поисковый; Сосательный; Хватательный; Моро; Автоматической походки

Осмотр лица: _____

(симметричность, признаки дизморфизма, реакция зрачков на свет, размер, форма, состояние роговицы)

Кожа: _____ (в норме розовая или интенсивно розовая)

Слизистые ротовой полости _____ конъюнктивы _____

—

Мышечный тонус _____ (в норме гипертонус верхних и нижних конечностей и гипотонус туловища и шеи; руки и ноги ребенка согнуты и прижаты к туловищу, кисти сжаты в кулачок "флексорная поза")

Видимые врожденные пороки _____

—

Костная система _____

форма головы _____ швы _____

большой родничок _____ малый

родничок _____

оцените суставы: _____ движения, размер,

симметричность, нет ли повреждения плечевого сплетения, ключицы на предмет

перелома; нет ли врожденного вывиха бедра, деформация стопы

Органы дыхания: _____ Частота дыхания (ЧД)

_____ (в норме 30 - 60/мин)

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ (в норме более 100 /мин);

Сердечный ритм _____; Сердечные шумы _____
—;

Пальпация бедренного пульса _____ (в норме симметрично с двух сторон)

Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____

Половые органы (грыжи, признаки половой двойственности) _____

Пуповина _____ (пуповинный остаток начинает спадаться в первые сутки после рождения, затем подсыхает и отпадает обычно после 7-10 дня, не требует дополнительной обработки при условии содержания в чистоте)

Мочеиспускание _____ (в норме частота не менее 6 раз при адекватном вскармливании);

Стул _____ (в норме золотисто-желтый, кашицеобразный, с кисловатым запахом)

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем

пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее

8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего

часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:

Подчеркните прививки, которые ребенок должен получить сегодня:

Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения _____

(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °C)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ОЦЕНКА

ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

1. Осмотр молочных желез:

ПРОБЛЕМЫ

2. Симптомы послеродовой депрессии (обращать внимание при каждом визите):

1. глубокая тревожность и беспокойство

2. глубокая печаль

3. частые слезы

4. ощущение неспособности заботиться о ребенке

5. чувство вины

6. приступы паники

7. стресс и раздражительность

8. утомляемость и недостаток энергии

9. неспособность к сосредоточению внимания

10. нарушение сна

11. проблемы с аппетитом

12. потеря интереса к сексу

13. ощущение беспомощности и безнадежности

14. антипатия к ребенку Советы по ведению послеродовой депрессии:

1. позаботиться о ребенке, отложив другие виды деятельности

2. рассказать членам семьи, о том, что происходит с ней

3. создать атмосферу, при которой ребенок будет в центре внимания

4. чаще прикасаться к ребенку

5. думать о ребенке

6. чаще выходить на улицу и двигаться

7. хорошо питаться

8. заботиться о себе

9. вести дневник

10. если эти меры не помогают,

обратиться к соответствующему специалисту

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Преимущества и практика грудного вскармливания
- Обеспечение исключительно грудного вскармливания
- Техника сцеживания грудного молока (при необходимости)
- Оптимальное питание матери.
- Личная гигиена матери
- Требования к помещению и предметам ухода за новорожденным
 - Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек), поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая)
- Уход за новорожденным, режим прогулок. Гигиенические ванны
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки).

- Информирование матери о графике работы врача и координатах медицинской организации (МО)

- Привлечение отца к уходу (например: во время купания, переодевания).

- Другие рекомендации

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому (7-й день)

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: _____. Температура _____

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____

Оцените признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;

10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;

12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение Да ____ Нет ____

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли трудности при кормлении? Да ____ Нет ____
- Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?

- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)

ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения _____

(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25 °C)

Гигиена ребенка _____

ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: _____

Питание и режим сна и отдыха матери

ПРОБЛЕМЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

- Исключительно грудное вскармливание

- Стимуляция психосоциального развития

- Уход за новорожденным, режим прогулок

- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение

родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

- Личная гигиена матери.

- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Посещение врачом на дому (14-й день)

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: _____. Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности: 1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин);

2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вя-лость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Тем-пература тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или по-краснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение ДА _____ Нет _____

Кожа:

Пуповина _____

Слизистые ротовой полости

Конъюнктивы _____

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

—

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ (в норме более 100 /мин);

Сердечный ритм _____; Сердечные шумы

_____;

Органы пищеварения: живот _____ Печень _____ Селезенка _____

Мочеиспускание _____; Стул _____

ДИАГНОЗ:

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да __ Нет __
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем

пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА УХОДА:

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи:

по слуху по зрению

ПРОБЛЕМЫ ЗНАНИЕ МАТЕРИ ОПАСНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ ДА НЕТ
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

ПРОБЛЕМЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

1. Поощрение исключительно грудного вскармливания
2. Оптимальное питание и режим сна/отдыха кормящей матери.
3. Уход за новорожденным.

4. Стимуляция психосоциального развития

5. Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

6. Правила поведения и уход в случае болезни ребенка

7. Обучение опасным признакам болезни у ребенка, при которых мать немедленно должна обратиться к врачу: не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи или питья, судороги, летаргичен или без сознания.

8. Другое

Врач:

Патронаж медсестры на дому (21-й день)

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: _____. Температура _____

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____

Оцените признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;

10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;

12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение Да ____ Нет ____

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ____ Нет ____

• Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____

• Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

• Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____

• Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при

кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?

- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ

Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).

ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка Гигиена помещения _____

(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка _____

ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: _____

Питание и режим сна и отдыха матери

ПРОБЛЕМЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).

- Исключительно грудное вскармливание

- Стимуляция психосоциального развития

- Уход за новорожденным, режим прогулок

- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая

- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)

- Личная гигиена матери.

- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому (28-й день)

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: _____. Температура _____

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____

Оцените признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее 36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;

10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;

12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение Да ____ Нет ____

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да ____ Нет ____

• Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет ____

• Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

• Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____

• Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при

кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие - либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)

ПРОБЛЕМЫ Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения _____

—

(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка _____

—

ПРОБЛЕМЫ УХОДА Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: _____

—

Питание и режим сна и отдыха матери

ПРОБЛЕМЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки, кормление и питьевой режим).
- Исключительно грудное вскармливание
- Стимуляция психосоциального развития
- Уход за новорожденным, режим прогулок
- Безопасная среда (требования к выбору одежды, предметов ухода за новорожденным и игрушек) и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая
- Профилактика микронутриентной недостаточности (железо, витамин А, йод, цинк)
- Личная гигиена матери.
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 1 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка 1 месяца жизни на приеме врачом и медсестрой

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура ____

—

ВЕС ____ г. РОСТ ____ см. ИМТ ____ Окружность головы ____
_см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа: Пуповина ____

Слизистые ротовой полости ____ Зев ____

конъюнктивы ____

Большой родничок ____

Органы дыхания: ____ Частота дыха-ния ____

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) ____

—

Сердечный ритм ____; Сердечные шумы

____;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____; Стул _____

ДИАГНОЗ:

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да __ Нет __
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем

пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 месяц_____ мм

И периферических лимфоузлов

Визит для следующей прививки_____

Дата_____

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям) Доза

длительность

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА УХОДА:

1. Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику

2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

3. Знает ли мать признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее 36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на

кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка; 12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Возможная глухота или проблемы со зрением
- Ребенок не вступает в контакт.
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)
- Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.) ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)

ПРОБЛЕМЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 1 до 2 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ . Температура _____

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____

Оцените признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспираторная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температуры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согревания; 9. Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность;

10. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 11. Кровотечение из пуповинного остатка;

12. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение Да __ Нет _____

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:
 - Подбородок касается груди Да _____ Нет _____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

• Как Вы играете с Вашим ребенком?

• Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).

ПРОБЛЕМЫ Оценка состояния ухода:

Наличие детской кровати, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения _____

(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка _____

—

ПРОБЛЕМЫ УХОДА

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: _____

—

Питание и режим сна и отдыха матери ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рекомендации врача выполняются или нет

Да __ Нет __

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Приглашение на прием к врачу в возрасте 2 месяцев.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Медсестра:

Осмотр ребенка 2 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа: Пуповина _____

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы _____

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____

Частота дыхания _____

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм

_____ ; Сердечные шумы _____ ;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

—

Мочеиспускание _____ ; Стул

ДИАГНОЗ:

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да__ Нет __
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении:
бутылочкой _____ чашкой и ложкой

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1 Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2 + hib 2 Визит для следующей прививки _____

Дата _____

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)

Доза

длительность

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком? Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА УХОДА:

1. Знает правила ухода за больным ребенком и когда необходимо обратиться к медицинскому работнику

2. Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

3. Знает ли мать признаки опасности:

1. Учащенное дыхание (более чем 60 в мин); 2. Уменьшение частоты дыхания (менее чем 30 в мин); 3. Выраженное втяжение грудной клетки; 4. Кряхтящее дыхание (экспиратор-ная одышка); 5. Судороги; 6. Вялость или повышенный тонус; 7. Повышение температу-ры тела более 37,5°C; 8. Температура тела менее <36,5 °C и не повышается после согре-вания; Изменение цвета кожных покровов: цианоз или появление желтухи (в 1 сутки или после 7 суток жизни ребенка), выраженная бледность; 9. Выделение гноя из пупочной ранки или покраснение, переходящее на кожу около пуповинного остатка; 10. Кровоте-чение из пуповинного остатка; 11. Более чем 10 пустул или крупных везикул на коже, отек подкожной основы, покраснение, уплотнение ПРОБЛЕМЫ УХОДА

ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Возможная глухота или проблемы со зрением
- Ребенок не вступает в контакт.
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)
- Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

Консультирование по вопросам планирования семьи (лактационная аменорея, презервативы, ВМС)

ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач/фельдшер:

Медсестра

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 2 до 3 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: _____. Температура _____

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да ____ Нет _____

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет _____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет _____
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении
бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)

ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения _____

(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка _____

ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: _____

Питание и режим сна и отдыха матери

Консультация по вопросам планирования семьи ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рекомендации врача выполняются или нет

Да ____ Нет ____

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в 3 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка 3 месяцев жизни на приеме врача

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

КОНЬЮНКТИВЫ _____

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм

_____ ;

Сердечные шумы _____ ;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ ; Стул

ДИАГНОЗ: ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____

- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем

пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 3 месяца _____ мм

Оценка состояния периферических лимфоузлов

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)

Доза

длительность

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья

и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Ребенок не вступает в контакт.

- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.

- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

ПРОБЛЕМЫ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.

- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

Врач

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 3 до 4 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: _____. Температура _____

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?

- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?

- Были ли судороги?

- Летаргичен или без сознания? Да __ Нет _____

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении:
бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в

течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

• Как Вы играете с Вашим ребенком?

• Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ

Признаки жестокого обращения с ребенком: (физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность).

ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения _____

(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение- t не менее 25°C) Гигиена ребенка _____

ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: _____

Питание и режим сна и отдыха матери

ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Выполняются рекомендации врача

Да ____ Нет

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 4 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка 4 месяцев жизни на приеме врача и медсестры

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы _____

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыха-ния _____

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм
_____ ; Сердечные шумы _____ ;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ ; Стул

ДИАГНОЗ:

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да __ Нет __
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем

пользуетесь при кормлении: бутылочкой _____ чашкой и ложкой Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец

грудью в течение последнего

часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

• Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ в 1 и 3 месяца _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____ Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)

Доза

длительность

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья

и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ

ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Ребенок не вступает в контакт.
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)
- Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача.
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям
- Другое

Врач:

Медсестра

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 4 до 5 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: _____. Температура _____

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка_____

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да __ Нет _____

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз
- Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да _____ Нет _____
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие -либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как Вы играете с Вашим ребенком?
- Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)

ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения _____

(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка _____

ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: _____

Питание и режим сна и отдыха матери ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в 5 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 5 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

КОНЬЮНКТИВЫ _____

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм

_____ ; Сердечные шумы _____ ;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ ; Стул

ДИАГНОЗ:

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

• Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____

• Ребенок кормится грудью? Да _____ Нет _____

• Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

• Вы кормите грудью ночью? Да _____ Нет _____

• Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да __ Нет __

• Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении:
бутылочкой _____ чашкой и ложкой

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+ hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Визит для следующей прививки_____

Дата_____

Профилактика рахита: неспецифическая (достаточная инсоляция во время прогулок), специфическая профилактика витамином Д (по показаниям)

Доза

длительность

ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э=

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с ребенком?

Как Вы общаетесь с ребенком?

Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летар-гичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья

и правила ухода за ребенком согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за

• Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Ребенок не вступает в контакт.
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)
- Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ:

ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д
- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).
- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Консультация узких специалистов и лабораторных исследований по показаниям

- Другое

Врач:

Медсестра:

Патронаж медсестры на дому к ребенку в возрасте от 5 до 6 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: _____. Температура _____

Есть ли жалобы матери на состояние здоровья ребенка _____

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да ____ Нет _____

ОПРЕДЕЛИТЕ, ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ

- Есть ли у Вас трудности при кормлении? Да _____ Нет _____
- Ребенок кормится грудью? Да ____ Нет _____
- Если Да, сколько раз за 24 часа? _____ раз

- Вы кормите грудью ночью? Да ____ Нет ____
- Получает ли ребенок другую пищу или жидкости? Да ____ Нет ____
- Если Да, как часто? _____ раз в сутки и чем пользуетесь при кормлении
бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

Если младенцу меньше 1 месяца, или если есть какие-либо трудности при кормлении (трудности с грудным вскармливанием; если он/она кормится грудью менее 8 раз в сутки; получает другие виды пищи или жидкости; или имеет низкий вес для своего возраста):

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

- Способен ли ребенок брать грудь? Для проверки прикладывания, посмотрите на:

- Подбородок касается груди Да ____ Нет ____

- Рот широко раскрыт Да ____ Нет ____

- Нижняя губа вывернута наружу Да ____ Нет ____

- Большая часть ареолы видна сверху, а не снизу рта

Да ____ Нет ____

Не приложен совсем Приложен плохо Приложен хорошо

- Эффективно ли сосет младенец (делает медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Не сосет совсем Сосет неэффективно Сосет эффективно

- Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница).

ОЦЕНИТЕ УХОД В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

- Как вы играете с Вашим ребенком?
- Как вы общаетесь с Вашим ребенком? ПРОБЛЕМЫ

Признаки жестокого обращения с ребенком:

(физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность)

ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния ухода: Наличие детской кроватки, предметов ухода, одежды ребенка

Гигиена помещения _____

(регулярность влажной уборки, курение в комнате, светлое, теплое помещение - t не менее 25°C)

Гигиена ребенка _____

ПРОБЛЕМЫ

Оценка состояния здоровья матери:

Осмотр молочных желез: _____

Питание и режим сна и отдыха матери

ПРОБЛЕМЫ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Рекомендации выполняются

Да__ Нет__

Рекомендации:

- Практика исключительно грудного вскармливания.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту (Памятка Матери)
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту.
- Ежедневные прогулки (1-2 раза в день) с достаточной инсоляцией, по показаниям специфическая профилактика витамином Д

- Правила поведения и уход в случае болезни ребенка (опасные признаки и когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья).

- Вакцинация (своевременность проведения, возможные реакции на прививку и поведение родителей, от каких инфекций защищают прививки)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в 6 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы _____

—

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

—

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____;
Сердечные шумы _____;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул _____

ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ

:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

—

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Состояние периферических лимфоузлов

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья

и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Ребенок не вступает в контакт.

- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе.

- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно, если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
 - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
 - Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция. По показаниям специфическая профилактика витамином Д.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача
- Другое

Врач

Медсестра

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 6 до 7 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

Да ____ Нет ____

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет ____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

5. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

6. Сколько перекусов за день? _____

7. Ценность перекусов: Питательная ____ Непитательная ____

8. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая ____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

—

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения

- Частые движения головой (возможные заболевания уха)

- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь

- Отказ от груди или другой пищи

- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
 - Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 7 месяцев

Осмотр ребенка в возрасте 7 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы _____

—

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

—

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм

_____ ; Сердечные шумы _____
;

Органы пищеварения: живот _____печень_____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____

Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

—

Сколько перекусов за день? _____

Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.. Какова густота пищи?

Густая _____ Негустая _____

На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач

Медсестра

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 7 до 8 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?

- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

Да____Нет_____

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ

ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения

- Частые движения головой (возможные заболевания уха)

- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь

- Отказ от груди или другой пищи

- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 8 месяцев

Медсестра

Осмотр ребенка в возрасте 8 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы _____

—

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

—

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм _____;
Сердечные шумы _____;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул _____

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

Сколько перекусов за день? _____

Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность. согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач

Медсестра

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 8 до 9 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура ____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

Да ____ Нет ____

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Р_а=

Р_п=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

4 Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

—

5 Сколько перекусов за день? _____

6 Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

—

7 Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

8. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

9. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

10. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

—

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи,

кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 9 месяцев

Медсестра

Осмотр ребенка в возрасте 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____

см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы _____

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм

_____ ; Сердечные шумы _____ ;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет ____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

—

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная ____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая ____ Негустая _____

—

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

—

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям
- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач

Медсестра

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 9 до 10 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?

- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?

- Были ли судороги?

- Летаргичен или без сознания?

Да ____ Нет ____

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет ____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

—

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

—

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 10 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 10 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

—

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_____ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы _____

—

Большой родничок _____

—

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

—

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм

_____ ; Сердечные шумы _____ ;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет ____

Если Да, _____мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежемесячный осмотр на приеме у врача

Врач

Медсестра

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 10 до 11 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

Да ____ Нет ____

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода согласно данным рекомендациям

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения

- Частые движения головой (возможные заболевания уха)

- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь

- Отказ от груди или другой пищи

- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в возрасте 11 месяцев

Медсестра

Осмотр ребенка в возрасте 11 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

Конъюнктивы _____

—

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

—

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм

_____ ; Сердечные шумы _____ ;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока? Да _____ Нет ____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания

- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденных МЗ РК от 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Приглашен на прием к врачу в возрасте 12 месяцев

Врач

Медсестра

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте от 11 до 12 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

Да ____ Нет ____

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Р_а=

Р_п=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ ОПВ-0 АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3 + hib 3 ОПВ-3

Корь + краснуха + паротит

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____
мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода ха

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Гипертонус мышц конечностей и/или ограничения движения
- Частые движения головой (возможные заболевания уха)
- Отсутствие или сниженная реакция на звуки, знакомые лица или предложенную грудь
- Отказ от груди или другой пищи
- Ребенок не вступает в контакт. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи,

кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Приглашен на прием к врачу в 12 месяцев

Медсестра

Осмотр ребенка в возрасте 12 месяцев

врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_____ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

конъюнктивы _____

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____

Сердечный ритм _____;

Сердечные шумы _____;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул

Тревожные признаки, требующие специализированной помощи:

по слуху по зрению ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____

эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

—

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1 + hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода
- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
- Не смотрит на движущие предметы
- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
- Нет аппетита, отказывается от пищи ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Продолжение грудного вскармливания
- Прикорм: правила успешного ввода прикорма, приготовления и выбора продуктового набора, гигиенические правила приготовления и хранения пищи, кратность и количество, питательная ценность, согласно методическим рекомендациям "Питание детей раннего возраста", утвержденным МЗ РК 25 сентября 2006г.
- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное и моторное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Ежеквартальный осмотр на приеме у врача.
- Общий анализ крови, Общий анализ мочи, Кал на яйца гельминтов.
- Консультация специалистов хирург, ЛОР, невролог, офтальмолог.

Врач

Медсестра

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 1 ГОД

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 3 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? ДИАГНОЗ:

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да ____ Нет ____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
- Не смотрит на движущие предметы
- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
- Нет аппетита, отказывается от еды ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 3 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы

Органы дыхания: _____ Частота дыхания ____

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм
_____; Сердечные шумы _____;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

—

Сколько перекусов за день? _____

—

Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

—

Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

—

На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____
мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
- Не смотрит на движущие предметы
- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
- Нет аппетита, отказывается от еды ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач

Медсестра

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 6 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Р_а=

Р_п=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да _____ Нет _____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да _____ Нет _____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

7. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

—

8. Сколько перекусов за день? _____

9. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

—

10. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

11. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

—

12. На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

7. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

8. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

—

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

• Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
- Не смотрит на движущие предметы
- Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
- Нет аппетита, отказывается от еды ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы

Органы дыхания: _____ Частота дыхания ____

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм
_____; Сердечные шумы _____;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

- Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да _____ Нет _____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

—

Сколько перекусов за день? _____

Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

—

На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____ • Бобовые Да _____
Нет _____ сколько дней _____

о Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за

• Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение

- Не смотрит на движущие предметы

- Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц

- Нет аппетита, отказывается от пищи ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач

Медсестра

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 1 года 9 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания?

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

H=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да ____ Нет ____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

Сколько перекусов за день? _____

Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода ха

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
- Не смотрит на движущие предметы
- Вялый безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
- Нет аппетита, отказывается от еды ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра

Осмотр ребенка в возрасте 1 года 9 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_____ см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

—

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____ Сердечный ритм

_____ ; Сердечные шумы _____ ;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Р_а=

Р_п=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Кормите ли Вы грудью? Да ____ Нет ____

Если Да, сколько раз в сутки? _____ раз

2. Кормите ли Вы грудью ночью? Да ____ Нет ____

3. Получает ли ребенок какие-либо искусственные смеси или другие заменители грудного молока?

Да ____ Нет ____

Если Да, _____ мл _____ раз в день

1. Сколько основных приемов пищи для ПРИКОРМА в день? _____

2. Сколько перекусов за день? _____

3. Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

4. Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

5. Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

6. На прошлой неделе ребенок ел:

7. Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

8. Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____

9. Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

10. Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

11. Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

• Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт и никак не реагирует на обращение
- Не смотрит на движущие предметы
- Вялый, безразличный и не реагирует на ухаживающих лиц
- Нет аппетита, отказывается от пищи ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача 1 раз в квартал до 24 месяцев и лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Врач

Медсестра

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?
- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да _____ нет _____

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстаёт

Отстаёт на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да _____ Нет _____

• Сколько основных приемов пищи в день? _____

• Сколько перекусов за день? _____

• Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

• Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

• Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

• На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____

- Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____
- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____
- Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____
- Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки_____

Дата_____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)

- Плохой аппетит ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

• Осмотр на приеме у врача, лабораторные исследования, консультация специалистов в 24 месяца

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

—

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Окружность головы _____
_см

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

КОНЬЮНКТИВЫ

Большой родничок _____

—

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

—

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____

Сердечный ритм _____;

Сердечные шумы _____;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул _____

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Р_а=

Р_п=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____

• Сколько основных приемов пищи в день? _____

• Сколько перекусов за день? _____

• Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

• Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

- Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____
- На прошлой неделе ребенок ел:
- Мясо/рыбу/субпродукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____
- Бобовые Да _____ Нет _____ сколько дней _____
- Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да _____ Нет _____ сколько дней _____
- Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____
- Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт

- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)
- Плохой аппетит ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).
- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача 1 раз в полугодие до 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Врач:

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 2 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

Патронаж медсестры на дому ребенку в возрасте 2 лет 6 месяцев

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?

- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?

- Были ли судороги?

- Летаргичен или без сознания? Да _____ Нет _____

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____ эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____

• Сколько основных приемов пищи в день? _____

• Сколько перекусов за день? _____

• Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

• Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

• Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

• На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____

• Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

• Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода ха

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком согласно данным рекомендациям

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)
- Плохой аппетит ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Рекомендации: Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев

Медсестра:

Осмотр ребенка в возрасте 2 лет 6 месяцев врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____ Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев конъюнктивы

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

—

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС) _____

Сердечный ритм _____;

Сердечные шумы _____;

Органы пищеварения: живот _____ печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____

• Сколько основных приемов пищи в день? _____

• Сколько перекусов за день? _____

• Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

• Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

• Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

• На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Даете ли Вы ребенку чай? Да ____ Нет ____

• Чем Вы пользуетесь при кормлении: ____ бутылочкой ____ чашкой и ложкой ____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода

- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком

- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Не вступает в контакт
- Затруднения в удерживании равновесия при ходьбе
- Непонятные изменения в поведении ребенка, наличие следов физического насилия (особенно если ребенок находится под присмотром других лиц)
- Плохой аппетит ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.
- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.
- Массаж и гимнастика соответственно возрасту
- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.
- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)
- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.
- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.
- Осмотр на приеме у врача в 36 месяцев, лабораторные исследования, консультация специалистов в 36 месяцев.

Врач

Патронаж медсестры на дому ребенка в возрасте 3 лет

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

Жалобы матери:

Оцените признаки опасности:

- Может ли ребенок пить или сосать грудь?

- Есть ли рвота после каждого приема пищи или питья?
- Были ли судороги?
- Летаргичен или без сознания? Да_____Нет_____

ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____

• Сколько основных приемов пищи в день? _____

• Сколько перекусов за день? _____

• Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

• Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

• Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

• На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

• Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НІВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода
- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком:

физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Нет интереса к игре.
- Часто падает.
- Трудности с манипулированием мелкими предметами.
- Проблемы с пониманием простых обращений.
- Неспособность формулировать простые предложения.
- Отсутствие или незначительный интерес к еде. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

• Осмотр на приеме у врача в 3 года, лабораторные исследования, консультация специалистов в 3 года.

Медсестра

Осмотр ребенка в возрасте 3 лет врачом и медсестрой на приеме

Дата осмотра ____ \ ____ 20__ Возраст: ____ Температура _____

ВЕС _____ г. РОСТ _____ см. ИМТ _____

Оцените физическое развитие, используя графики:

Жалобы матери:

ОСМОТР РЕБЕНКА

Кожа:

Состояние периферических лимфоузлов

Слизистые ротовой полости Зев

КОНЬЮНКТИВЫ

Большой родничок _____

Органы дыхания: _____ Частота дыхания _____

Органы ССС: частота сердечных сокращений (ЧСС)_____ Сердечный ритм ____
_____ ; Сердечные шумы _____;

Органы пищеварения: живот _____печень _____ селезенка _____

Мочеиспускание _____ Стул _____

ДИАГНОЗ: ОЦЕНКА УХОДА В ЦЕЛЯХ РАЗВИТИЯ

Как Вы играете с Вашим ребенком?

Как Вы общаетесь с Вашим ребенком?

ПРОБЛЕМЫ УХОДА для РАЗВИТИЯ ОЦЕНКА ПСИХОМОТОРНОГО
РАЗВИТИЯ:

До=

Др=

Ра=

Рп=

Н=

Э= Не отстает

Отстает на _____эпикризный срок

ОЦЕНКА ПИТАНИЯ

Что-либо беспокоит Вас в отношении кормления Вашего ребенка?

Грудное вскармливание

1. Продолжает ли кормить грудью? Да ____ Нет ____

• Сколько основных приемов пищи в день? _____

• Сколько перекусов за день? _____

• Ценность перекусов: Питательная _____ Непитательная _____

• Какое количество пищи съедает за один прием? _____ мл.

• Какова густота пищи? Густая _____ Негустая _____

• На прошлой неделе ребенок ел:

• Мясо/рыбу/субпродукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Бобовые Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Темно-зеленые и желтые овощи и фрукты Да ____ Нет ____ сколько дней ____

• Даете ли Вы ребенку чай? Да _____ Нет _____

• Чем Вы пользуетесь при кормлении: _____ бутылочкой _____ чашкой и ложкой _____

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 БЦЖ АКДС 1+hib 1

Гепатит В 2 ОПВ-1 АКДС 2+ hib 2

Гепатит В 3 ОПВ-2 АКДС 3+ hib 3

ОПВ-3

ОПВ-0

Корь + краснуха + паротит

АКДС ревакцинация НВ ревакцинация

Оценка динамики развития рубчика от БЦЖ _____ мм

Визит для следующей прививки _____

Дата _____

ОЦЕНКА УХОДА:

- Мать знает опасные признаки: 1. Не может пить, не может есть 2. летаргичен или без сознания 3. судороги в анамнезе 4. рвота после каждого приема пищи и питья и правила ухода
- Выполняет рекомендации по питанию, развитию и уходу за ребенком
- Знает правила ухода за больным ребенком: питание, питьевой режим, когда обратиться за медицинской помощью (КВН)

ПРОБЛЕМЫ УХОДА ПРИЗНАКИ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ с ребенком: физическое насилие, пренебрежение, физическая и эмоциональная заброшенность.

ДА НЕТ ТРЕВОЖНЫЕ ПРИЗНАКИ, требующие специализированной помощи

- Нет интереса к игре.
- Часто падает.
- Трудности с манипулированием мелкими предметами.
- Проблемы с пониманием простых обращений.
- Неспособность формулировать простые предложения.
- Отсутствие или незначительный интерес к еде. ПРОБЛЕМЫ

При выявлении тревожных признаков направить на консультацию узкого специалиста для выбора и обеспечения специализированной помощи (психолог, логопед и т.д.)

ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ

1. Консультирование по планированию семьи ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Рекомендации:

- Оптимальное питание ребенка (пятиразовое полноценное кормление пищей с семейного стола, продолжение грудного вскармливания).

- Оптимальное питание матери.

- Психосоциальное развитие соответственно возрасту.

- Массаж и гимнастика соответственно возрасту

- Ежедневные прогулки, достаточная инсоляция.

- Правила поведения и ухода в случае болезни ребенка (опасные признаки, когда необходимо обратиться за помощью, режим кормления и питья)

- Безопасная среда и поведение родителей для профилактики травматизма и несчастного случая.

- Активное привлечение отца к уходу в целях развития ребенка.

- Осмотр на приеме у врача в 4 года, лабораторные исследования, консультация специалистов в 4 года.

Врач

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 3 ГОД

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 4 ГОДА

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 5 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 6 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 7 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 8 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 9 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 10 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 11 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 12 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 13 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ЛИСТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА 14 ЛЕТ

(осмотр узких специалистов, результаты анализов и заключение педиатра)

ПЕРЕВОДНОЙ ЭПИКРИЗ в ПОДРОСТКОВЫЙ КАБИНЕТ

ЗАПИСИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА

Форма записи больного младенца в возрасте до 2 месяцев

Имя _____ Возраст _____ Вес(кг) _____

—

Температура _____

—

СПРОСИТЕ: какие проблемы есть у ребенка _____

—

Первичный визит? _____

—

Повторный визит? _____

—

ОЦЕНИТЕ (обведите имеющиеся признаки): КЛАССИФИЦИРУЙТЕ

Ищите: ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ИЛИ МЕСТНУЮ
БАКТЕРИАЛЬНУЮ ИНФЕКЦИЮ

СПРОСИТЕ:

- Наблюдаются ли трудности при кормлении
- Есть ли у младенца судороги?

ОСМОТРИТЕ, ПОСЛУШАЙТЕ, ОЩУТИТЕ:

- Сосчитайте число дыханий в минуту _____

Повторите подсчет, если у ребенка учащенное дыхание _____

—

- Ищите выраженное втяжение грудной клетки

• Измерьте аксилярную температуру\ или ощутите, есть ли жар или холодный на ощупь

- Осмотрите движения младенца.

Двигается ли он только при стимуляции?

Остается ли он без движения даже при стимуляции?

- Осмотрите пупок. Есть ли покраснение или гнойные выделения?

- Ищите кожные гнойнички

Ищите ВОЗМОЖНУЮ ЖЕЛТУХУ: ДА _____ НЕТ _____

Если есть желтуха, когда она впервые появилась? ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:

Ищите желтуху (желтушное окрашивание склер и кожи)?

Есть ли желтушность ладоней и стоп?

Спросите: ЕСТЬ ЛИ У МЛАДЕНЦА ДИАРЕЯ? ДА. _____ НЕТ _____

Если ДА, СПРОСИТЕ:

- Как долго? ____ дней
- Есть ли кровь в стуле? ОСМОТРИТЕ И ОЩУТИТЕ:
- Посмотрите на общее состояние младенца:

Двигается ли он только при стимуляции?

Остается без движения даже при стимуляции?

Беспокоен или болезненно раздражим?

- Ищите запавшие глаза
- Проверьте реакцию кожной складки.

Складка расправляется

Очень медленно (больше 2 секунд)?

Медленно (до 2 секунд)?

Если у младенца нет показаний к срочному направлению в стационар

Проверьте: ЕСТЬ ЛИ ПРОБЛЕМЫ КОРМЛЕНИЯ ИЛИ НИЗКИЙ ВЕС

СПРОСИТЕ:

• Ребенок кормится грудью? Да__ Нет__

• Если Да, сколько раз за 24 часа?__

• Получает ли младенец другую пищу или жидкость? Да_____Нет__

• Если ДА, как часто?__

• Чем Вы пользуетесь при кормлении младенца? • Определите соответствие веса к возрасту:

Низкий__ Не низкий__

• Ищите язвы или белые пятна во рту (молочница)_____

ОЦЕНИТЕ КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ:

Кормился ли младенец грудью в течение последнего часа? Если младенца не кормили грудью в течение последнего часа, попросите мать приложить его к груди. Наблюдайте за кормлением 4 минуты.

(Если младенца кормили в течение последнего часа, попросите мать подождать и сказать, когда младенец захочет есть снова).

• Способен ли младенец брать грудь?

Ищите признаки правильного прикладывания:

1. Подбородок касается груди Да__ Нет__

2. Рот младенца широко открыт Да__Нет__

3. Нижняя губа вывернута наружу Да__Нет__

4. Большая часть ареолы видна сверху рта, а не снизу Да__Нет__

Приложен плохо Приложен хорошо

• Эффективно ли сосет младенец (то есть делает ли медленные глубокие сосательные движения с паузами)?

Сосет неэффективно Сосет эффективн

Прочистите заложенный нос, если это мешает кормлению грудью.

ПРОВЕРЬТЕ ПРИВИВОЧНЫЙ СТАТУС МЛАДЕНЦА:

Подчеркните прививки, которые нужно сделать сегодня

Гепатит В 1- 0 _____ БЦЖ _____ Гепатит В2 _____

—

АКДС 1 _____ Hib 1 _____ ОПВ 1 Визит для следующей прививки _____

—

Дата _____

ОЦЕНИТЕ ДРУГИЕ ПРОБЛЕМЫ:

ЛЕЧЕНИЕ:

Рекомендации по питанию:

Последующий визит _____

Объясните, когда вернуться немедленно _____

Диагноз по МКБ _____

Решение по ИВБДВ:

1. срочно госпитализировать, лечение перед направлением

2. Лечить дома с назначением препаратов

(название, доза, кратность, длительность)

• _____ № рецепта

• _____ № рецепта

• _____ № рецепта

• _____ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Форма записи больного ребенка в возрасте с 2 месяцев до 5 лет

Дата осмотра ____ \ ____ \ 20__ Возраст _____ Вес _____ Температура _____

—

Визит: первичный_ повторный_ Жалобы: Общие признаки опасности: Да____ Нет_

—

Проверьте общие признаки опасности: 1. Может ли ребенок пить или сосать грудь? 2. Есть ли рвота после любой пищи или питья? 3. Были ли судороги? 4. Летаргичен или без сознания?

Есть ли у ребенка кашель или затрудненное дыхание? Да____ Нет____

Как долго?_____ Число дыханий в минуту_____ Учащенное дыхание

Втяжение нижних отделов грудной клетки Стридор Астмоидное дыхание (если есть астмоидное дыхание, это повторно? Дайте 3 цикла сальбутамола и оцените после каждого цикла

Есть ли у ребенка диарея? Да____ Нет____

Как долго_____ Есть ли кровь в стуле_____

Общее состояние: летаргичен или без сознания, беспокоен или болезненно раздражим

Глаза запавшие Пьет с жадностью (жажда) Не может пить, пьет плохо

Кожная складка расправляется: очень медленно (> 2 сек.) медленно (< 2 сек.),

Есть ли у ребенка температура? (в анамнезе/горячий на ощупь/ $37,5$ или выше) Да___
Нет___

Как долго?_____Если более 5 дней. Каждый день?_____Болел ли корью последние 3
месяца_____

Ригидность затылочных мышц Признаки кори: генерализованная сыпь + кашель,
насморк, покраснение глаз

Если есть корь или болел корью последние 3 месяца: есть ли язвы полости рта (Они
глубокие и обширные). Гнойные выделения из глаз. Помутнение роговицы

Есть ли у ребенка боли в ухе? Да___Нет___

Есть ли гнойные выделения из уха Их длительность более 14 дней

Есть болезненное припухание за ухом

Есть ли у ребенка боли в горле? Осмотрите горло. Есть ли изменения Да___Нет___

Есть ли белый налет в горле. Есть ли увеличенные подчелюстные лимфоузлы

Проверьте у всех детей, есть ли нарушение питания или анемия

Вес по графику: низкий___не низкий. Есть ли признаки тяжелого истощения.

Есть ли бледность ладоней: умеренная или выраженная Есть ли отек обеих стоп_____

—

Оцените питание (если не направляется в стационар):

Кормится ли грудью да____нет____Если да, то сколько раз за сутки____Кормите ли ночью. Да____Нет____Получает ли другую пищу или жидкость Да____Нет____Если Да, то какую пищу и жидкости

Сколько раз в день_____Чем пользуются при кормлении_____Объем одной порции_____Активное кормление Да____Нет____

Изменилось ли кормление во время болезни. Да____Нет____Если да, то как

Проблемы питания

Проверьте другие проблемы: Кожные покровы: желтушные; Сыпь: геморрагическая, везикулезная, мелкоточечная, папулезная, другая_____
_____локализация

_____Зудящая Не зудящая;

Слизистая полости рта: энантема, афты, молочница, другое_____
_____Где_____Конъюнктивы глаз: гиперемирована, гнойное

отделяемое, Склеры: инъекцированы, желтушные. Носовое дыхание затруднено, выделения _____

Аускультативно: бронхиальное, ослабленное, не проводится Хрипы: сухие, влажные, другие:

_____ Сердечные тоны: приглушены, шум _____ ЧСС _____

Пульсация вен шеи.

Живот: пальпируется образование, болезненный, урчание, спазмированная сигма, симптом раздражения брюшины, другое _____

Печень размеры: _____ Селезенка: размеры _____ см.

Неврологический статус: большой родничок выбухает, пульсирует, размеры _____
_см.

Изменения со стороны черепно-мозговых нервов _____

Парезы, параличи _____

Периферические лимфоузлы увеличены (какие группы, размеры) _____

Дизурические явления: _____

Другое _____

ЛЕЧЕНИЕ

Рекомендации по питанию:

Последующий визит _____ Объясните, когда вернуться немедленно ____

Диагноз по

МКБ _____

Решение по ИВБДВ:

1. Срочно госпитализировать, лечение перед направлением _____

2. Лечить дома с назначением препаратов (название, доза, кратность, длительность)

_____ № рецепта

_____ № рецепта

_____ № рецепта

3. Лечить дома без назначения препаратов (уход)

Вкладной лист истории развития ребенка № _____

Паспорт ребенка с нарушением слуха

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

Дата рождения _____ Возраст на момент обследования _____

ИИН |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Место жительства: область _____

Район _____ город (село) _____

Улица _____ дом № _____ корп. _____ кв. _____

—
телефон домашний _____ телефон сотовый _____

Диагноз: _____

Анамнез

Перитонеальный анамнез

Беременность _____ Особенности протекания _____

Роды _____ в _____ недель. Особенности протекания родов _____

Наличие факторов риска по тугоухости: гестоз/токсикоз/угроза прерывания беременности/резус-конфликт матери и плода/перенесенные инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности _____/ототоксические препараты, применяемые матерью во время беременности и ребенком _____/анемия/сахарный диабет/тиреотоксикоз/асфиксия новорожденного/внутричерепная родовая травма/гипербилирубинемия (более 20 ммоль/л)/гемолитическая болезнь новорожденного/масса тела при рождении менее 1500 граммов/низкий балл по шкале Апгар_____/гестационный возраст более 40 недель (переношен-ность)/реанимация и интенсивная терапия ребенка после рождения/возраст матери более 40 лет (поздние роды)

Проводился ли аудиологический неонатальный скрининг слуха:

в организации родовспоможения: да/нет, результат_____

в организации ПМСП: да/нет, результат_____

Слуховой анамнез

Нарушение слуха замечено до овладения речью/после овладения речью/в связи

с задержкой развития речи в возрасте _____.

Когда и где впервые выставлен диагноз_____

Предполагаемая причина нарушения слуха: неизвестна/наследственная/приобретенная

Менингитом не болел/ болел_____

Получал ли ототоксические препараты: нет/да, какие_____

в возрасте_____

при лечении

Есть ли родственники с нарушением слуха:

нет/да_____

Болел ли отитом:

нет/да_____

Имеет ли инвалидность по слуху: не имеет/имеет с возраста

Место обучения ребенка

Вид слухопротезирования

1. Слуховой аппарат (СА)

Протезированное ухо: левое / правое / бинаурально

Вид СА: аналоговый / цифровой

Вид ушного вкладыша

С какого возраста использует СА

2. Система кохлеарной имплантации

Название импланта

Вид электрода

Название речевого процессора

Импантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции _____ Дата подключения

В какой клинике проведена операция

3. Система имплантации среднего уха

Название импланта _____

Название аудиопроцессора _____

Импантированная сторона: слева / справа / билатерально

Дата операции _____

Дата подключения _____

—

В какой клинике проведена операция

Настройка (слухового аппарата / речевого процессора системы кохлеарной имплантации / аудиопроцессора системы имплантации среднего уха)

Дата настроечной сессии_____

—

Место проведения настройки _____

Ф.И.О. врача-сурдолога, контактный телефон

Средство слухопротезирования использует постоянно/иногда/только на занятиях____

Эффективность: помогает/мало помогает/не помогает

Условия коррекционно-педагогической помощи

Наличие специальной помощи по месту жительства _____

Количество индивидуальных занятий в неделю

Частота, регулярность занятий дома _____

Особенности настройки

Оценка слухового восприятия

Оценка развития речи

1 – отсутствие реакции на звуки

2 – наличие реакции на звуки

3 – распознавание неречевых звуков

4 – распознавание звуков речи без считывания с губ

5 – распознавание отдельных слов

6 – фразы

7 – понимание речи без считывания с губ

8 – понимание разговора по телефону 0 – отсутствие речи

1 – лепет

2 – использование нескольких простых слов

3 – односложные предложения

4 – предложения из 2-х слов

5 – предложения из 3-х слов

6 – сложные предложения

7 – сложные предложения с простыми рассказами

8 – полностью "беглая" речь

Рекомендации

1. Речевая среда

Постоянное ношение _____

2. Наблюдение за реакциями ребенка на разные звуки.

3. Регулярные (ежедневные) занятия ребенка дома с родителями.

4. Индивидуальные занятия с сурдопедагогом, логопедом, психологом по месту жительства.

5. Развитие слуха и речи родителями в ситуациях бытового общения.

Настройка через

ЭЦП врача _____

Сурдопедагогическое обследование настройки

(слухового аппарата/речевого процессора системы кохлеарной

имплантации/аудиопроцессора системы имплантации среднего уха)

Дата _____

Место проведения обследования

Ф.И.О. сурдопедагога, контактный телефон

Особенности слухового восприятия

Сформированность УДР: сформирована / не сформирована

Различение градаций громкости звуков тихо – хорошо – громко: сформирована / не сформирована

Расстояние стабильных реакций

Звуки Неречевые Речевые

низкочастотные громкие

низкочастотные тихие звуки

среднечастотные громкие звуки

среднечастотные тихие звуки

высокочастотные громкие звуки

высокочастотные тихие звуки

шепотная речь

голос разговорной громкости

Различение Звуков Слов Фраз гласных согласных в закрытом выборе в открытом
выборе в закрытом выборе

в открытом выборе

с разной слоговой структурой с разной слоговой структурой

с одинаковой сло-го-вой структурой с одинаковой слоговой

структурой

отличающихся одним звуком отличающихся одним звуком

Различение предложений _____

Понимание обращенной речи _____

Понимание разговора по телефону _____

Рекомендации (нужное выделить, дополнить)

1. Развитие УДР на звук _____

2. Формирование понятия градации звука по громкости _____

3. Развитие внимания на окружающие звуки _____

4. Формирование навыков по:

дифференциации звуков (гласных, согласных в слогах, в словах) _____

различению слов с разной/одинаковой слоговой
структурой _____
р а з л и ч е н и ю ф р а з _____
_____ р а з л и ч е н и ю п р е д л о ж е н и й _____

п о н и м а н и ю _____ прочитанного

текста _____

5 . Развитие слухового внимания к тихим

звукам _____

6 . Формирование речевого

самоконтроля _____

7 . Работа над дыханием

8 . Артикуляционная

гимнастика _____

9 . Работа над мимической

мускулатурой _____

1 0 . Работа над

голосом _____

ЭЦП сурдопедагога _____

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 116/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 116/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 116/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 127/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 127/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Formой № 127/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20 ____ жыл үшін

Наркологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы

Журнал регистрации предоставления справки из наркологического диспансера за 20 ____ год

№ п/п	Өтініш берген	Көрсетілетін Қызметті алушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, и м я ,	ЖСН / ИИН	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	ӘАОЖ коды Код КАТО	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс орны Место работы	Анықтаманың № № справки	Анықтаманы берген дәрігердің тегі Фамилия врача,

Р/с № п/п	Өтініш берген күні Дата обращения	Көрсетілетін Қызметті алушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, и м я , отчество получателя (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жынысы Пол	Туған күні Дата рождения	ӘАОЖ коды Код КАТО	Үйінің Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс Орны Место работы	Анықтаманың № № справки	Анықтаманы берген дәрігердің тегі Фамилия врача, выдавшего справку
1	2	3		4	5	6	7	8	9	10

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 128/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 128/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 128/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының

Қазақстан
Республикасы
Денсаулық сақтау
министрлігі
Министерство
здравоохранения
Республики Казахстан

	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 129/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 129/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Formой № 129/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2 0 _ _ _ _ ж ы л ү ш і н
Туберкулезге қарсы диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы

Ж у р н а л
регистрации
справки из противотуберкулезного диспансера за 20__ год
предоставления

№	Өтініш берген күні Дата обращения	Көрсетілетін Қызметті алушының тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, и м я , отчество получателя (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жынысы Пол	Туған жылы Дата рождения	ӘАОЖ коды Код КАТО	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс Орны Место работы	Анықтаманың № № справки	Анықтаманы берген дәрігердің тегі Фамилия врача, выдавшего справку
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

А6 форматы

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м ко д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 130/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 130/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Ұйымның мөртабаны, шифры

Штамп, шифр организации

РЕЦЕПТ

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

БАЛАҒА АРНАЛҒАН ЕРЕСЕККЕ АРНАЛҒАН

ДЛЯ РЕБЕНКА ДЛЯ ВЗРОСЛОГО

(сызып қою керек - подчеркнуть)

20__ жылғы (года) " __ " _____

(рецептің жазылған күні - дата выписки рецепта)

Сырқаттың ТАӘ, жасы (ФИО больного, возраст) _____

Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____

ТЕҢГЕ ТИЫН	Rp.
ТЕҢГЕ ТИЫН	Rp.

D.S. _____

Рецептің жарамдылығы (рецепт действителен): 10 күн (дней),

1 ай (1 месяц), арнайы тағайындау бойынша: "апта сайын" немесе

"ай сайын" (по специальному назначению: "еженедельно" или "ежемесячно")

(сызып қою керек - нужное подчеркнуть)

ДӘРІГЕРДІҢ ҚОЛЫ МЕН ЖЕКЕ МӨРІ _____ м.о.

ПОДПИСЬ И ЛИЧНАЯ ПЕЧАТЬ ВРАЧА _____ м.п.

Келесі беттегі 130/е н.

Оборот ф. 130/у

Дәрігердің жадынамасы

1. Емдеу-профилактикалық ұйымының шифры баспаханалық тәсілмен басылады немесе мөртабан қойылады.

2. Рецепт латын тілінде, анық, айқын жазылады, шарикті қаламмен толтырылады, түзетуге тыйым салынады.

3. Бір бланкіге мыналар жазылуы мүмкін:

а) құрамында 8 - оксихинолиннен шыққан заттар, улы заттар, гормондық стероидтер, клонидин, анаболикалық стероидтер бар бір дәрілік зат;

б) қалған дәрілік заттарға бір, екі дәрілік зат.

4. Ережеде қабылданған рецептуралық қысқартуларға ғана рұқсат етіледі.

5. Қатты, сусымалы заттар грамдарда (0,001; 0,02; 0,3; 1,0), сұйық заттар - миллилитрлерде, грамдар мен тамшыларда жазылады.

6. Қолдану тәсілі мемлекеттік немесе орыс тілдерінде жазылады.

7. "Ішке", "Сыртқа", "Белгілі" деген және басқа да жалпы нұсқаулармен шектеуге рұқсат етілмейді.

8. Рецептіні толтырған кезде (ересекке арналған, балаға арналған) қажеттісінің астын сызу керек.

9. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау ұйымдарында жазылып берілген рецептілер республиканың бүкіл аумағында жарамды:

а) құрамында 8 - оксихинолиннен шыққан заттар, улы заттар, гормондық стероидтер, клонидин, анаболикалық стероидтер бар дәрілік заттар жазылған күннен бастап - 10 күннің ішінде сатып алынса;

ә) тұрақты (ұзақ) емдеуді қажет ететін сырқаттарға дәрілік заттарды (а) тармағында көрсетілген жағдайларда берілетін дәрілік заттарды қоспағанда) жазып беру кезінде рецептілердің жарамдылық мерзімі үш айға дейін белгіленеді. Бұл ретте "Арнайы тағайындалған" деген жазудың және дәрілердің дәріханадан босату мерзімділіктерінің ("апта сайынғы" немесе "ай сайынғы") қажеттісінің астылары сызылып, рецептін жазып берген дәрігердің қолымен және оның жеке мөрімен расталуы тиіс;

б) қалған рецептілер жазып берген күннен бастап бір айға дейін жарамды.

10. Дәрігердің қолы оның жеке мөрімен расталуы тиіс.

Памятка врачу

1. Шифр лечебно-профилактической организации печатается типографским способом или ставится штамп.

2. Рецепт выписывается на латинском языке, разборчиво, четко, шариковой ручкой, исправления запрещаются.

3. На одном бланке может быть выписано:

а) одно лекарственное средство содержащее производные 8-оксихинолина, ядовитые вещества, гормональные стероиды, клонидин, анаболические стероиды;

б) одно, два лекарственных средства на остальные лекарственные средства.

4. Разрешаются только принятые Правилами рецептурные сокращения.

5. Твердые сыпучие вещества выписываются в граммах (0,001; 0,02; 0,3; 1,0), жидкие - в миллилитрах, граммах и каплях.

6. Способ применения указывается на государственном или русском языках.

7. Не допускается ограничиваться общими указаниями: "Внутреннее", "Наружное", "Известно" и другие.

8. При заполнении подчеркнуть предназначение рецепта (для взрослого, для ребенка).

9. Рецепты, выписанные в организациях здравоохранения Республики Казахстан, действительны на территории всей республики:

а) на получение лекарственных средств, содержащих производные 8-оксихинолина, ядовитые вещества, гормональные стероиды, клонидин, анаболические стероиды - в течение 10 дней со дня их выписывания;

б) больным, нуждающимся в постоянном (длительном) лечении (за исключением случаев, указанных в пункте а) - до трех месяцев. При этом, подчеркиваются надписи "По специальному назначению" и по периодичности отпуска лекарств из аптеки ("еженедельно" или "ежемесячно"), скрепляются подписью и личной печатью врача, выписавшего рецепт;

в) остальные репепты - в течение одного месяца со дня их выписывания.

10. Подпись врача должна быть заверена его личной печатью.

Жеке дайындалған препараттардың № (№ препаратов индивидуального приготовления)		Дәріхананың мөртабаны (штамп аптеки)	
Қабылдады (принял)	Дайындады (приготовил)	Тексерді(проверил)	Босатты (отпустил)

A5 форматы

Формат A5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 131/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 131/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 131/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A 6 форматы

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 132/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация	Форма № 132/у
		Утверждена и.о. Министра Республики 23 ноября 2010 года № 907	приказом здравоохранения Казахстан

ТҮБІРТЕГІ-КОРЕШОК

Түбіртегі денсаулық сақтау ұйымында қалдырылады да,

кейін бухгалтерияға тапсырылады

Корешок остается в организации здравоохранения, затем

передается в бухгалтерию

Серия _____ № _____

20__ жыл (год) " __ " _____

(рецептінің жазылған күні, дата выписки рецепта)

Науқастың ТАӘ, жасы (ФИО больного, возраст) _____

Медициналық құжаттың (Медицинская документация) № _____

Диагнозы (диагноз) _____

Мекенжайы (домашний адрес) _____

Учаскенің (участок) № _____

Теңге: тиын: Rp: _____

D.S. _____

Дәрігердің ТАӘ (ФИО врача) _____

Формат А 6

Сноска. Форма № 132/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 4 форматы

Формат А 4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 133/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 133/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 133/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 4 форматы

Формат А 4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 134/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 134/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

Дұрыс жазылып берілмеген рецептiлердi тiркеу журналы

Журнал учета неправильно выписанных рецептов

№	Күні дата	Денсаулық сақтау ұйымының атауы Наименование организации здравоохранения	Дәрігердің Т А Ә Ф И О врача	Рецептінің құрамы Содержание рецепта	Анықталған бұзылушылықтар Выявленные нарушения	Қолданған шаралар Принятые меры	Фармацевтикалық қызмет объекті маманының ТАӘ ФИО специалиста объекта фармацевтической деятельности

А 5 ф о р м а т ы Формат А5	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 138/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

**АУРУ БАЛА КҮТУ ҮШІН ЖҰМЫСТАН УАҚЫТША БОСАТУ ТУРАЛЫ
№ ____ АНЫҚТАМАНЫҢ ТЕКСЕРУ ТАЛОНЫ
КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН К СПРАВКЕ № ____
О ВРЕМЕННОМ ОСВОБОЖДЕНИИ ОТ РАБОТЫ ПО УХОДУ
ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ**

Берілген күні (Дата выдач и) 20__ жылғы (года) " __ " _____

Жұмыстан босатылған адамның тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя,

отчество, освобожденного от работы) _____

Жұмыс орны (Место работы) _____

Мекенжайы (Домашний адрес) _____

Баламен туыстығы (астын сызыңыз) - анасы, әкесі, әжесі және басқа

отбасы мүшелері (жазыңыз) (Родственные отношения с ребенком

(подчеркнуть) - мать, отец, бабушка и др. члены семьи (вписать))

Бала туралы мәліметтер (Сведения о ребенке) _____

тегі, аты, жасы (фамилия, имя, возраст)

Диагноз _____

Мектепке дейінгі ұйым, мектеп (Дошкольное учреждение, школа) ____

Жұмыстан босатылды (Освобожден (а) от работы бастап (с) 20__

жылғы (года)__(до)_____дейін

Анықтаманы берген адамның тегі (Фамилия лица, выдавшего справку)

анық (разборчиво)

Анықтаманы алған адамның қолы (Подпись получившего справку)

Формат А5	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 138/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 138/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

АУРУ БАЛАНЫ КҮТУ ҮШІН ЖҰМЫСТАН УАҚЫТША БОСАТУ ТУРАЛЫ

№ ____ АНЫҚТАМА

СПРАВКА № ____

О ВРЕМЕННОМ ОСВОБОЖДЕНИИ ОТ РАБОТЫ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ

Берілген күні (Дата выдачи) 20__ жылғы (года) " __ " _____.

Азаматқа берілді (Выдана гражданину(ке)) _____

оның ауру баланы күту үшін жұмыстан босатуға мұқтаж екендігі туралы

(в том, что он (а) нуждается в освобождении от работы по уходу за

больным ребенком).

Жұмыс орны (Место работы) _____

Бала туралы мәліметтер (Сведения о ребенке) _____

тегі, аты, жасы (фамилия, имя, возраст)

Диагноз _____

Мектепке дейінгі ұйым, мектеп (Дошкольное учреждение, школа) _____

Жұмыстан босатылуы Освобождение от работы

қай күннен бастап с какого числа	қай күн аралығында по какое число (включительно)	дәрігердің лауазымы мен тегі должность и фамилия врача	дәрігердің қолы подпись врача	ДКК төрағасының қолы подпись председателя ВКК

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша

(число, месяц, (число, месяц про-

год); письмo)

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша

(число, месяц, (число, месяц про-

год) письмo)

айы, күні, жылы айы, күні жазбаша

(число, месяц, (число, месяц про-

год) письмo)

Жұмысқа кірісуі (Приступить к работе) (с) 20__ жылғы (года)

_____ бастап

Ұйымның мөрі

Печать организации

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 278/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 278/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 278/у с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 19.03.2015 № 153 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Амбулаториялық науқастарды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации амбулаторных больных

(за) _____ 20__ жыл (год) бойынша

Р/с № п/п	Ай күндері Числа месяца	Науқастың алғашқы, немесе қайталап қабылдануы (жазыңыз) Принят больной первично, повторно (вписать)	Тегі, аты , әкесінің а т ы Фамилия , имя, отчество	Туған күні Дата рождения	Жынысы Пол	Туған жылы, 1 жасқа дейінгі балалар үшін-күні Г о д рождения , для детей до 1 года дата	Мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс орны Место работы	Диагноз	Емдеудің атауы Название лечения	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Примечание. В медицинских организациях, имеющих автоматизированные рабочие места медицинских работников, журнал ведется в электронном виде.

При ведении журнала в электронном виде в день регистрации пациента записи о регистрации пациента присваивается уникальный номер, который формируется информационной системой в автоматизированном режиме.

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша Код организации по БИН	ұйым коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан РеспубликасыДенсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 278-1/е нысанды медициналық құжаттама	

Ұйымның атауы	Медицинская документация
Наименование организации	Форма № 278-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой № 278-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Тексеріп-қарау кабинетінің (ер, әйел) күн сайын қабылдау журналы

Журнал ежедневного приема смотрового (мужского, женского) кабинета

№	Қабыл-дау күні/ Дата приема	Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жасы/ Возраст	Мекен-жайы / Домашний адрес	65 және одан асқан жаста (+ белгілеу) / 65 лет и старше (отметить +)	" Д " есебіндегі тұлғалар (+ белгілеу)/ Лица из группы " Д" учета (отметить +)	Цитология л ы қ материал-ды алған күн /Дата забора цитологического материала	Цитологиялық материал-ды нәтижесі/ Результат цитологического материала	Қарау нәтижесі/ Результат осмотра	
										дені сау/ здоров	патология табыл/ выявлена патология

A5 форматы	БСН бойынша ұйым коды	-----
Формат A5	Код организации по БИН	_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық		

сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 278-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 278-2 /у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой № 278-2/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналдары / Журналы учета пациентов по скринингам на уровне ПМСП

Маммографиялық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы / Журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Мекенжайы, телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, г о д рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн / Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7

Маммография күні/ Дата маммографии	BI-RADS нәтижесі (бірінші оқу)/ Результат BI-RADS (первая читка)	BI-RADS нәтижесі (бірінші оқу)/ Результат BI-RADS (вторая читка)	Онкологке, маммологке жіберілген к ү н і / Дата направления к онкологу, маммологу	Емханалық Диагноз/ Клинический диагноз
8	9	10	11	12

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

-алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/ участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні№6 бағансыз)/ в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).

5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с/ Графа 5 – отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет/ Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациентки на скрининг.

8, 9-бағандар – М1, М2 және с.с. шифрлауға сәйкес нәтижелер қойылады/Графы 8, 9 – выставляется результат в соответствии с шифровкой М1, М2 и т.д.

11-баған – маман (онколог, маммолог) қойған немесе маммография нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады/ Графа 11 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (онкологом, маммологом) либо в соответствии с результатом маммографии.

Цитологиялық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы/

Журнал учета пациентов, подлежащих цитологическому скринингу

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО(при его наличии)	ЖСН / ИИН	Мекенжайы , телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, г о д рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн / Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7
...						

Цитологияға жұғынды алынған күн/Дата взятия мазка на цитологию	Bethesda бойынша нәтиже/ Результат по Bethesda	Bethesda бойынша нәтиже алынған күн/Дата получения результата по Bethesda	Жұғынды қайтадан алынды, күні/ Мазок взят повторно, дата	Bethesda бойынша нәтиже, қайтадан/ Результат по Bethesda, повторно
8	9	10	11	12

Кольпоскопия өткізу күні/ Д а т а проведения кольпоскопии	CIN бойынша кольпоскопия нәтижесі /Результат кольпоскопии по CIN	CIN бойынша нәтиже алынған күн/Дата получения результата по CIN	Гинекологқа, онкологқа жіберілген күн/Дата направления к гинекологу, онкологу	Емханалық диагноз/ Клинический диагноз
13	14	15	16	17

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні №6 бағансыз)/в смотровом кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).

5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 30, 35және с.с./Графа 5 – отмечается возрастная группа скрининга – 30, 35 и т.д.;

6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет/Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациентки на скрининг.

8, 11-бағандар – Bethesda жіктегішіне сәйкес нәтижелер қойылады/Графы 8, 11 – выставляется результат в соответствии с классификацией Bethesda

13-баған – CIN жіктегішіне сәйкес нәтижелер қойылады/Графа 13 – выставляется результат в соответствии с классификацией CIN

16-баған –маман (гинеколог, онколог) қойған немесе цитология (Bethesda бойынша) немесе гистология (CIN бойынша) нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады/Графа 16 –отмечается диагноз, выставленный специалистом (гинекологом, онкологом) либо в соответствии с результатом цитологического (по Bethesda) или гистологического (по CIN) заключения.

Колоректалдық скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы /

Журнал учета пациентов, подлежащих колоректальному скринингу

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Мекенжайы, телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/ Дата, месяц, г о д рождения	Жас тобы/ Возрастная группа	Скринингке шақырылған күн / Даты приглашения на скрининг
1	2	3	4	5	6	7
...						

Скринингтен өткен күн / Дата прохождения скрининга	Гемокульт-тестілеу өткізілген күн/Дата проведения гемокульт-теста	Гемокульт-тестілеудің нәтижесі/Результат гемокульт-теста	КС туралы ақпараттандыру күні/ Дата информирования о КС	КС жіберілген күні /Дата направления на КС
8	9	10	11	12

КС өткізілген күн/Дата проведения КС	КС нәтижесін алған күн/Дата получения результата КС	К С нәтижесі/ Результат КС	Маманға жіберілген күн/Дата направления к специалисту		Емханалық диагноз/ Клинический диагноз
			гастро-энтерологке, коло-проктологке/ гастро-энтерологу, коло-проктологу	Онкологке /онкологу	
13	14	15	16	17	18

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен /участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні №6 бағансыз/ в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 6 – Дата приглашения на скрининг).

5-баған–скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с/Графа 5 – отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

6-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет/Графа 6 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациента на скрининг.

7-баған – пациенттің скринингтен өту үшін АМСК хабарласқан күні/Графа 7 – дата обращения пациента в ПМСП по случаю прохождения скрининга.

9-баған – тестінің нәтижесі көрсетіледі: "оң" немесе "теріс"/Графа 9 – указывается результат теста: "положительный" или "отрицательный".

10-баған – оңтайлы гемокульт-тест алған жағдайда пациентпен колоноскопия өту туралы, ішекті дайындау тәртібі, салдары туралы әңгімелесу күні көрсетіледі/Графа 10 – указывается дата беседы с пациентом при получении положительного гемокульт-теста о необходимости прохождения колоноскопии, правилах подготовки кишечника, возможных последствиях.

11-баған–колоноскопия кабинетіне кезекке тұрғызылған күні көрсетіледі. Күні эндоскопиялық кабинеттің зертханашысымен телефон арқылы хабарланады немесе эндоскопиялық кабинетпен келісілген жолдамалар кестесіне сәйкес колоноскопияға қойылады/Графа 11 - указывается дата постановки на очередь в кабинет колоноскопии. Дата сообщается лаборантом эндоскопического кабинета по телефону либо выставляется в соответствии с согласованным с эндоскопическим кабинетом графиком направлений на колоноскопию.

14-баған – CS 1, CS 2 және с.с. шифрлауға сәйкес нәтижелер қойылады/Графа 14 – выставляется результат в соответствии с шифровкой CS 1, CS 2 и т.д.

17-баған – маман (гастроэнтеролог, колопроктолог, онколог) қойған немесе колоноскопия нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады /Графа 17 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гастроэнтерологом, колопроктологом, онкологом), либо в соответствии с результатом колоноскопии.

Қылтамақ және асқазан қылтамағы скринингісінен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналы /

Журнал учета пациентов, подлежащих скринингу рака пищевода и рака желудка

№	ТАӘ (болған жағдайда) / ФИО (при его наличии)	ЖСН/ ИИН	Мекенжайы, телефон/ Адрес, телефон	Туған күні айы, жылы/Дата, месяц, год рождения	Жас тобы/ Возрастная группа
1	2	3	4	5	6
...					

Скринингке шақырылған күн/Даты приглашения на скрининг	Скринингтен өткен күн / Дата прохождения скрининга	ЭГДС кезекке қойылған күн/ Дата постановки на очередь на ЭГДС	ЭГДС өткізілген күн/Дата проведения ЭГДС	ЭГДС нәтижесін алған күн / Дата получения результата ЭГДС
7	8	9	10	11

ЭГДС нәтижесі/ Результат ЭГДС							Маманға жіберілген күн / Дата направления к специалисту		Емханалық диагноз/ Клинический диагноз
А	Б	В	Г	Д	Е		гастроэнте-рологке/ гастроэнте-рологу	Онкологке/ онкологу	
12	13	14	15	16	17	18		19	20

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу бойынша учаскелік медбикемен/участковой медсестрой по профилактике;

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетте (Скринингке шақырған күні №7 бағансыз)/в доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи (без графы № 7 – Дата приглашения на скрининг).

6-баған –скринингтің жастық тобы белгіленеді – 50, 52 және с.с./Графа 6 – отмечается возрастная группа скрининга – 50, 52 и т.д.;

7-баған – бірнеше күн болуы мүмкін. Деректер пациентканың скринингке ықыластылығын талдау үшін қажет. Осы жерде және әрі қарай барлық күндер жылын көрсетпей 27.05. (чч.мм.) форматта толтырылады, өйткені журнал жыл сайын жаңарып отырады/Графа 7 – может иметь несколько дат. Данные необходимы для анализа отзывчивости пациента на скрининг. Здесь и далее все даты заполняются в формате 27.05 (чч.мм) без указания года, так как журнал ежегодно обновляется.

8-баған – пациенттің скринингтен өту үшін АМСК хабарласқан күні (025-08/У нысаны толтырылған, ЭГДС жүргізуге келісім алынды, эндоскопиялық зерттеуге жолдама берілді)/Графа 8 – дата обращения пациента в ПМСП по случаю прохождения скрининга (заполнена форма 025-08/У, получено согласие на проведение ЭГДС, дано направление на эндоскопическое исследование).

9-баған – эндоскопия бөлімшесіне кезекке тұрғызылған күні көрсетіледі. Күні эндоскопия бөлімшесінің зертханашысымен телефон арқылы хабарланады немесе эндоскопиялық кабинетпен келісілген жолдамалар кестесіне сәйкес ЭГДС қойылады/Графа 9 – указывается дата постановки на очередь в отделение эндоскопии. Дата сообщается лаборантом отделения эндоскопии по телефону либо выставляется в соответствии с согласованным с эндоскопическим кабинетом графиком направлений на ЭГДС.

12-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес ЭГДС өткізу көлемі көрсетіледі /Графа 12 – указывается объем проведенной ЭГДС в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

13-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес өңеш пен асқазанның таза болу дәрежесі көрсетіледі/Графа 13 – указывается степень чистоты пищевода и желудка в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

14-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес ЭГДС өткізу кезіндегі асқынулар көрсетіледі/Графа 14 – указываются осложнения при проведении ЭГДС в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

15-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес биопсия жүргізу көрсетіледі/Графа 15 – указывается проведение биопсии

соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

16-баған – ES1, ES 2, GS1, GS2 және с.с. шифрлеуге сәйкес ЭГДС нәтижелері қойылады/Графа 16 – выставляется результат ЭГДС в соответствии с шифровкой ES1, ES 2, GS1, GS2 и т.д.

17-баған – Өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу бланкісіндегі шифрлеуге сәйкес биопсия жүргізілген жағдайда гистологиялық зерттеу нәтижелері көрсетіледі/ Графа 17 – указывается результат гистологического исследования в случае проведения биопсии в соответствии с шифровкой согласно Бланка эндоскопического исследования пищевода и желудка.

20-баған – маман (гастроэнтеролог, онколог) қойған немесе эндоскопия нәтижелеріне сәйкес диагноз жазылады/Графа 20 – отмечается диагноз, выставленный специалистом (гастроэнтерологом, онкологом), либо в соответствии с результатом эндоскопии.

Қуықалды безі қылтамағының скринингісінен өтуі тиіс ПСА пациенттердің қан үлгілерін есепке алу журналы/

Журнал регистрации образцов крови на ПСА пациентов, подлежащих скринингу рака предстательной железы

АМСК ЖН/ И Н ПМСП	Пациенттің РН/ПН пациента	Қан алған күн/ Дата взятия крови	Пациенттің ТАӨ (болған жағдайда) / ФИО(при его наличии) пациента	ЖСН / ИИН	Жасы/ Возраст	Тұратын жерінің мекенжайы/ Адрес места жительства	Үлгілерді ИХТ зертханаға жіберу күні /Дата отправки образцов в лабораторию ИХА
1	2	3	4	5	6	7	

Зерттеу нәтижесі/Результат исследования					Нәтижені алған күн/Дата получения результата	Урологқа/ онкоурологқа жіберілген күн/Дата направления к урологу/ онкоурологу
Жалпы ПСА/ Общий ПСА	Бос ПСА/ Свободный ПСА	[- 2] проПСА/ [- 2] проПСА	PHI	Талдауды қайталау кажет етіледі/ Требуется повторить анализ		
8	9	10	11	12	13	14

Ескерту/Примечание.

Журнал 2 данада толтырылады/ Журнал заполняется в 2-х экземплярах:

- алдын алу және әлеуметтік-психологиялық көмек көрсету бөлімшесінің қаналу кабинетінің /зертхананың/ дәрігерге дейінгі кабинеттің емдеу медбикесімен/ процедурной медсестрой в кабинете забора крови / лаборатории / доврачебном кабинете отделения профилактики и социально-психологической помощи;

- алдыналу бойынша учаскелік медбикемен/ участковой медсестрой по профилактике.

1-баған – АМСК ұйымының жеке нөмірі көрсетіледі, Денсаулық сақтау басқармасымен беріледі/Графа 1 – указывается идентификационный номер организации ПМСП, присваивается Управлением здравоохранения.

2-баған – қан алу кезінде алмаспайтын нөмірлеуге сәйкес берілетін, пациенттің реттік нөмірі көрсетіледі/Графа 2 – указывается порядковый номер пациента, который присваивается согласно сквозной нумерации во время забора крови.

5-баған – пациенттің жастық тобы көрсетіледі (50, 54, 58 және с.с.)/Графа 5 – указывается возрастная группа пациента (50, 54, 58 и т.д. лет).

8-баған – ПСА толық (жалпы, бос және[-2] проПСА) зерттеуді алған жағдайда ұсынылған екеудің ішінен жалпы ПСА бірінші көрсеткіші көрсетіледі/Графа 8 – в случае получения развернутого исследования ПСА (общий, свободный и [-2] проПСА) указывается первый показатель общего ПСА из представленных двух.

12-баған – ақау табылған жағдайда биоматериалды қайтарған жағдайда толтырылады/ Графа 12 – заполняется в случае возврата биоматериала вследствие выявленного дефекта.

13-баған – нәтижені алған күн немесе биоматериалды қайтарған күн көрсетіледі/ Графа 13 – указывается дата получения результата или дата возврата биоматериала.

14-баған – пациентті урологқа/онкоурологқа терең зерттеуге жіберген жағдайда толтырылады/Графа 14 – заполняется в случае направления пациента на углубленное обследование к урологу/онкоурологу.

A5 форматы

Формат А5

	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 279/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 279/у приказом		

Сноска. Форма № 279/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Приложение 4 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 4 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А5

	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.			

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 003-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 003-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 003-4//у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Медбикенің қолы (Подпись медсестры) _____ ТАӘ (ФИО)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____ ТАӘ (ФИО)

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 025-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 025-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 025-6//у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 058-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 058-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 058-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 058-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 058-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 058-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 060-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 060-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 060-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 060-2/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 060-2/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**АИТВ-инфекциясын жұқтырғандардың (ИБ (+) тіркеу журналы
Журнал регистрации ИБ(+) ВИЧ-инфицированных**

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

№	ТАӘ ФИО	Мекен-жайы Адрес	Туған жылы Дата рождения	Азамат-тығы Гражд-данство	Жы-нысы Пол	Жұмыс орны Место работы
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Анықталған орны Место выявления	ИБ № № ИБ	ИБ күні Дата ИБ	Коды Код	Шұғыл хабарламаны телефон арқылы жеткізген күні және сағат Дата и час сообщения экстренного извещения по телефону	Алғашқы шұғыл хабарламаны жіберген күні Дата первичной отсылки экстренного извещения
8	9	10	11	12	13

продолжение таблицы

Шұғыл хабарламаны жіберген адамның ТАӘ ФИО, передавшего экстренное извещение	Шұғыл хабарламаны қабылдаған адамның ТАӘ ФИО, принявшего экстренное извещение	Жұқпа көзі (ТАӘ, күні, ИБ №) Источник инфекции (№ ИБ, дата, ФИО)	Жұғу жолы Путь передачи	Ескерту (қайтыс болды, "Д" есептен шыққан) Примечание (умер, выбыл с "Д" учета)
14	15	16	17	18

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 067-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 067-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 067-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ОКУД бойынша мекеменің коды Код учреждения по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 107/е нысанды медициналық құжаттама
Мекеменің аты Наименование учреждения	Медицинская документация Форма № 107/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 107/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 098/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 098/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 098/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 109/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 109/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 109/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 110/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 110/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Жедел және пұғыл медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы
Карта вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи

Тегі Фамилия	Жынысы Пол е.ә м.ж.	Қызмет көрсету уақыты Дата обслуживания	Күні Дата	Айы Месяц	Жылы Год
Аты Имя	Қайта шақыру Повтор иә жоқ да нет	№ шығу бригадасының құрамы Состав выездной бригады №			
Әкесінің аты Отчество	Нәтиже Результат	фельдшер II (медбике) фельдшер II (медсестра)			
Жасы Возраст Жылы айы күні Лет месяцев дней	1-диагноз Диагноз 1	Жүргізуші водитель			
Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Асқыну, қосымша Осложнения дополнения	ЖМЖ бригадасына актив Актив для бригады СМП	№	Уақыты время	
Жұмыс орны Место работы	Басқа аурулары Сопут. диагнозы	Учаскелік дәрігерге актив Актив для участ. врача	тел.	қабылдады принял	
Қаралу, көмек көрсету, ауруханаға жәтудан бас тарту Отказ от осмотра,	Жарақат түрі Вид травматизма		тел.		

Жалпы жағдайы Общее состояние				Везикулярлық везикулярное пуэрилдік пуэрильное катқыл жесткое әлсізденген О С ослаблено П Л бронхореялық бронхорея		5
1	Қанағаттанарлық удовлетворител. Орташа средней тяжести нашар тяжелое	3	Сарғыш желтушные көгіс (көк ала) цианоз (акроцианоз) кызғылт гиперемия құрғақ-дымқыл сухие-влажные таза-бөртпе чистые-сыпь гипостаза			
2	агониялық агональное биологиялы өлім	4				6
3	биологи- ческая смерть	5				
Санасы Сознание		Жүрек - қан тамыр.жүйесі Сер.-сосудист. система		3		6
1	Айқын ясное айқын емес	1	Жүрек дыбысы: айқын, Тоны сердца:ясные тұншыққан, тұнык приглушенные, глухие	4		
2	1,2 оглушен- ность 1,2	2	Шуылы: жоқ, Шумы:нет систолик, диастолик.,	Демікпесі: жоқ экспираторлы инспираторлы аралас Одышка: нет Экспираторная Инспираторная смешанная		7
3	сопор кома			Жүйке жүйесі: Невролог. Статус:		
4	1, 2, 3 ессіз отсутствует			1		8
Көңіл күйі		Тамыр соғуы: Пульс Қанағаттанарлық Удов. качес Ырғақты ритмичный Ырғақсыз аритмичный Толымды напряжен Толымсыз слабого наполнения Жоқ отсутствует		Патологиясыз Без патологии		
Поведение						9
1	Сабырлы спокоен қозған	3		2		
2	возбужден әлсіз вял, тежелген заторможен			Менингеалдық симптомдары: сірескен Кернига (+ -) Брудзинский (+ -) Менингеальн. Симпт. Регидность п.п. Кернига (+ -) Брудзинский (+-)		
Көз қарашығы						Аңқасы: Зев:
Зрачки						
1	Қалыпты нормальное миоз-мидриаз жарыққа әсері: реакция	Тыныс алу жүйесі Дыхательная система		3		1
2	на			Көкірек керілуінің күйі: Экскурсия груд.кл: қалыпты; нормаль. төмендеген О С снижена П. Л.		
3	жанды					2
4	живая әлсіз ослабленная жоқ			Көз ұясы: Парез қылы О С көлденең, тік Глазные яблоки: парез в з о р а П Л Нистагм.гориз. верт.		
						3
						4

	отсутствует анизокария D S		дем алуы ауытқулы; патолог. дыхание жоқ отсутствует		ЧМН:птоз О С мұрын-ерін қатпары жазық; жұтынуы бұзылған; тілі ауытқулы О С төменгі еріннің салбырауы ЧМН:птоз П Л Носогубн.скл.сглаж. нарушения глотания отклон.языка ПЛ опущение угла рта	
	Тері қабаты Кожные покровы	2	Тынысын тыңдау: Дыхание аускульт:	4		А с қорыту жүйесі: Пище- вари- тель- н а я сист:
1 2	физиолог. Түсті бозғылт бледные бозғылт					1

продолжение таблицы

С ің ір рефлекстері: қалыпты екі ж а қ т ы төмендеген О С Ж Т жоғарылаған О С Ж Т ж о қ Сухожилън. рефлексы: нормальн. Симметр. Снижены П Л В Н Повышен П Л В Н отсутствует	2	жағындымен обложен налетом	2	Етеккір циклы: бұзылмаған бұзылған ----- Менструальный ц и к л : Без нарушений Нарушения	Емдеу нәтижесі Результаты лечения:
		Іші: жұмсақ, ауырсынбайды, ауырсынады,. керілген, кеуіп т ұ р ; тыныс алуға қатысуда (иә,жоқ) Живот: мягкий безболезн,болезн, напряжен,вздут участ.в дых. (да,нет)		Перифериялық ісіну Периферические отеки:	жақсарды өзгеріссіз нашарлады улучшение без изменений ухудшение
Қозғалу сферасы: парез (плегия) О С Ж Т ет қуаты жоғарылаған (төмендеген) О С Ж Т Двигатель. Сфера парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н	3	Симптомдары: Щеткин-Бл. + - Ровзинга + - Ситковский + - Ортнер + - Симптомы: Щеткина-Бл + - Ровзинга + - Ситковского + - Ортнера + -	1 2 3	Ж о қ отсутствует ісіңкі ----- пастозность іскен ----- Отечность	

А у р у сезімталдығы төмендеген О С Ж Т		Бауыры: қалыпты ___ см-ге ұлғайған қатты ауырсынады	Көк б. қалыпты см-ге ұлғайған қатты ауырсынады			
А ф а з и я : моторлы сенсорлы, тоталды А ф а з и я : моторная, сенсорная, тотальная	4	Печень: в норме увеличена см плотная болезнен	Селезенка в норме увеличена см плотная болезнен	ТАЖ ЧДД		
Бабинский симпт. О С		Несеп жыныс жүйесі Мочеполовая система		Пульс		
Оппенгейм симп. О С						
перифериялық нервтердің тартылу симптомы с.Бабинского П Л с. Оппенгейма П Л с. натяж. периф.нервов	1	Несеп қ а л ы п т ы жүруі: дизурия Мочеотделение: Нормальное Дизурия		Ж С Ж ЧСС		
				А Қ Қ о н с о л А Д прав		
Қалыпты спокойный Қызарған гиперимия Ісіңкі отечность Таңдай:ұлғай а н . , іркілдеп т ұ р . , іріңдеп тұр		ССПО - + (О С) ССПО - + (П Л)		Қалыпты қ а н қысымы SaO		
Миндалины: увелич,рыхлы , пробки бездері				Қ а н қ ұ - рамын- дағы қ а н т Сахар крови	ммоль/л	ммоль/л
Тілі: таза, ылғалды- құрғақ						
Язык: чистый, влажный-сухой						

Status localis		Емдеу іс-шаралары Лечебные мероприятия	Шығын: Расход
Жедел жәрдем диагнозы Диагноз скорой помощи	Диагностиканың аспаптық әдістері Инструментальные методы диагностики:		

Картаны толтырған дәрігер(фельдшер) _____ (Колы)

Карту заполнил: врач (фельдшер) _____ (Подпись)

A5 форматы

Формат A5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 110-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 110-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРГЕ ЖІБЕРІЛЕТІН ДАБЫЛ ПАРАҒЫ

СИГНАЛЬНЫЙ ЛИСТ УЧАСТКОВОМУ ВРАЧУ

20__ жылғы (года) " __ " _____ сағ. (час.) _____

Науқастың ТАӘ (ФИО больного) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

АҚҚ (АД) _____ ЖСЖ (ЧСС) _____

ТАЖ (ЧД) _____ Дене қызуы (Температура) _____

Диагнозы: _____

Үйінде қалдырылған науқасқа көрсетілген көмек (Оказанная помощь

больному, оставленному дома):

АҚК (АД) _____

ЖСЖ (ЧСС) _____

ТАЖ (ЧД) _____

Дене қызуы (температура) _____

Шығу бригадасының дәрігері

(Врач выездной бригады) _____

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 110-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы + ЭАОЖ коды Наименование организации + Код КАТО	Медицинская документация Форма № 110-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение дополнено Формой № 110-2/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы

Карта вызова бригады санитарной авиации

Аймақтық өтініштің келіп түсу уақыты мен күні/Дата и время поступления заявки в регион	Р САО өтініштің келіп түсу уақыты мен күні/ Дата и время поступления заявки в РЦСА	Өтініштің авиация компанияға тапсырылу уақыты мен күні/Дата и время передачи заявки в авиацию	Ұшудың белгіленген уақыты мен күні/Дата и время назначенного вылета	Ұшудың нақты уақыты мен күні/Дата и время фактического вылета	Елді мекенге ұшып келіу уақыты мен күні/Дата и время прилета в населенный пункт	Стационарға келу уақыты мен күні/Дата и время прибытия в стационар	Стационардан шығу уақыты мен күні/Дата и время выезда из стационара	Елді мекеннен ұшып шығу уақыты мен күні/Дата и время вылета из населенного пункта

Штрих код _____

Пациенттің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О.пациента (при его наличии)

Туған күні (Дата рождения): Жасы (Возраст): Жынысы Ө/Е(керекті астын сызыңыз)					
П о л : М / Ж (н у ж н о е п о д ч е р к н у т ь)					
ЖСН (ИИН) _____					
Тұрғылықты мекенжайы (Место жительства)					
Диагнозы (Диагноз): 10-АХЖ коды (код МКБ-10)					
Зақымдану жағдайы (Обстоятельства травмы)					
Дәрігер (Врач) Фельдшер(Фельдшер)					
Стационарда қарау кезіндегі шағымдар (Жалобы при осмотре в стационаре):					
Объективті мәліметтер (Объективные данные): _____					
Глазго шкаласыбойынша сана деңгей (Уровень сознания по шкале Глазго):					
Status localis:					
Шағымы / Жалобы: _____					
Осы аурудың анамнезі / Анамнез настоящего заболевания: _____					
Өмір сыртартқысы / Анамнез жизни: _____					

Жалпы жағдайы Общее состояние	Сарғыш (желтушные) көгіс (көк ала) (цианоз (acroцианоз))	Везикулярлық везикулярное пуэрилдік пуэрильное қатқыл жесткое әлсізденген О С	5	Перкуторлыдыбыс: Анық өкпелік Тұйықталған (немесе тұйық) Тимпанит дабылды Қорпты Перкуторный звук: Ясный легочный Притупленная (или тупой) Тимпанический Коробочный	жағындымен обложен налетом	2
1 (средней тяжести) нашар (тяжелое)	3 кызғылт (гиперемия)	пуэрилдік қатқыл жесткое	5	Ясный легочный	Іші: жұмсақ, ауырсынбайды, ауырсынады, керілген, кеуіп тұр; тыныс алуға қатысуда (иә, жоқ)	Перифери: Периферич
2 агониялық (агональное)	4 қызыл (гиперемия)	әлсізденген О С	6	Сіңір рефлекстері: қалыпты екі жақты төмендеген О С Ж Т жоғарылаған О С Ж Т	2	
3 биологиялық өлім (биологическая смерть)	5 құрғақ (сухие) дымқыл (влажные) таза (чистые) бөртпе (сыпь) гипостаза	ослаблено П Л бронхореялық бронхорея	6	Сухожильн.рефлексы : нормальн. симметр. снижены П Л В Н повышен П Л В Н отсутствует		

Санасы Сознание		Жүрек - қан тамыр.жүйесі Сер.-сосудист. система		3	Сырылы: жоқ Хрипы: нет Құрғақ сухие Ылғалды влажные	7	Қозғалу сферасы: парез (плегия) О С Ж Т ет қуаты жоғарылаған (төмендеген) О С Ж Т Двигательн. сфера парез (плегия) П Л В Н тонус мышц повышен (снижен) П Л В Н	3	Симптомдары: Щеткин-Бл. + - Ровзинга + - Ситковский + - Ортнер + - Симптомы: Щеткина-Бл. + - Ровзинга + - Ситковского + - Ортнера + -		1 2 3
1 Айқын (ясное) 2 айқын емес 1,2 (оглушенность 1 , 2) 3 сопор кома 1,2,3 4 ессіз (отсутствует)	1 2	Жүрек дыбысы (Тоны сердца): айқын (ясные) , тұншыққан (приглушенные) , тұнық (глухие)	4	Демікпесі: жоқ экспираторлы инспираторлы аралас Одышка: нет Экспираторная Инспираторная смешанная	8		Ауру сезімталдығы төмендеген О С Ж Т Болевая чувствительн. снижен П Л В Н	4	Бауыры : қалып ты __см-ге ұлғай ған қатты ауырсынады Печень: в норме увели чена, см плотная болезненна	Көк б. қалып - ты см-ге ұлғай ған қатты ауырсы-нады Селе зенка в норме увеличена см плотная болезненна	ТАЖ ЧДД t° С
		Шуылы: жоқ, Шумы:нет систолическ, диастолическ.,	Жүйке жүйесі: Невролог. статус :	1		Патологиясыз Без патологии	9				
		Көңіл күйі Поведение	3	Тамыр соғуы: Пульс Қанағаттанар лық Удов. качест. Ырғақты ритмичный Ырғақсыз аритмичный Толымды напряжен Толымсыз слабого наполнения Ж о қ отсутствует	2	Менингеалдық симптомдары: сірескен — Кернига (+-) Брудзинский (+ -) Менингеальн. симпт. Ригидность п. п. Кернига (+-) Брудзинский (+-)		Аңқасы : Зев:	Несеп жыныс жүйесі Мочеполовая система	Несеп жүруі: калыпты дизурия_____ Мочеотделение: Нормальное Дизурия	Ж С Ж ЧСС
Сабырлы (спокоен) 1 қозған (возбужден) 2 әлсіз (вял), тежелген (заторможен)	Көз қарашығы Зрачки	Тыныс алу жүйесі					А Қ Қ оң				

1 2 3 4	Қалыпты (нормальное) миоз-мидриаз жарыққа әсері: (реакция на свет) жанды (живая) әлсіз (ослабленная) жоқ (отсутствует) анизокория DS	1	Дыхательная система	3	Көз ұясы: Парез қыли О С көлденең , тік Глазные яблоки: парез взора П Л Нистагм гориз. , верт.	1 2 3 4	Қалыпты спокойный Қызарған гиперемия Ісіңкі отечность Таңдай:ұлғайған., іркілдеп тұр., іріндеп тұр Миндалины:увелич, рыхлые,пробки бездері	ССПО - + (О С) ССПО - + (П Л)	с о л А Д прав
Тері қабаты Кожные покровы		2	Тынысын тыңдау: Дыхание аускульт.:	4	Ас қорыту жүйесі: Пищеварительная сист:	1	Тілі: таза, ылғалды-құрғақ Язык: чистый, влажный-сухой		Оттегінің сатурацияс Сатурация кислорода Қан құмын-дағы қант Сахар кров
1 2	физиолог. Түсті бозғылт бледные бозғылт								

№ 110 - 2 / е н . а р т қ ы б е т і
 Медициналық қызметтер (Медицинские услуги) (Оборотная сторона ф
 . № 110-2/y)

телемедицина өткізілген/өткізілмеген (телемедицинапроведена/не проведена):
 өткізілген мекеме (проведена с какой организацией):
 өткізген мамандар (с какими специалистами):

телемедицина қорытындысы (заключение телемедицины):

Консультация (түзету емдеу), пациентке операция жасау (Консультация (коррекция лечения), операция пациента)	Гемодинамика көрсеткіштері (Показатели гемодинамики)							Қосымша тексеру (Дополнительные обследования)
	ТҚЖ (ЧДД)	Т	PS	ЖСЖ (ЧСС)	АҚ (АД)	Сатурация	Қандағы қант (Сахар крови)	
Дейін (До)								

Кейін (После)									
Қорытынды: кеңес берілді, операция жасалды, орнында қалдырылды, тасымалданды (астын сызу). (Результат: консультирован, оперирован, оставлен на месте, транспортирован) (подчеркнуть)									
Дәрігер-кеңесшінің диагнозы (Диагноз врача-консультанта):				Ұсынымдар Рекомендации					
Ж е д е л м е д и ц и н а л ы қ к ө л і г і н д е г і ш а ғ ы м д а р ы м а ш и н е п о м о щ и):									
(Ж а л о б ы с к о р о й м е д и ц и н с к о й									
Тасымалдау кезінде пациентті динамикалық бақылау (Динамическое наблюдение пациента при транспортировке):		Гемодинамика көрсеткіштері (Показатели гемодинамики)						Ұшу кезіндегі шағымдары (Жалобы во время полета)	
		ТҚЖ (ЧДД)	Т	PS	Ж С (ЧСС)	АҚ (АД)	Сатурация	Қандағы қант (Сахар крови)	
Бір сағат (один час)									
Екі сағат (два часа)									
Үш сағат (три часа)									
Төрт сағат (четыре часа)									
Уақыты (Время)		Медициналық мәндегі бұйымдар және мөлшері (Медицинские средства и дозы)							
Бір сағат (один час)									
Екі сағат (два часа)									
Үш сағат (три часа)									
Төрт сағат (четыре часа)									
Тасымалдау әдісі (Метод транспортировки):		Жеңіл арбада (на коляске)		Зембілмен (на носилках)			Қолмен (на руках)		

Медицинское оборудование

Пациент тасымалдауды сезінді: жақсы, қанағаттанарлық, нашар, қайтыс болды (астын сызу) (Транспортировку пациент перенес): (хорошо, удовлетворительно, с ухудшением, умер) (подчеркнуть)

Күні (Дата) _____ Уақыты (время) _____
_____ науқасты медициналық ұйымның(МҰ) қабылдау бөліміне
немесе жедел жәрдем

бригадасына табыстады(передачи больного в приемный покой медицинской
организации (МО) или бригаде скорой медицинской помощи).

Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. _____ Код _____ Қолы (
подпись)

(Ф.И.О. врача, доставившего пациента):

МҰ немесе жедел медициналық көмекбригадасының қабылдаған дәрігердің Т.А.Ә. _
_____ Қолы (подпись)

(Ф.И.О. врача, принимающей МО или бригады скорой медицинской помощи):

Пациент тасымалданды (Пациент транспортирован в) _____

А5 форматы БСН бойынша ұйым коды			А5 формат
Формат А5	Код организации по БИН	_____	Формат А5
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 114/е нысанды медициналық құжаттама		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения
Республики Казахстан			Республики Казахстан
Ұйымның атауы	Медицинская документация Форма № 114/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907		Ұйымның атауы
Наименование организации			Наименование организации

Сноска. Форма № 114/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) Ілеспе парағы /Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни) № _____ Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____ _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____ _____ сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам) Туған күні (Дата рождения) _____ _____ сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам) Туған күні (Дата рождения) _____ _____ Көшеден, пәтерден, жұмыс орнынан, медициналық ұйымнан, қоғамдық орындардан және т.б. әкетілді (Взят с улицы, квартиры, рабочего места, из медицинской организации, общественного места и др)). _____ _____ _____ ж а з ы ң ы з (в п и с а т ь) Жедел жәрдем жолдаған кездегі диагнозы (Диагноз при направлении скорой помощи) _____ _____ Жеткізілді (Доставлен в) _____ _____ " " сағ. (час). " " мин.	Тегі/Фамилия _____ Аты/Имя _____ _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его наличии) _____ _____ сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам) Туған күні (Дата рождения) _____ _____ Дәрігер (Врач) _____ _____ Тегін анық жазыңыз (Фамилия - разборчиво) Фельдшер _____ _____ _____ ЭАОЖ коды (Код КТО) _____ Мекенжайы (Адрес) _____ _____ _____ Көшеден, пәтерден, жұмыс орнынан, медициналық ұйымнан, қоғамдық орындардан және т.б. әкетілді (Взят с улицы, квартиры, рабочего места, из медицинской организации, общественного места и др)). _____ _____ _____

20

және т.б. (и т. д.)

----- линия отреза -----

ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____

Санитарлық авиация бөлімінің
(сырқатнамасына тігіледі)
ілеспе парағына қосымша парак
Вкладной лист к сопроводительному листу
Отделения санитарной авиации

Санитарлық авиацияның ӘАОЖ коды (Код КАТО)_____
ілеспе парағы
(сырқатнамасына тігіледі) Санитарлық авиация бөлімінің
Сопроводительный лист (сырқатнамасына тігіледі)
санитарной авиации ілеспе парағына қосымша парак
(подшивается к истории болезни) Вкладной лист к сопроводительному листу
№_____ Отделения санитарной авиации

Тегі/Фамилия_____
Аты/Имя_____
Әкесінің аты (болған жағдайда)/Отчество (при его
наличии) _____

сөзінен, құжаттар бойынша (со слов, по документам) Т а л о н
ЖСН (ИИН) _____ к сопроводительному листу
_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
Туған күні (Дата рождения)_____ санитарной авиации
(после выписки или смерти больного
пересылается в центр санитарной авиации)

Пациенттің тұрғылықты мекенжайы (Место жительства
пациента)_____
Бағыттап отырған стационардың диагнозы (Диагноз
направившего стационара)_____

Жарақаттану жағдайы (Обстоятельства травмы)_____

Қай жерден жеткізілді (Откуда доставлен) _____

Қай жерге жеткізілді (Куда доставлен)_____

Туған күні (Дата рождения)_____

ұйымның атын жазыңыз (впишите название
медицинской организации) Пациенттің тұрғылықты мекенжайы (Место
жительства пациента)_____
Көрсетілген көмек (Оказанная помощь)_____

Бағыттап отырған стационардың диагнозы (Диагноз направившего стационара)_____

Стационарға жеткізген кездегі пациенттің жағдайы (-
Состояние пациента на момент
доставки в стационар): _____ Жарақаттану жағдайы (Обстоятельства травмы)

АҚ (АД)_____, ЖСЖ (ЧСС)_____, ТКЖ (Қай жерден жеткізілді (Откуда доставлен) _____

ЧДД) _____, PS _____, Т _____, _____
Сатурация _____ Қай жерге жеткізілді (Куда доставлен) _____

Жеткізілді (Доставлен в) " _____ " сағ. (час), " _____ " мин. медициналық ұйымның атын жазыңыз (впишите)
_____ 20 _____ жылғы _____ (года) название медицинской организации)
Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. врача, Көрсетілген көмек (Оказанная помощь) _____
доставившего пациента) _____

тегін анық жазыңыз (фамилию пишите разборчиво) Стационарға жеткізген кездегі пациенттің
САОМБ құрамы (Состав МБСА): _____ жағдайы (Состояние пациента на момент
Қорытынды диагноз (Заключительный диагноз) _____ доставки в стационар): _____

АҚ (АД) _____, ЖСЖ (ЧСС) _____,
ТҚЖ (ЧДД) _____, PS _____, Т _____,
Операция 20 _____ жылғы (года) " _____ " сағ. (час). Сатурация _____

Аурудың арты (Исход заболевания): шығарылды (Жеткізілді (Доставлен в) " _____ " сағ. (час), " _____
выписан), с улучшением, без улучшения, с увечьем, _____ " мин. _____ 20 _____ жылғы (года)
_____ (переведен в другой стационар) қайтыс болу (Пациентті жеткізген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О.
смерть), (керекті астын сызыңыз) (нужное подчеркнуть) врача, доставившего пациента) _____

Шыққан (қайтыс болу) күні (Дата выписки) (смерти)) _____
тегін анық жазыңыз (фамилию пишите
Емдеген дәрігердің Т.А.Ә. (Ф.И.О. лечащего врача) _____ р а з б о р ч и в о)
САОМБ құрамы (Состав МБСА): _____

Емдеу ұйымының ескертулері (санитариялық авиация
бригадасының қызмет көрсету кемшіліктерін көрсетіңіз)
. Замечания лечебной организации (указать недостатки
обслуживания бригады санитарной авиации): _____

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 115/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 115/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның Наименование организации	атауы Республики	Казахстан
	23 ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 115/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 117/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 117/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907			

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

20__ жыл бойынша шақыртулардың қабылдануын, олардың шұғыл және жоспарлы-консультациялық көмектер бөлімшесінің орындауын тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации приема вызовов, их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи за 20__ год

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р / с № № п/п	Шәкіртудың күні мен уақыты Дата и время вызова	Кім және қайдан шәкірды Откуда и кем сделан вызов	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Диагнозы немесе шәкірту себебі Диагноз или причина вызова	Науқас қайда орналасқан Местонахождение больного
1	2	3	4	5	6

№ 117/е н. артқы беті

Разворот ф. № 117/у

Консультант немесе бірге жүрген тұлға Консультант или сопровождающий		Көлік түрі Вид транспорта	Ұшып шығу (шығу) уақыты Время вылета (выезда)	Ауада қанша уақыт болды Налет часов	Көрсетілген көмек Оказанная помощь	Шәкіртуды орындаған адамның қолы Подпись выполнявшего вызов
тегі, а т ы фамилия, имя	лауазымы, мамандығы должность, специальность					
7	8	9	10	11	12	13

A5 форматы

Формат A5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 118/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 118/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Санитариялық ұшуға

ТАПСЫРМА

ЗАДАНИЕ

на санитарный полет

№ _____

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____ сағ.(час) ____ мин. _____

Командирге (Командиру) _____

авиаотрядтың, бөлімнің, экипаждың (авиаотряда, звена, экипажа)

20__ жылғы (года) " __ " _____ сағ.(час.) мин. ұшып барып келесі тапсырмамен (произвести полет)

(по следующему заданию):

Ұшу бағдары Маршрут полета	Қону пункті Пункт посадки	Медицина қызметкерінің тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество медицинского работника	Ұшу мақсаты Цель полета
1	2	3	4

Ескертпе (Примечание) _____

М.О.

М.П. Шұғыл және жоспарлы-консультациялық көмек

бөлімшесінің меңгерушісі

(Заведующий отделением экстренной и

планово-консультативной помощи)

№ 118/е н. артқы беті

Оборотная сторона ф. № 118/у

**МӘЛІМЕТТЕР
СВЕДЕНИЯ**

өтінімнің орындалуы туралы (о выполнении (заявки) _____

_____ санавиациямен (санавиацией)

	Іс жүзіндегі ұшу бағдарының ұшып шығу және кону пункттері Пункты отправления и	Уақыты Время				Қанша километр	Қ о н у пунктіндегі тұрған уақыты
		Ұшып келу прилета		Ұшып шығу вылета			
		сағат час	мин.	сағат час	мин.		

Р/с № № п/п	прибытия по фактическому маршруту полета					өткені Пройдено километров	Время стоянки в пунктах посадки	Ұшқан сағаты Налет часов
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Ұшқыш (Пилот) _____

Ұшақты пайдаланған адамның қолы (Подпись лица, пользовавшегося
самолетом) _____

Тапсырманың орындалмау себептері (Заявка не выполнена по причинам)

Авиабөлімше командирінің қолы 20__ жылғы (года) _____

(Подпись командира авиаподразделения)

жеке орналасқан ұшақтың, тікұшақтың ұшқышы

(пилота отдельно базирующегося самолета, вертолета)

А5 форматы Формат А5	Б С Н Код организации по БИН _____	б о й ы н ш а _____	ұ й ы м _____	к о д ы _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 118-1/е нысанды медициналық құжаттама			
Республики Казахстан				
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 118-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907			

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой № 118-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Д е р е у (да/нет)	(и ә / ж о қ) / С р о ч н о

№ ____ Оралымды мәлімдеме/

Оперативная заявка № ____

20 ____ ж. " ____ " _____

на " ____ " _____ 20 ____ г.

Тапсырыс беруші (Заказчик): _____

(ұйымның, министрліктің, ведомство атауы)

(наименование организации, министерства, ведомства)

Пайдаланушы (Эксплуатант): _____

(авиакомпания атауы)

(наименование авиакомпании)

Ұшу мақсаты (Цель полета) _____

(транспорттау, операция жасау, кеңес беру, донорлық органдарды тасымалдау)

(транспортировка, операция, консультация, транспортировка донорских органов)

Әуе кемесінің түрі (Тип воздушного судна)_____

Ұшып кету уақыты (Время вылета)_____

(дата, время вылета (время Астаны))

(күні, ұшып кету уақыты (Астана уақытымен))

Әуе кемесінің маршруты және жүк темесі бойынша ұшу кезеңдері

(Маршрут и загрузка воздушного судна по этапам полета):

Жөнелту әуежайы Аэропорт отправления	Келу әуежайы Аэропорт прибытия	Жүктеу (Загрузка)			
		С А О М Б қызметкерлерінің саны Количество сотрудников МБСА	Пациенттердің с а н ы Количество пациентов	Алып жүрушілер саны Количество сопровождающих	Тасымалдау тәсілі (отырыпкелу, жатып келу, қолда, кувездің і ш і н д е) С п о с о б транспортировки (сидя; лежа; на руках; в кувете)

Жедел өтінімді алу/бас тарту туралы ақпарат

(Информация по получению/отказа оперативной заявки эксплуатантом):

Жедел өтінімді алған күні мен у а қ ы т ы	Жедел өтінімім орындауға қ а б ы л д а н д ы	Жедел өтінім орындауға қ а б ы л д а н б а д ы . Бас тарту себебі

Дата и время получения оперативной заявки	Оперативная заявка принята на исполнение	Оперативная заявка не принята на исполнение. Причина отказа:

Ауысымның аға (Старший врач	дәрігері "Пайдаланушы" смены): Представитель	өкілі "Эксплуатанта":
_____	_____	_____
(қолы,	Т.А.Ә.) (қолы,	Т.А.Ә., лауазымы)
(подпись,	Ф.И.О.) (подпись,	Ф.И.О., должность)
М . О .	М . О .	
(болған	жағдайда) (болған	жағдайда)
М . П .	М . П .	
(при наличии)	(при наличии)	

Тапсырыс берушінің жедел өтінімді жою бойынша ақпарат

(Информация по отмене оперативной заявки заказчиком):

ЖӨ жою уақыты Время отмены ОЗ	ЖӨ жою себебі Причина отмены ОЗ	Дополнительная информация по отмене ОЗ ЖӨ жою туралы қосымша ақпарат	Ауысымның аға дәрігерінің қолы, Т.А.Ә. Подпись, Ф.И.О. старшего врача смены

А 4 Формат А4	ф о р м а т	КҰЖЖ бойынша Код организации по ОКПО _____	ұйым коды
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 119/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	№ 119/у приказом
При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде. (Консультант-дәрігерге) Т А П С Ы Р М А З А Д А Н И Е			

(в р а ч у - к о н с у л ь т а н т у)

№ _____

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Шұғыл жоспарлы-консультациялық көмек бөлімшесі (Отделение экстренной
планово-консультативной помощи) _____

Шығуы жоспарлы, шұғыл. Көлік түрі (Выезд плановый, экстренный. Вид транспорта) _____

_____ (астын сызыңыз (подчеркнуть))
Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Лауазымы, мамандығы (Должность, специальность) _____

Баратын жері (Пункт назначения) _____

Тапсырманың мазмұны (Содержание задания) _____

Шұғыл жоспарлы-консультациялық көмек бөлімшесінің меңгерушісі (Заведующий
отделением экстренной и планово-консультативной помощи) _____

К О Н С У Л Ь Т А Н Т Т Ы Ң

О Т Ч Е Т

Е С Е Б І

К О Н С У Л Ь Т А Н Т А

1.Консультация алған науқастар (Проконсультировано больных):

№ р/с п/п	Науқастың ТАӘ ФИО больного	Амб., стац.	Емдеу ұйымы қойған диагнозы Диагноз установленная ЛПО	Консультанттың қойған диагнозы Диагноз консультанта	Көрсетілген көмек Оказанная помощь

Профилактикалық қаралған адамдар саны (Число лиц, осмотренных профилактически)

2. Операция жасалынған науқастар: (стационарлық, емханалық) (Прооперировано
больных: (стационарных, поликлинических)

Науқастардың тегі, аты, әкесінің аты, диагнозы, операциялар аты (Фамилии, имена,
отчества больных, диагнозы, название операций)

3. Флюорография жасалды (Сделано флюорографий) _____

рентгеноскопия (рентгеноскопий) _____

рентгенография (рентгенографий) _____ басқа

аппараты, аспаптық зерттеулер (қандай екенін жазыңыз) (других аппаратных,
инструментальных исследований (вписать какие) _____

4. Науқастарға толығымен талдау жүргізілді (Произведено подробных разборов
больных) _____

Қатысқан дәрігерлер (Присутствовало врачей) _____

5. Ұйымдастыру – әдістемелік жұмыстары (зерттелген ұйымдарды, өткізілген

семинар, конференцияларды көрсетіңіз) (Организационно-методическая работа (указать обследованные организации, проведенные семинары, конференции))
Консультант (Консультант) _____ (п о д п и с ь)
М . О . М.П. Бас дәрігер (Главный врач) _____ колы (подпись)

продолжение

А 4	ф о р м а т ы К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	коды
Формат А4	Код организации по ОКПО			
Қазақстан Республикасы	Қазақстан Республикасы			
Денсаулық сақтау министрлігі	Денсаулық сақтау министрінің	м.а.		
Министерство здравоохранения	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен			
Республики Казахстан	бекітілген № 119/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның атауы	Медицинская документация	Форма № 119/у		
Наименование организации	Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан			
	23 ноября 2010 года № 907			
Тапсырманың	орындалғаны	туралы		
А Н Ы Қ Т А М А				
С П Р А В К А				
о	выполнении	задания		

Консультант: тегі, аты, әкесінің аты (Консультант: фамилия, имя, отчество) _____

Лауазымы, мамандығы (Должность, специальность) _____
 Баратын жері (Пункт назначения) _____

Аванс берілді (Выдан аванс) _____
 (Р.О.Н.) _____

Белгіленген пунктке шығуы және келуі туралы белгілер:
 (Отметки о выбытии и прибытии в пункт назначения):
 Шықты (Выбыл из) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)
 Келді (Прибыл в) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)
 Шықты (Выбыл из) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)
 Келді (Прибыл в) _____ 20__ жылғы(года) мөр (печать)
 Бухгалтерия төлесін (Бухгалтерии оплатить за) _____ тәулікке, есеппен (суток из расчета по) _____
 тенге
 тәулігіне және шығыстар (в сутки и расходы) _____

Шұғыл, жоспарлы-консультациялық көмек бөлімшесінің меңгерушісі (Заведующий отделением экстренной и планово-консультативной помощи) _____

колы (подпись)

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 120/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 120/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 120/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 121/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 121/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу
ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета приема детей в дом ребенка

20__ жыл (год) _____ бойынша (за)

Р/с № п/п	Түскен күні Дата поступления	Баланың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество ребенка	Туған күні (жылы, күні, айы) Дата рождения (год, число, месяц)	Кім жіберді Кем направлен
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Жіберу себебі Причина направления	Балалар үйіне қандай құжаттармен жіберілді С какими документами направлен в дом ребенка	Баланың туыстарының (әкесінің анасының, басқа жақын туыстарының, қамқоршының) тегі, аты, әкесінің аты, және мекенжайы Фамилия, имя, отчество и адрес родных ребенка (отца, матери, других близких родственников, опекунов)	Қайда ауыстырылды, балалар үйінен баланы кім қабылдап алды Куда переведен, кто принял ребенка из дома ребенка
6	7	8	9

продолжение таблицы

Баланың ауыстырылған немесе шыққан күні Дата перевода или выписки ребенка	Баланы қабылдаған ұйымның және адамның мекенжайы Адрес организации и лица, принявшего ребенка	Бала қандай құжаттар бойынша шықты және баланы қабылдаған адамның қолхаты По каким документам выписан ребенок и расписка лица, принявшего ребенка
10	11	12

продолжение таблицы

Баланы балалар үйінен кім шығарды Кто выписал ребенка из дома ребенка	Шығарған адамның қолы П о д п и с ь выписавшего	Қайтыс болған жағдайдағы белгілер (қайтыс болған күні және қайда екенін көрсету керек: ауруханада, балалар үйінде) Отметки о случае смерти (указать дату и где умер: в больнице, в доме ребенка)
13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 122/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 122/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 122/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 123/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 123/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 123/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 124/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 124/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 124/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 150/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 150-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 150-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 150-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 150-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 150-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 150-4/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 202/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 202/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 202/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 5 форматы Формат А5	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы

здравоохранения Казахстан	Республики	№ 907 № 203/у құжаттама	бұйрығымен нысанды	бекітілген медициналық
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская Ф о р м а Утверждена и.о. Министра Республики 23 ноября 2010 года № 907	№ 203 / у	документация приказом здравоохранения Казахстан

Сноска. Форма № 203/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО _____	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Республикасы	Қазақстан Денсаулық сақтау 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 209/е нысанды медициналық құжаттама	Республикасы министрінің м.а.		
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская Ф о р м а Утверждена приказом и.о. Министра Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	№ 209 / у	документация приказом здравоохранения	

Сноска. Форма № 209/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

		К Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО _____	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Республикасы	Қазақстан Денсаулық сақтау 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген медициналық құжаттама	Республикасы министрінің м.а.	№ 212/е	нысанды
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская Утверждена и.о. Министра	документация Форма № 212/у приказом здравоохранения		

Сноска. Форма № 212/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 213/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	ата уы	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 213/у приказом здравоохранения	

Сноска. Форма № 213/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 213-2/е нысанды медициналық құжаттама			
	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра	Форма № 213-2/у приказом здравоохранения		

Ұйымның атауы	Республики	Казахстан
Наименование организации	23 ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 213-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды
	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 225/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 225/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 225/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды
	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 226/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 226/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның Наименование организации	атауы Республики	Коды 23 ноября 2010 года № 907	Казахстан

Сноска. Форма № 226/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 229/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 229/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 229/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 231/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 231/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 231/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 243/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 243/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 243/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 243-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 243-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 243-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 246/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 246/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 246/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-3/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907			

Сноска. Форма № 247-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----
	Код организации по ОКПО				

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 247-3/1е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 247-3/1у утверждена приказом и.о. Министра			

	здравоохранения	Республики	Казахстан
	от "23" ноября 2010 года № 907		

Сноска. Форма № 247-3/1у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ ы м к о д ы ----- Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 247-3/2е нысанды медициналық құжаттама
Ұ ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 4 7 - 3 / 2 у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-3/2у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-4/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы	Медицинская документация	Форма № 247-4/у
Наименование организации	Утверждена и.о. Министра Республики Казахстан	приказом здравоохранения
	23 ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 247-4/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды
	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы	Медицинская документация
Наименование организации	Форма № 247-5/у
	Утверждена приказом
	и.о. Министра здравоохранения
	Республики Казахстан
	23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 247-5/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды
	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-6/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы	Медицинская документация	Форма № 247-6/у
Наименование организации	Утверждена и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан	приказом
	23 ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 247-6/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 247-7/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы	Медицинская документация	Форма № 247-7/у
Наименование организации	Утверждена и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан	приказом
	23 ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 247-7/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы	БСН бойынша ұйым коды	-----
Формат A5	Код организации по БИН	_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы	Медицинская документация	Форма № 264/у
Наименование организации	Утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	

Қан үлгілерін ИФТ әдісімен АИТВ-ға антиденелеріне зерттеуге

№ _____ тізімдік жолдама

Направление посписочное на исследование образцов крови методом ИФА на антитела к ВИЧ

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4
форматы
Формат
А4

Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----
Код организации по ОКПО				

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы " 23 " қ а р а ш а д а ғ ы № 907 № 264-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 6 4 - 1 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Вирусқа қарсы АИТВ дезоксирибонуклеиндық қышқылды (ДНК) анықтау үшін полимеразды тізбекті реакцияға (ПТР) түскен материалды тіркеу журналы

Журнал регистрации материала, поступившего на полимеразную цепную реакцию (ПЦР) для определения провирусной дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) ВИЧ

Алғашқы/салдарлық (Первичный/повторный) (1,2,3)	Тіркеу № (№ регистра-ционный)	Түскен айы, күні Дата поступления	ТАӘ ФИО	Туған жылы Дата рождения	Қайдан келіп түсті Откуда поступил	П Т Р жүргізілген тексерістің қорытындысы Результат исследования ПЦР	Берілген айы, күні Дата выдачи	Дәрігер-зертханашының қолы Подпись врача-лаборанта	Ескерт - п е Приме - чание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

Қ Ұ Ж Ж

б о й ы н ш а

ұ й ы м

к о д ы

Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Денсаулық сақтау министрінің " 23 " қарашадағы № 264 - 2 / е медициналық құжаттама	Республикасы м.а. 2010 жылғы № 907 н ы с а н д ы
	Медицинская Ф о р м а утверждена приказом	документация № 264 - 2 / у и.о. Министра

Ұйымның атауы	здравоохранения Республики Казахстан
Наименование организации	от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы

Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ

Тіркеу № № регистрационный	Түскен айы, күні Дата поступления	Иммуно- блоттын № № иммуно- блота	ТАӘ ФИО	Туған жылы Дата рождения	Жынысы Пол	Қайдан келіп түсті Откуда поступил	АИТВ-инфекциясының сатысы Стадия ВИЧ-инфекции
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение:

Терапияның басталу мерзімі Дата начала терапии	ВЖ соңғы тексеру уақыты және қорытындысы Дата и результат последнего исследования на ВН	Тексеру қорытындысы Результат исследования	Берілген күні Дата выдачи	Зертханашы - дәрігердің колы Подпись врача- лаборанта	Ескертпе Примечание
9	10	11	12	13	14

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе.

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 6 4 - 3 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Сноска. Форма № 264-4/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-5/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 264-5/у приказом здравоохранения		

Сноска. Форма № 264-5/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-6/е нысанды медициналық құжаттама			
	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра	Форма № 264-6/у приказом здравоохранения		

Ұйымның Наименование организации	атауы Республики	Казахстан
	23 ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 264-6/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-7/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 Формат А4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264 - 8 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-8/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-9/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 264-9/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды
Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 264-10/у нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 264-10/у утверждена приказом

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**АИТВ-тың антиретровирустық препараттарға тұрақтылығын
анықтау нәтижелерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации результатов на определение резистентности ВИЧ
к антиретровирусным препаратам**

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

№	Тіркеу номері Регистра- ционный номер	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Өңір Регион	Түскен күні Дата поступ- ления	ИБ № (№ИБ)	Зертханалық талдаудың соңғы нәтижелері Последние результаты лабораторных анализов	
							CD4*, (дата)	күні ВЖ**/ВН, (дата)
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

АРТ баста- лу уақыты Дата АРТ	А Р В препарат- тары А Р В препараты	Зертханалардағы зерттеудің нәтижесі Результаты исследования в				Зерттеу күні Дата исследо- вания	Нәтиженің берілген күні дата выдачи результата
		*** КТНИ НИОТ	**** КТНЕИ ННИОТ	***** П И ИП	субтип		
10	11	12	13	14	15	16	17

* CD4 – ішке иммундық жасушаларды енгізу үшін АИТВ-ға қажетті

Т-лимфоциттердің бетіндегі кластерлік айырмашылық антигені (антиген

кластерной дифференциации, находится на поверхности Т-лимфоцитов,

необходимый ВИЧ для внедрения внутрь иммунных клеток);

** ВЖ - вирустық жүктеме (ВН-вирусная нагрузка);

*** КТНИ - кері транскриптазаның нуклеотидті ингибиторы

(НИОТ-нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы);

**** КТНЕИ - кері транскриптазаның нуклеотидті емес ингибиторы

(ННИОТ- ненуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы);

***** ПИ протеазаның ингибиторы (ИП-ингибитор протеазы).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
	Қ а з а қ с т а н		Р е с п у б л и к а с ы	
	Денсаулық	сақтау	министрінің	м.а.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 265/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 265/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 265/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 265-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 6 5 - 1 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 265-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----
Қазақстан Республикасы					

Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Денсаулық сақтау министрлігінің 2010 жылғы "23" қарашадағы бұйрығымен № 266/е нысанды медициналық құжаттама	Р е с п у б л и к а с м.і № 90 б е к і т і л г е
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я Ф о р м а Утверждена приказом здравоохранения от "23" ноября 2010 года № 907	д о к у м е н т а ц и № 2 6 6 / и.о. Министр Республики Казахста

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Зерттеуге келген материалды тіркеу журналы

Журнал регистрации материала, поступившего на исследование

Р/с № № п/п	Жынысы Пол	Материалдың келіп түскен күні Дата поступления материала	Қан сарысуының зертханалық нөмірі дан __ дейін Лабораторный номер сыворотки с __ по __	Код бойынша үлгілер саны Количество образцов по кодам	Материалды жіберген емдеу ұйымы Лечебная организация, откуда поступил материал	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 267/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 267/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы оң нәтижелі

қан сарысулары мониторингінің

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

мониторинга положительных сывороток в ИФА на антитела к ВИЧ

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

№ п/п	Қан сарысуының тіркеу № (Регистрационный сыворотки)	Т А Ә (ФИО)	Туған күні (Дата рождения)	Жынысы (Пол)	Код	Сарысу қайдан түсті (Откуда поступила сыворотка)
1	2	3	4	5	6	7
	1					
	2					

продолжение таблицы

1 - реакция				II - реакция			

Қою күні, хаттама № (Дата постановки, № протокола)	Тест-жүйе атауы (Название тест-системы)	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)	Қою күні, хаттама № (Дата постановки, № протокола)	Тест-жүйе атауы (Название тест-системы)	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)
8	9	10	11	12	13	14	15

продолжение таблицы

III - реакция				Қорытынды нәтиже (Окончательный результат)	2-ші қан сарысуының түскен күні (Дата поступления 2 - й сыворотки)	Тест-жүйе атауы (Название тест-системы)	ЖИТС РО жіберу күні (Дата отправки в РЦ СПИД)	ИБ күні және қорытындысы (Дата и результат ИБ)	Үлгілердің қозғалысы (Движение образцов)	Ескерту (Примечание)
Қою күні, хаттама № (Дата постановки, № протокола)	Тест-жүйе атауы (Название тест-системы)	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)							
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

ҚҰЖЖ

бойынша

ұйым

коды

Код организации по ОКПО

Қазақстан Денсаулық сақтау Министерство Республики Казахстан Республикасы министрлігі здравоохранения	Қазақстан Денсаулық сақтау 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен № 267-1/е нысанды медициналық құжаттама Республикасы министрінің м.а. бекітілген

Ұйымның атауы	Медицинская документация
Наименование организации	Ф о р м а № 2 6 7 - 1 / у
	Утверждена приказом и.о. Министра
	здравоохранения Республики Казахстан
	от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 267-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды
	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы	Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі	Денсаулық сақтау министрінің м.а.
Министерство здравоохранения	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 267-2/е нысанды
	медициналық құжаттама
Ұйымның атауы	Медицинская документация Форма № 267-2/у
Наименование организации	Утверждена приказом
	и.о. Министра здравоохранения
	Республики Казахстан
	23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 267-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды
	Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы	Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі	Денсаулық сақтау министрінің м.а.
Министерство здравоохранения	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907
Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 267-3/е нысанды
	медициналық құжаттама

Ұйымның атауы	Медицинская документация	Форма № 267-3/у
Наименование организации	Утверждена и.о. Министра Республики	приказом здравоохранения Казахстана
	23 ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

Мониторинга положительных сывороток в ИФА на _____

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/р № № п/п	Қ а н сарысуының № № сыворотки	I - реакция				II - реакция	
		Қою күні Дата постановки	Тест-жүйенің атауы название тест-системы	Көрсеткіштер Показатели	Қорытынды результат	Қою күні Дата постановки	Тест-жүйенің атауы название тест-системы
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

II - реакция		III - реакция				Аөқырғы қорытынды Окончательный результат	Ескерту Примечание
Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже результат	Қою күні Дата постановки	Тест-жүйенің атауы название тест-системы	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже результат		
9	10	11	12	13	14	15	16

А4 форматы

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 268/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 268/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**АИТВ-инфекциясын
жұқтырған адамдардың оң нәтижелі сарысуы қозғалысының
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
движения положительных сывороток от ВИЧ-инфицированных**

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

№				Қабылдағаны туралы қолхаты	

	Сарысудың № сыворотки	№ Мақсаты Цель	Кім қабылдады (ТАӘ) Кто получил (ФИО)	Расписка получении	о Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6

Ескертпеде сарысудың кейінгі жай-күйі көрсетіледі (В примечании

указывается дальнейшая судьба сыворотки)

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 269/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 269/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
обеззараживания инфицированных материалов

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Күні Дата	Материал			Қысым күшімен қыздыру у а қ ы т ы Время автоклавирования	
	А т а у ы Наименование	Қаптама Упаковка	Мөлшері Количество	Басталуы Начало	Аяқталуы Конец
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Қысым күшімен қыздыру Режим автоклавирования		Б а қ ы л а у - т е с т і Тест-контроль		Қ о л ы Подпись
Қ ы с ы м Давление	Қ ы з у ы Температура	Химикалық Химический	Бактериялық Бактериологический.	
7	8	9	10	11

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 270/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня

его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом
Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по
истечении десяти календарных дней после дня его первого официального
опубликования).

А И Т В - ға антиденелерді тексеру
қ о р ы т ы н д ы с ы
(ЖИТС РО диагностикалық зертхана)
Р е з у л ь т а т
исследования на антитела к ВИЧ
(диагностическая лаборатория РЦ СПИД)

№ _____

ЖИТС ОҚО (ОГЦ СПИД) _____

Тексерілушінің Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (обследуемого) (при его наличии) _____

ЖСН/ИИН _____

Жынысы (Пол) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Тексеру коды (Код обследования) _____

Азаматтығы (Гражданство) _____

ӘАОЖ коды (Код КАТО) _____

Мекенжайы (Адрес) _____

Место работы

Зерттеу (Исследования)	Күні (Дата)	Тест жүйенің түрі (Тип тест-системы)	Қиын жағдайдағы ОП Қан сарысуының ОП ОП критическая ОП сыворотки	Нәтиже (Результат)
ИФА		1 . 2 . 3.		
Иммуноблот			Белоктардың бейіні (Профиль белков)	Нәтиже (Результат)

Қорытынды (Заключение): _____

Дәрігер /Зертхананың маманы (Врач/Специалист лаборатории) _____

Нәтижені беру күні (Дата выдачи результата): _____

Диагностикалық зертхананың басшысы/менгерушісі (Руководитель/заведующий диагностической лабораторией) _____

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 270-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	Б С Н бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 270-2/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы

Журнал учета летальности при ВИЧ-инфекции

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " ____ " ____ г.

[illegible]

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-3/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын есепке алу журналы

Журнал учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/с № п/п	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, и м я , отчество	Туған күні Д а т а рождения	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	А И Т В анықталған күні (ИБ №) Д а т а выявления ВИЧ (№ ИБ)	Қауіп тобына батынасы Отношение к группе риска	№ 4 нысанды бойынша тексеру коды (К о д обследования по форме № 4)
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

АИТВ-инфекциясының кезеңі Стадия ВИЧ-инфекции	Жүктілік мерзімі Срок беременности	Жүктілік бойынша есепке алу күні Дата постановки на учет по беременности	Алғашқы немесе қайталанған жүктілік Первичная или повторная беременность	Жүкті әйелді профилактикалық емдеу (мерзімдері) Профилактическое лечение беременной (сроки)	АРТ терапиясы (препараттар және терапияны бастау күні) АРТ терапия (препараты и дата начала терапии)	Жүктіліктің аяқталуы Исход беременности
8	9	10	11	12	13	14

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 270-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 270-4/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін консультация беруді есепке алу журналы

Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " " _____ г.

Р/с № п/п	Күні Дата	Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Код	Жынысы Пол	Туған жылы Дата рождения	ӘАОЖ коды Код КАТО	Үйінің мекенжайы Домашний адрес	Жұмыс, оқу орны, бала мектептік мекемесі Место работы, учебы, детское дошкольное учреждение	Тәуекел тобы Группы риска	Диагнозы Диагноз	АИТВ-ға тестілеу (өткізу мерзімі) (ия/жоқ) Тестирование на ВИЧ (дата проведения) (да/нет)	Тесті консу беру күні) Дате консу (дата/да/нет)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-5/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская

документация

Ұйымның атауы
Наименование
организации

Сноска. Форма № 270-5/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ-инфекциясын жұқтырған пациенттерге антиретровирустық емдеу жүргізуді есепке алу журналы

Журнал учета проведения антиретровирусного лечения ВИЧ-инфицированным
пациентам

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " ж.

Окончен " " г.

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

1. Журнал номерленіп, тігіліп және мекеменің мөрімен бекітілуге тиісті (Журнал должен быть пронумерован, прошнурован и закреплен печатью учреждения).

2. 1,4,5,7,8,10,12,14 және 16 бағандары бойынша айлық жинақтау жүргізіледі (По графам 1,4,5,7,8,10,12,14 и 16 проводить ежемесячный свод).

ҚР ДСМ " АИТВ-инфекциясы және туберкулез бойынша бағдарламаларды шоғырландыру туралы" 16.11.2009ж. №722 бұйрығына сәйкес ахуалды тиімді бағалау және мониторинг жүргізу үшін АИТВ-инфекциясы мен ТБ бірлескен ауруларға қатаң бақылау жүргізу қажет (Согласно Приказу МЗ РК № 722 от 16.11.2009г "Об интеграции программ по туберкулезу и ВИЧ- инфекции", для эффективной оценки ситуации и проведения мониторинга необходим строгий контроль больных с сочетанной инфекцией- ВИЧ/ТБ).

*ИБ-иммуноблот , **ТИ (СИ) – тергеу изоляторы (следственный изолятор), **БАО (МЛС) – бостандығынан айыру орталығы (места лишения свободы), ***ДБК (ВКК)- дәрігерлік бақылау комиссиясы (врачебная контрольная комиссия)

Форма

А 4
форматы
Формат
А4

Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----
Код организации по ОКПО				

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 270-6/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Ф о р м а № 2 7 0 - 6 / у

Ұйымның Наименование организации	атауы	утверждена здравоохранения от "23" ноября 2010 года № 907	приказом Республики	и.о. Министра Казахстан

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери

№	ТАӨ (ФИО)	Туған күні (Дата рождения)	Мекенжайы (Домашний адрес)	Инфекцияланған анасының ТАӨ ФИО инфицированной матери	Анықталған күні, анасының иммуноблот № Дата выявления, № иммуноблота матери	Толық клиникалық диагнозы (Полный клинический диагноз)	Профилактикалық емдеу, тамақтандыру (Профилакти- ческое лечение, Вскармливание)
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение:

Биохимиялық зерттеулер нәтижелері (Результаты биохими- ческих иссле- дований)	АИТВ-ға тестілеу нәтижелері (Результаты тестирования на ВИЧ)	1 және 2 жастағы баланың толық клиникалық диагнозы (Полный клинический диагноз в 1 и 2 года)	Диспансерлік бақылау кезеңіндегі стационарлық ем (Стационарное лечение за период диспансерного наблюдения)	ИФТ, ИБ, ПТР теріс нәтижелерінен кейін диспансерлік есептен шығырылған күні (Дата снятия с диспансерного учета после отрицательных результатов ИФА, ИБ , ПЦР)	А И Т В жұқтырғандар тобына ауыстырылған күні (Дата перевода в группу ВИЧ инфициро- ванных)	Өлген күні (Дата смерти)
9	10	11	12	13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 271/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 271/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации обследования сотрудников лаборатории

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) 20__ жылғы (года)

" __ " _____ басталды (начат) " __ " _____ аяқталды (окончен)

Р/с п/п	№	Тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество	Қан алу күні Дата забора крови	Талдау өткізілген күн Д а т а проведения анализа	Т е с т - үйесінің түрі, сериясы Тип тест- системы, серия	Нәтиже Результат	Ескерту Примечание

Сертификаты жазу күні Дата выписки сертификата	Тегі, аты , әкесінің аты (болған жағдайда)) Фамилия , имя, отчество (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Жынысы Пол	Күні, туған жылы Дата, год рождения	ӘАОЖ коды Код КАТО	Мекенжайы Адрес	Жұмыс орны Место работы, должность	Төлқұжатының сериясы, № №, серия паспорта	Талдаудың № , нәтижесі № анализа , результат	Қай елге кетті Страна выезда	Қандай мерзімі На какой срок
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 272-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 272-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 4 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ЖИТС РО диагностикалық зертханасына қайта тексеруге түскен қан сарысуының

нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы

Журнал

регистрации и учета результатов сывороток крови,
поступивших на переконтроль в диагностическую лабораторию РЦ СПИД

Басталды " " _____ ж.

Начат " " _____ г.

Аяқталды " " _____ ж.

Окончен " ____ " _____ г.

Түскен күні (Дата поступления)	Сарысу № (№ сыворотки)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) Ф.И.О. (при его наличии)	ЖСН / ИИН	Туған жылы (Год рождения)	Жынысы (Пол)	Коды Код	Сарысу қайдан түсті (Откуда поступила сыворотка)	Анализдің қою күні (Дата постановки анализа)	Тест-жүйе, сериясы (Тест-система , серия)	Сарысудың О Т (О П сыворотки)	Текст О Т (О П контр)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 273/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра Республики 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 273/у приказом здравоохранения Казахстан

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 274/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 274/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 274/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 274-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 274-1/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 274-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 275/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 275/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ЖИТС-пен ауырған немесе АИТВ-инфекциясын тасушы

адаммен жасырын әңгімелесу

ПАРАҒЫ

ЛИСТ

конфиденциального собеседования с лицом, больным СПИД

или носителем ВИЧ-инфекции

Мен (Я), _____

ТАӘ (ФИО)

Туған күні (Дата рождения) _____

тұратын мекенжайым (проживающий(ая) по адресу) _____

осы күні дәрігердің жазбаша хабарлауын алғанымды растаймын

(подтверждаю письменно, что сего числа оповещен(а) врачом)

дәрігердің ТАӘ (ФИО врача)

облыстық (қалалық) ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес

орталығының дәрігері АИТВ-инфекциясын жұқтырғаным (ЖИТС-пен

ауратыным) туралы хабарлағанын жазбаша түрде растаймын (областного

(городского) центра по профилактике и борьбе со СПИДом о том, что

являюсь ВИЧ инфицированным (больным СПИДом)).

Қазақстан Республикасының күшіндегі заңдары бойынша

АИТВ-инфекциясын таратқаны үшін жүктелетін қылмыстық жауапкершілік туралы ескертілдім.

АИТВ-инфекциясының басқа адамдарға жұғу жолдары туралы,

АИТВ-сырқатымен ауыратыным туралы жыныстық серіктеріме, вена арқылы есірткі қабылдайтын серіктеріме, медициналық жәрдем алуға келгенде медицина қызметкерлеріне хабарлауым міндетті екендігі, маған донор болуға өмір бойы тыйым салынғаны туралы ескертілдім.

Қауіпсіз жыныстық қатынас амалдары үйретілді.

Диспансерлік бақылау және облыстық (қалалық) ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес орталығында медициналық көмек алу тәртібімен таныстым.

Уведомлен(а) об уголовной ответственности за распространение

ВИЧ-инфекции по действующему законодательству Республики Казахстан

Поставлен(а) в известность: о путях передачи ВИЧ-инфекции

другим лицам; об обязанности сообщения о своем ВИЧ-заболевании

половым партнерам, партнерам по внутривенному употреблению

наркотиков, медицинским работникам при обращении за медицинской

помощью; о пожизненном запрещении мне быть донором.

Обучен(а) приемам безопасного секса.

Ознакомлен(а) с порядком диспансерного наблюдения и получения

медицинской помощи в областном (городском) центре по профилактике и

борьбе со СПИД.

Күні (Дата) _____

АИТВ инфекциясын жұқтырған адамның қолы (Подпись ВИЧ инфицированного
лица) _____

Емдеуші дәрігердің қолы (Подпись лечащего врача) _____

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 276/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 276/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А3 форматы

Формат А3

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 277/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 277/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Зертханашы – дәрігердің жұмысын есепке алу

КҮНДЕЛІГІ

ДНЕВНИК

учета работы врача - лаборанта

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2 0 1 0 жылғы " 2 3 " қарашадағы № 9 0 7 бұйрығымен бекітілген № 280/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я документация Форма № 280/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 280/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Бракераждық журнал

Бракеражный журнал

Басталуы / начат " _____ " _____ 20__ж / г

Аяқталуы / окончен " _____ " _____ 20__ж / г

Бракераж туралы ақпаратты қабылдауға және жіберуге жауапты қызметкерлердің қолдарының сәйкестендіргіші / Идентификатор подписей сотрудников ответственных за прием и передачу информации о бракераже

Күні/дата	Қызметкердің Т.А.Ә (болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии) сотрудняка	Қолы/подпись

[illegible]

Журналды қалай электронды түрде жүргізу мүмкін болса, солай дәстүрлі қағаздағы түрінде жүргізуге болады.

Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Ф о р м а № 281 / у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қанды CD- 4, CD-8 тексеру үшін берілген жолдама № _____ Направление на исследование крови на CD- 4, CD-8

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	_____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 281-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 281 - 1 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

CD-4,CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4,CD-8

Қанды алған күні , уақыты Дата и время забора крови	Материалдың зертханаға келіп түскен күні, уақыты Дата и время поступления материала в лабораторию	Иммуноблоттың нөмірі Номер иммуноблота	Тіркеу нөмірі Регистра- ционный номер	ТАӘ ФИО	Туған жылы Год рож- дения	Қайдан жіберілді Откуда направлен
1	2	3	4	5	6	7

продолжение:

Талдаудың келіп түскен күні, уақыты Дата и время постановки анализа	Қорытынды Результат				Қорытынды берілген жылы, айы, күні Дата выдачи результата	Зертханашы- дәрігердің қолы Подпись врача-лаборанта
	CD - 4	CD - 8	CD - 3	CD-4/CD- 8		
8	9	10	11	12	13	14

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Денсаулық	Республикасы сақтау министрлігі	Қазақстан Денсаулық	Республикасы сақтау министрінің	м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен № 281-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 8 1 - 2 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 281-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 5 исключено приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Приложение 5 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года

Сноска. Правый верхний угол в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сноска. Приложение 6 с изменениями, внесенными приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 200/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 200/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

(№ _____ сериялы бақылаудағы сарысудың қайта
өндірілуінің параметрлерін зерттеу нәтижелерін)
БАҚЫЛАУ КАРТАСЫ
КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА
(контроль воспроизводимости результатов исследования
параметров контрольной сыворотки серии № _____)

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация) _____ бөлімше (отделение) _____

палата _____ учаске (участок) _____

медициналық карта (медицинская карта) № _____

C

+2S | -----

+1S |
.....

X | _____

-1S |
.....

-2S | -----

| _____ Күні (Д)

2 3 4 5 6 7 8 9 ай күндері (дни месяца)

C – компоненттер қанықтығы (концентрация компонентов);

Д – зерттеу күні (дата исследования);

Тексеру мағыналары (Контрольные значения):

X – орта арифметикалық мөлшер (средняя арифметическая величина);

S – орта квадраттық ауытқу (среднеквадратическое отклонение);

Шартты белгілер (Условные обозначения):

- компоненттер (мысалы, глюкоза _____; несепнәр xxxxxxxx)

компонентов (например, глюкоза _____; мочеви́на xxxxxxxx)

- айлар (қаңтар – қызыл түспен; ақпан – көк және тағы басқа)

месяцев (январь – красным цветом; февраль – синим и так далее)

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 201/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 201/у утверждена и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Ескерту. Нысан электрондық түрде жүргізіледі

Примечание. Форма ведется в электронном виде

Направление на Выберите элемент. Выберите элемент.

Дата Место для ввода даты.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Тегі/Фамилия Фамилия Аты/Имя Имя Әкесінің аты/Отчество Отчество

ЖСН/ИИН Место для ввода текста. Туылған күні/Дата рождения дата месяц год

Жынысы/Пол

еркек/мужчина

әйел/женщина

Тұрғылықты мекенжайы/Адрес проживания область район город улица дом
квартира

Жодаған МҰ атауы/Наименование направившей МО Выберите элемент. (из
регистра МО)

Құжаттың авторы (дәрігердің жолдамалары егер ерекшеленсе)/Автор документа (
если отличается от напр. врача) ФИО

Диагноз коды АХЖ-10/Диагноз код МКБ-10 код наименование

Бастапқы үлгідегі түрі (егер қажет болған жағдайда)/Вид первичной пробы (если
необходимо) Место для ввода текста.

Төлем бойынша санат/Категория по оплате Выберите элемент.

Тексеру (егер қажет болған жағдайда)/Обследование (если необходимо)

первичное

повторное

Зерттеп-қарауға тапсырыс (егер қажет болған жағдайда)/Заказ на исследование (если необходимо):

плановое

экстренное

Ескерту/Примечание: Место для ввода текста.

Үлгілерді алу күні, жинау уақыты/Дата взятия образца, время забора Место для ввода даты.

Форма

А 5 форматы Формат А5	Қ Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы _ _ _ _ _			
	Код организации по ОКПО			

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 202/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 202/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 202/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 204/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 204/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Микробиологиялық зерттеуге (алғашқы рет, қайталап) жолдама
Направление на микробиологическое исследование (первичное, повторное)
№ _____

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

продолжение

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 205/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 205/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 205/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A6 форматы Формат A6	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____

Қазақстан
Республикасы
Денсаулық сақтау
министрлігі
Министерство
здравоохранения
Республики
Казахстан

	жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 206/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 206/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Пациенттің қанын иммуногематологиялық зерттеу қорытындысы (результат иммуногематологического исследования крови пациента)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 207/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Ф о р м а № 2 0 7 / у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 208/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 208/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның Наименование организации	атауы Республики	Казахстан
	23 ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 208/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 5 Формат А5	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 210/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 1 0 / у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Н е с е п т а л д а у ы
м о ч и

А н а л и з
№ _____

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 211/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 211/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның Наименование организации	атауы Республики	Казахстан
	23 ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 211/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Формат А6

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 214/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 214/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 214/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Формат А6

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 215/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 215/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 215/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы Формат А6	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қ а қ ы р ы қ т а л д а у ы

Анализ мокроты

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 216-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 216-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 216-2/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

ПЛЕВРАЛЫҚ СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ
АНАЛИЗ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ

№ _____

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 217/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 217/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

ҚҰЫҚ АСТЫ БЕЗІ СЕКРЕТІНІҢ ТАЛДАУЫ

АНАЛИЗ СЕКРЕТА ПРОСТАТЫ

№ _____

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 218/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 218/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Несеп-жыныс ағзалары мен тік ішектің бөлінетіндерінің/қырындысының
микроскопиялық нәтижесі
(ИФР, көк метилен бояуы, Романовский бойынша бояу) /
Результат микроскопии отделяемого/соскоба мочеполовых органов и прямой кишки

(РИФ, окраска метиленовым синим, окраска по Романовскому)

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы Формат А5	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 219/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 219/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Нежіс талдауы

Анализ кала

№ _____

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А7 форматы

Формат А7

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 220/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 220/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 220/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 221/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 221/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

АСҚАЗАН СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ
фракциялық зерттеу
АНАЛИЗ ЖЕЛУДОЧНОГО СОДЕРЖИМОГО
фракционное исследование
№ _____

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 222/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 222/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ҰЛТАБАРДЫ СҮҢГІЛЕУ ҚАРТАСЫ КАРТА ДУОДЕНАЛЬНОГО ЗОНДИРОВАНИЯ

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____

материал алынған күн (дата взятия материала)

Зерттелушінің ТАӘ (ФИО обследуемого) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Тексерілу күні (Дата обследования) _____

Маманға жіберілді (Направлен специалисту) _____

Асқазан сұйықтығы (Содержимое желудка) _____ мл.

еркін НСІ(свободная НСІ) _____ ммоль/л;

жалпы қышқылдық (общая к-ть) _____ ммоль/л

Фаза	Ф а з а л а р д ы Описание фаз	с и п а т т а у

Сүнгі ұлтабарға ____ минуттан кейін кірді немесе 30 мин.

20 мл. 0,5% NaHCO_3 ; 10 мл. 0,1 ммоль/л HCl

жібергеннен кейін Алтын-сары

(Зонд вошел в дуоденум через _____ түсті

мин. или после: введения 20 мл. (золотистый -

5% NaHCO_3 или 15 мл. 0,1 моль/л HCl) тусовался -

1 фаза Рентгенмен тексеру-иә, жоқ. Асқазанның желтый

пилорический отдел (красный, цвет)

антрального отдела тонус не снижен.

(Контроль рентгена-да, нет. Спастический

пилорического отдела желудка, атония

антрального отдела желудка)

От "А" Минутына _____ мл. алынды, жылдамдығы _____ 15-20 мл.

(Желчь мл. өт үзіліспен;

"А") үзіліссіз ағып шықты. Түсі ашық сары,

қою-сары, алтын-сары. Мөлдір, лай

сілемей қауызымен (Получено мл. ____, за мин., 1 мл/мин

скорость ____ мл.мин. тоқтаусыз

Желчь оттекала непрерывно, прерывисто. Цвет (непре-

светло-желтый, темно-желтый, золотисто-желтый. рывно)

Прозрачная, мутная, с хлопьями слизи). рН ____ Бил.инд.

Билирубин индексі (Билирубиновый индекс) 100

_____ бірлік (ед.) бірлік

Салыстырмалы тығыздығы (Относительная (ед.)

плотность) _____ 1.010-1.012

Микроскопия _____ Рн 7, 2-7,4

II кезең (фаза)	Алынды (Получено) мл. _____ (за) _____ мин. ішінде	2-6 мин.

ІІІ кезең (фаза)	Алынды (Получено) мл. _____ (за) _____ мин. ішінде	
Өт "АІ"	Түсі ашық сары, қою-сары, алтын-сары (Цвет светло-, темно-, з о л о т и с т о - ж е л т ы й)	3-5 мин.
(Желчь "АІ")	Мөлдір, лай, сілемейлі қауызмен (Прозрачная, мутная, с хлопьями слизи)	3-4 мин.

Алынды (Получено) мл. _____ (за) _____ мин.

Ішінде 40-50 мл.

Бөліну жылдамдығы (Скорость выделения) _____ 20-30 мин.

мл/мин. 2-3 мл/мин.

Өт бірқалыпты, үзіліспен бөлінеді, түсі қою

сары, қоңыр, қою қоңыр, жасылтым, жасыл.

Мөлдір, лай, сілемейлі қауызды тұнбамен (Желчь

выделяется равномерно, прерывисто. Цвет темно-

желтый, коричневый, темно-коричневый,

зеленоватый, зеленый. Прозрачная, мутная,

с хлопьями слизи с осадком)

IV кезең (фаза)

pH _____ Билирубин индексі (Билирубиновый pH 6,5-7,3

индекс) _____ бірлік (ед.) 300- 400

Рефлекс жоқ (рефлекса нет) Микроскопия бірлік

_____ (ед.)

_____ 1.01.6-

1.032

Алынды (Получено) мл. _____ (за) _____ 1 мл/мин.

мин.ішінде Мөлдір

Бөліну жылдамдығы (Скорость выделения) _____

мл/мин

Өт бірқалыпты, үзіліспен, тамшылып (Желчь

выделяется равномерно, бірқалыпты прерывисто, (проз-

каплями) бөлінеді рачная)

V кезең (фаза)

Түсі ашық-, қою-, лимон-сары, жасылтым. Мөлдір, рН 7,5-8,2

лай, сілемейлі қауызымен 1.007-1.010

(Цвет светло-, темно-, лимонно-, желтый,

зеленоватый)

Прозрачная, мутная, с хлопьями слизи) Бил.индексі

рН _____ Билирубин индексі (Билирубиновый 60-70

индекс) _____ бірлік (ед.) бірлік

Микроскопия _____ (ед.)

Орындаушының қолы (Подпись исполнителя) _____

A4 форматы

Формат A4

			К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды	
			Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы	Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы	Денсаулық сақтау министрінің	м.а.
		2010 жылғы 23 қарашадағы	№	907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 222-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 222-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ДУОДЕНАЛ СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ АНАЛИЗ ДУОДЕНАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

2. Туған күні (Дата рождения) _____ 3. Жынысы:ер, әйел

(астын сызыңыз) (Пол: муж, жен (подчеркнуть)

4. Жіберген бөлімше, бөлме (Направившее отделение, кабинет) _____

5. Дуоденал сұйықтығын талдау (Анализ дуоденального содержимого) _____

6. "А" өлшемі (Порция "А")

7. "В" өлшемі (Порция "В") _____

8. "С" өлшемі (Порция "С")

Орындаушының қолы (Подпись исполнителя) _____

форматы А5

Формат А5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 223/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 223/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ЖҰЛЫН СҰЙЫҚТЫҒЫНЫҢ ТАЛДАУЫ АНАЛИЗ СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ

№ _____

20__ жылғы (года) _____

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ТАӘ (ФИО) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (Организация) _____ бөлімше (отделение) _____

палата _____ учаске (участок) _____

медициналық карта (медицинская карта) № _____

Көлемі (Количество) _____

Түсі (Цвет) _____

центрифугалауға дейін (до центрифугирования)

_____ центрифугалаудан кейін (после центрифугирования)

Ксантохромия _____

Мөлдірлігі (Прозрачность) _____

центрифугалауға дейін (до центрифугирования)

_____ центрифугалаудан кейін (после центрифугирования)

Цитоз _____

Химиялық зерттеу (химическое исследование)

Нәруыз (белок) _____

Таката-Ара реакциясы (Реакция Таката-Ара) _____

Ланге реакциясы (Реакция Ланге) _____

Ликворограмма

Лимфоциттер (Лимфоциты) _____

Эозинофилдер (Эозинофилы) _____

Нейтрофилдер (Нейтрофилы) _____

Макрофагтар (Макрофаги) _____

Өзгерген жасушалар (Измененные клетки) _____

Полибласттар (Полибласты) _____

Плазмоциттер (Плазмоциты) _____

Арахноидэндотелий жасушалары (Клетки арахноидэндотелия) _____

Эпендима жасушалары (Клетки эпендимы) _____

Түйіршікті шарлар (Зернистые шары) _____

Эритроциттер (Эритроциты) _____

20__ жылғы (года) " __ " _____ Қолы (Подпись) _____

талдау берілген күн (дата выдачи анализа)

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрлігі м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 224/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 224/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м

Ұйымның Наименование организации	атауы	и.о. Республики 23 ноября 2010 года № 907	Министра здравоохранения Казахстан

Сноска. Форма № 224/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Формат А4

	К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
	Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 227/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның Наименование организации	атауы	и.о. Республики 23 ноября 2010 года № 907	Министра здравоохранения Казахстан	Форма № 227/у приказом

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

СҮЙЕК КЕМІГІ ПУНКТАТЫНЫҢ ТАЛДАУЫ

№ _____

АНАЛИЗ ПУНКТАТА КОСТНОГО МОЗГА

20__ жылғы (года) “__” _____

материал алынған күн (дата взятия материала)

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____ Жасы (Возраст) _____

Ұйым (Организация) _____

Бөлім (отделение) _____ палата _____

Учаске (Участок) _____ медициналық картасы (мед.карта) _____

Инемен тесу _____ Алынды (Получено) _____

Миелокариоциттердің саны (Количество миелокариоцитов) _____

мөлшері (норма) 50,0-150,0 мың 1 мкл-де (тыс. в 1 мкл). (50,0-150,0x10⁹ /л)

Мегакариоциттердің саны (Количество мегакариоцитов) _____

мөлшері (норма) 23,0-103,0 мкл-де (в мкл) (0,023-0,103x10⁹/л)

Миелобласттар Миелобласты		Промиелоциттер Промиелоциты	Миелоциттер Миелоциты	Мегамиелоциттер Мегамиелоциты	Таяқша ядролы Палочко- ядерные	Сегмент ядролы Сегменто- ядерные
	б					
	э					
	н					

продолжение таблицы

				Лимфо- циттер		

Базофилдер Базофилы	Эозинофилдер Эозинофилы	Лимфобласттар Лимфобласты	Пролимфоциттер Пролимфоциты	Лимфо- циты	Промоно- циттер Промоноциты	Моно- циттер Моноциты

продолжение таблицы

Эритро- бласттар Эрито- бласты	Пронормо- циттер Пронормоциты	Б а з о - фильді нормо- бласттар Нормобласты базофильные	Полихрома- тофильді нормоциттер Нормоциты полихромато- фильные	Оксифильді нормоциттер Нормоциты оксифильные	Мегакарио- циттер Мегакарио- циты	Плазмалық клеткалар Плазма- тические клетки

Ескертпе (Примечание)

Сүйек кемігінің индексі/костно-мозговой индекс	
Лейкоэритробластық қатынас/лейкоэритробластическое отношение	
Қызыл қанның жетілу индексі/индекс созревания красной крови	

Қолы (Подпись) _____

20 жылғы (года) “ ____ ” _____

берілу күні (дата выдачи)

Форма

А 4	Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----
форматы	Код организации по ОКПО				
Формат					
А4					

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 228/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 228/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 228/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 5	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды	_____
Формат А5		Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 230/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 230/у приказом

Сноска. Форма № 230/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 6	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды	_____
Формат А6		Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 232/е нысанды медициналық құжаттама		

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра Республики 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 232/у приказом здравоохранения Казахстан

Сноска. Форма № 232/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 233/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра Республики 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 233/у приказом здравоохранения Казахстан

Сноска. Форма № 233/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____ Код организации по ОКПО	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 234/е нысанды медициналық құжаттама	

Ұйымның атауы	Медицинская документация	Форма № 234/у
Наименование организации	Утверждена и.о. Министра Республики	приказом здравоохранения Казахстана
	23 ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 234/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 5 форматы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды	-----
Формат А5	Код организации по ОКПО	

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 235 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы	Медицинская документация Форма № 235 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 235/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды	
	Код организации по ОКПО	_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.	

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 236/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 236/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 236/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж бойынша Код организации по ОКПО	ұйым	коды	-----

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 237 / е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 237 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 237/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	Қ Ұ Ж Ж бойынша Код организации по ОКПО	ұйым	коды

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 238/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 238/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 238/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 239/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 239/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 239/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың
химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері
№ _____**

**Результат микробиологического исследования и определения
чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим
препаратам**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____

биоматериал алынған күн (дата взятия биоматериала)

Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

Ұйым (организация) _____ бөлімше (отделение) _____

палата _____ учаске (участок) _____

медициналық карта (медицинская карта) № _____

Зерттегенде (При исследовании) _____

қандай материал – көрсетіңіз (указать материал)

	Микроорганизмдердің атауы Наименование микроорганизмов						
Ажыратылды Выделены							
	1			2			
	Микроорганизмдердің* сезімталдығы Чувствительность* микроорганизмов						
Препараттардың аты, олардың ЕПҰ-да болуын есепке ала отырып Наименование препаратов с учетом их наличия в ЛПУ	Н ы қ устойчив	Н ы қ емес мало- устой- чив	Сезімтал чувстви- телен	М И Қ мкг/мл М И К мгл/мл	Н ы қ устойчив	Н ы қ емес мало- устойчив	Сезімтал чувствителен
Антибиотиктер Антибиотики							
Пенициллин							
Метициллин							
Оксациллин							
Диклоксациллин							
Ампициллин							
Карбенициллин							
Эритромици							
Олеандомицин							
Линкомицин							
Ристомидин							
Рифамидин							
Левомидетин							
Тетрациклин							
Стрептомицин							
Канамицин							

Мономицин							
Гентамицин							
Неомицин							
Полимиксин							
Цепорин							
Цефалоспорин							
	Микроорганизмдердің* сезімталдығы						
	Чувствительность* микроорганизмов						
	1					2	
Сульфаниламидтер Сульфаниламиды							
Сульфадиметоксин							
Норсульфазол							
Нитрофурандар Нитрофураны							
Фуразолин							
Фурацилин							
Фурадонин							
Фурагин							
Фуразолидон							
Перти							
Норбактин							
Фторхинолондар Фторхинолоны							
Басқалар Прочие							

продолжение таблицы

[illegible]

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Перзентханалардан, ауруханалардан, шаштараздардан және
басқалардан әкелінген материалды микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ**

**микробиологических исследований материала из роддомов,
больниц, парикмахерских и прочее**

**Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013
№ 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его
первого официального опубликования).**

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Иерсинниозға микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
микробиологических исследований на иерсинниоз

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Мал шаруашылығы өнімдеріндегі антибиотиктердің қалдық
мөлшерін анықтаудың микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
микробиологических исследований по определению остаточных
количеств антибиотиков в продуктах животноводчества

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-4/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Ыдыстар мен қоректік орталарды бақылау
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
контроля посуды и питательных сред

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

К ү н і Дата	З а т т а р д ы ң Наименование средств а т а у ы	Н ә т и ж е Результат	Қ о л ы Подпись
1	2	3	4

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований пищевых отравлений**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Күні Дата	Тіркеу Регист- рационный №	Өнімнің, сынаманың атауы Наименование продукта, пробы	М А Ф А М	Титр E.coli	Протей титрі Титр протей	Сальмонеллаға шигеллаға зерттеу Исследование на сальмонеллы, шигеллы	Стафилакоккқа зерттеу Исследование на стафилококк

продолжение таблицы

Энтерококкқа зерттеу Исследование энтерококк	на Cereus-ке зерттеу Исследование на cereus	Анаэробтар Анаэробы	Биосынама Биопроба	Нәтиже Результат	Күні, қолы Дата, подпись

A4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына

микробиологиялық зерттеулер

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

микробиологических исследований на микрофлору и

чувствительность к антибиотикам

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

К Ү н і Д а	Т А Ә	Бөлімше Отделе- ние	Зерттелу материалы	Өсу сипаты			Рессель микро- скопиясы	Л а к т о з а	Г л ю к о з а	С а х а р о з а	Н ₂ S
				Характер роста						М а	
				Чисто- вичтің	Э н						

т а	Ф И О		Иссле- дуемый материал	Чисто- вича	д о	Қан агары Кровяной агар	Микро- скопия Рессель	П л а з м а	Чисто- вичтің Чисто- вича	н и и ц н е и р и н

продолжение таблицы

Несепнәр Мочевина	Маннит	Индол	Қозғалғыш- т ы ғ ы Подвижность	Симонса	Донила- ляция	А/б-ге сезім- талдығын зерттеу нәтижесі Результат исследо- вании к а/биот.	Аяқтау күні, қ о л ы Д а т а окончания, подпись
Стерильді с ү т Молоко стерильн.	А г а р үйірі Агаровый косяк	Тұзды сорпа Солевой бульон	Өтті сорпа Желчный буль.	Қантты сорпа Сахарн. бульон	Ацетат ортасы Ацетатная среда		

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Қанды гемокультураға микробиологиялық зерттеулер
ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ

микробиологических исследований крови на гемокультуру

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Күні Дата	Тіркеу Регистра- ционный №	№ ж а й ы , жұмыс орны ФИО, адрес, место работы	Диаг- нозы	К і м әкелді К е м доставлен	Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования	Себулер Высевы				
						I	II	III	IV	V

продолжение таблицы

Микроскопия	Ұқастыру Тесты идентификации	тесттері	Нәтиже Результат	Талдау Дата анализа	аяқталған күн окончания	Қолы Подпись

1066 A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-8/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

микробиологических исследований крови на стерильность

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Күні Дата	Тіркеу Регистра- ционный №	№ ТАӘ, мекен жайы, жұмыс орны ФИО, адрес, место работы	Д и а г н о з ы	Ауырған күні Дата заболевания	Кім әкелді Кем доставлен	Зерттеу мақсаты Цель исследования

продолжение таблицы

Себулер Высеты					Микроскопия	Ұқсастыру тесттері Тесты идентификации	Талдау аяқталған к ү н Дата окончания анализа	Қолы Подпись
I	II	III	IV	V				

А4 форматы

Формат А4

		К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды	
		Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-9/е нысанды медициналық құжаттама	
		Медицинская документация Форма № 240-9/у Утверждена приказом	

Ұйымның атауы	и.о.	Министра	здравоохранения
Наименование организации	Республики		Казахстан
	23 ноября 2010 года № 907		

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Емдік балшықтарды микробиологиялық зерттеулердің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований лечебных грязей**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Кокк м/флорасы Кокковая м/флора			Нәтиже Результат	Талдау аяқталған күн, қолы Дата окончания анализа, подпись
Ортаның атауы Наименование среды	Микроскопия	Ұқастыру тесттері Тесты идентификации		

Күні, уақыты Дата, время	Р/с № п/п	Объектінің атауы, кім әкелді Наименование объекта, кем доставлено	МЖС ОМЧ		
			Сұйылту Разведение	Өскен колониялар саны Кол-во выросших колоний	Микробтық сан Микробное число

продолжение таблицы

Коли-титр				Титр perfringens		
Себілген балшық көлемі Объем засеваемой грязи	Микроскопия	Оксидаза	Глюкоза	Сұйылту Разведение	Грамм бойынша жағынды Мазок по Граму	Ұқастыру тесттері Тесты идентификации

А4 форматы

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-10/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-10/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Қанды безгекке зерттеулерді есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета исследований крови на малярию

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р / с № п/п	Әкеліну күні Дата доставки	Зерттелу күні Дата исследо- вания	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Препарат әкелінген ауданның, аурухананың атауы Наименование больницы, района откуда поступил препарат

продолжение таблицы

Зертханалық тексеруге айғақтар Показания к лабораторному обследованию			Қан алу күні	Тамшылар саны	Жағындылар саны	Зерттеу нәтижесі
Дене қызуы көтерілген наукастар (температуралық	Безгек қолайсыз	бойынша жерден				

деректер) температуращие б о л ь н ы е (температурные данные)	келгендер Прибывший неблагополучных мест по малярии	из взятия крови	Количество капель	Количество мазков	Результат исследования

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-11/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-11/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Қанды эхинококка зерттеулерді есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета исследований крови на эхинококк

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р / с № № п/п	Әкеліну күні Дата доставки	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Қан алыну күні Дата забора крови

продолжение таблицы

РПГА, РЛА қойылған күні Дата постановки РПГА,РЛА	Диагнозы	Аурухананың,бөлімшенің, емхананың мекенжайы Адрес больницы, отделения, поликлиники	Зерттеу нәтижесі Результат исследования

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-12/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-12/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Күнделікті тұтыну заттары мен қолдар жуындыларын зерттеуді
есепке алу**

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета исследований смывов с предметов обихода и рук

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/с № п/п	Алыну күні Дата взятия	Зерттеу күні Дата исследо- вания	Жинау орны Место забора	Зерттеу мақсаты Цель иссле- дования	Зерттеу нәтижесі Результат исследо- вания	Нәтижелер берілген күн Дата выдачи результатов	Зерттеу жүргізген адамның қ о л ы Подпись лица проводившего исследования	Нәтижелерді алған адамның Т.А.Ә. Ф.И.О. лица получившего результаты
1	2	3	4	5	6	7	8	9

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-13/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-13/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Балықты описторх пен жалпақ лентец құрттарын жұқтыруына

зерттеулерді есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета исследований рыбы на зараженность личинками

описторха и широкого лентеца

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/с № п/п	Зерттеу жүргізілген күн Дата исследования	Суайдынның аты мен орналасқан мекенжайы Название и адрес местонахождения водоема	Балық тұқымы Семейство рыбы	Балықтың салмағы Вес рыбы	Балық алынған аймақ Зона забора рыбы
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Жеке ТАӘ, ФИО предпринимателя, адрес	кәсіпкердің мекенжайы частного исследования	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы Подпись проведившего исследование	Нәтижені алған адамның ТАӘ ФИО лиц получившего результат
7	8	9	10	

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-14/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-14/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Ұлттық құл дақылын қайта себу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

пересева токсигенной культуры дифтерии

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Себу күні Дата посева	Колониялар сипаты Характер колонии	Морфология	Уреаз	Цисти-наза	Крахмал	Глюкоза	Сахароза	Уыттылығы Токсичность	Түрі Тип	Күні Дата
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-15/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-15/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Стафилококкты фаготиптеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

фаготипирования стафилококка

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Фаготиптеу күні Дата фаготипирования	Тіркеу № Регистрационный №	ТАӘ ФИО	Туған күні Дата рождения	Ажырату күні Дата выделения	Жұмыс орны Место работы
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Талдау алынды Откуда взят анализ (организация)	Жинау орны Место забора	Фаготиптеу нәтижесі Результат фаготипирования	Фаго-топ Фаго-группа	Аяқталу күні Дата окончания	Қолы Подпись
7	8	9	10	11	12

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-16/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-16/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**РСЭС-ке расталуға берілген культураларды тіркеу
ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ

регистрации культур, переданных для подтверждения в РСЭС

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-17/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-17/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Безгек бойынша қолайсыз жерлерден келген адамдарды

диспансерлік есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

диспансерного учета прибывших лиц из неблагополучных

мест по малярии

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Р/с № п/п	Т.А.Ә. Ф.И.О.	Туған күні Дата рождения	Мекенжайы Домашний адрес	Қайдан және қашан келді Откуда и когда прибыл	Есепке алу күні Дата взятия на учет	Безгекке зертханалық тексерулер к ү н і Даты лаб. обследований на малярию	Нәтижелер Результаты	Профиллак- тикалық емдеу күндері Даты проф. лечений	Ескертпе Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-18/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-18/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения п р и к а з о м Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

**3.01.067-97 "Ауыз су" Сан ЕменН бойынша микробиологиялық
зерттеулердің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований по Сан ПиН 3.01.067-97
"Вода питьевая"**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 240-19/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 240-19/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

Күлге микробиологиялық зерттеулер

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

микробиологических исследований на дифтерию

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 5
форматы
Формат
А5

Қ Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы _ _ _ _ _
Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 241 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 241 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 241/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 5 Формат А5	ф о р м а т ы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 242/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 242/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 242/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 244/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244-1/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 244-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244-2/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 244-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

A5 форматы

Формат A5

	Қ Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 244-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 244-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 244-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 6 форматы Формат А6	Қ Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ ы м к о д ы _ _ _ _ _
	Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 245 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұ ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 4 5 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 245/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 5 форматы Формат А5	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 245 - 1 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 245 - 1 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 245-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 5 форматы Формат А5	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 248 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама

Ұйымның	атауы	Медицинская	документация
Наименование организации		Ф о р м а	№ 2 4 8 / у
		утверждена приказом и.о.	Министра
		здравоохранения Республики	Казахстан
		от "23" ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 248/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 5	Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----
форматы	Код организации по ОКПО				
Формат					
A5					

Қазақстан Республикасы	Денсаулық сақтау министрлігі	Министерство здравоохранения	Республики Казахстан
Қазақстан Республикасы	Денсаулық сақтау министрінің м.а.	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907	№ 2 4 9 / е н ы с а н д ы
		медициналық құжаттама	
Ұйымның	атауы	Медицинская	документация
Наименование организации		Ф о р м а	№ 2 4 9 / у
		утверждена приказом и.о.	Министра
		здравоохранения Республики	Казахстан
		от "23" ноября 2010 года № 907	

Сноска. Форма № 249/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4	Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----
форматы	Код организации по ОКПО				
Формат					
A4					

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 250 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 250 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 250/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 250-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Formой № 250-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Бастапқы сынама қозғалысының журналы / Журнал движения первичной пробы

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ аяқталды (окончен)

Биоматериалды қабылдауға және тапсыруға жауапты қызметкерлердың қолының
с ә й к е с т е н д і р г і ш і _____ /
Идентификатор подписей сотрудников ответственных за прием и передачу
биоматериала

Күні/ дата	Қызметкердің Тегі.Аты.Әкесінің аты (болған жағдайда) /Фамилия.Имя.Отчество сотрудника (при его наличии)	Қолы/ подпись

МО атауы (название МО)	Күні (дата)	Биосынаманың қозғалысы (движение биопробы)											
		Нақтытапсырылған биоматериал саны (количество фактически сданного биоматериала)											
		Б / Х	МНО	гормон	HbA1c	Гепатиты B,C	такролимус	циклоспорин	ПЦР	Қан тобы/ а-ти г р крови , а/ти	микрореакция	КЖТ / ОАК	НЖТ / ОАМ

Артқы жак/обратная сторона

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 250-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250-2/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой № 250-2/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы /
Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ аяқталды (окончен)

Журнал сәйкессіздіктерді тіркеу мен жазуға арналған / Журнал предназначен для регистрации и записи несоответствий

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердың қолының сәйкестендіргіш /

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за ведение журнала

Күні/дата	Қызметкердің Т.А.Ә. (болған жағдайда) /Ф.И.О. сотрудника при его наличии)	Қолы/подпись

Артқы жақ/Обратная сторона

№	Сәйкессіздікті анықтау күні / Дата обнаружения несоответствия	Сәйкессіздік / Несоответствие	Сәйкессіздікті жою бойынша тез арадағы әрекеттер / Незамедлительные действия по устранению несоответствия	Қабылданған түзету шаралары / Принятые корректирующие меры	Қабылданған шаралардың тиімділігін бағалау және нәтижесі / Оценка и результат эффективности принятых мер

Сноска. Приложение дополнено Формой № 250-3/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 250-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 250-3/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы /Журнал
выявления и передачи тревожно – критических величин

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ аяқталды (окончен)

Журналдың толтырылуына жауапты қызметкерлердың қолының сәйкестендіргіші /

Идентификатор подписей сотрудников ответственных за ведение журнала

Күні/дата	Қызметкердің Т.А.Ә(болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии) сотрудняка	Қолы/подпись

Артқы жак/Обратная сторона

Р.с · № /№ п/ п	Күні дата	болған жағдайда)(инициалдары) Ф.И.О.(при его наличии) (инициалы) пациента	сәйкестендіру номері / номер идентификации	Жолдаған мед. ұйым Направившая организация	Дабылды -сыни мәні / Тревожно-критическое значение	Дабылды-сыни мәндерді анықтау уақыты / Время выявления тревожно критического значения	Дабылды-сыни мәндерді тапсыру у а қ ы т ы Время передачи тревожно-критического значения	Ақп бері қызм қол Под сотр пере инф

A4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 251/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 251/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 252/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 252/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации микробиологических и паразитологических
исследований

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

талдаудың атын жазыңыз (вписать название анализа)

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

- Журнал микробиологиялық және регистрации микробиологических и паразитологиялық зерттеулерді паразитологических исследований. тіркеуге арналған. - При большом объеме работы
- Жұмыс көлемі үлкен болғанда можно вести журналы по видам журналды зерттеу түрлері бойынша исследований (на энтеробактерии, (энтеробактерияға, коринебактерияға, коринебактерии. кокки и т.д.). кокктарға, т.б.) жүргізуге болады. - Основанием для приема
- Материалды қабылдауға бланк-материала на исследование служат жолдама негіз болып табылады. бланки-направления.
- Әр келіп түскен материалдарға - Очередной регистрационный кезекті тіркеу нөмірі беріледі, және номер присваивается каждому осы нөмірмен зерттеуді аяғына дейін поступившему материалу, и под жеткізеді. Жұмыс журналында және этим номером проводят бланкілерде барлық жазбалар осы исследование до завершения. Все нөмірмен жүргізіледі, нөмірлер записи в рабочем журнале и на айырмашылығы болмауы керек. бланках ведут под этим номером, не допуская расхождения номеров.

Материалды жинау және зертханалық зерттеулер келесі нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТҚ атап өтіңіз) сәйкес жүргізіледі

- (Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить)).

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

№ 252/е-н. артқы беті

разворот ф. № 252/у

К ү н і Д а т а	Р / с № п/п	Тіркеу нөмірі Регист- рацион- ный номер	Материалды жіберген ұйым Организация, направившая материал	Күні, Дата, время уақыты		Т.А.Ә. Медици- налық карта № Ф.И.О. Меди- цинская карта №	Ж а с ы В о з р а с т	Мекен- жайы Домашний адрес	Жұмыс орны, лауазымы (балалар үшін балалар мекемесінің, мектептің атауы) Место работы, должность. (для детей наименование детского учреждения, школы)
				Материалды алу Взятия материала	Зерт- ханаға түсуі Поступ- лен. в лаборат.				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

продолжение таблицы

Бөлімше, палата, учаске Отделение, палата, участок	Диагнозы, ауырған күні Диагноз, дата заболевания	Қаралуға көрсетімдер Показания к обследованию	Қаралуы: қайталап, мақсаты мен Обследование: повторное, контрольное	алғашқы, тексеру первичн.,	Зерттелуші материал Исследуемый материал
11	12	13	14		15

продолжение таблицы

Зерттеу мақсаты Ц е л ь исследования	Зерттеу нәтижесі* Результат исследования*	Зерттеуді жүргізген адамның қ о л ы Подпись лица, проводившего исследование	Ж а у а п берілген күн Дата выдачи ответа	Жауапты алған адамның тегі Фамилия лица, получившего ответ
16	17	18	19	20

*Паразиттік аурулар қоздырғыштарына зерттеген кезде, оң нәтиже болса, паразит түрі және инвазия (мал паразитінің адамға жұғуы) қарқындылығы көрсетіледі.

*При исследовании на возбудителей паразитарных болезней, при положительном результате, указывается вид паразита и интенсивность инвазии.

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 253/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 253/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Микробиологиялық зеттеулердің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
микробиологических исследований**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

1. "Тіркеу нөмірі" атты 3-бағанда тіркеу журналындағы талдаулар

нөмірі көшіріп жазылады. Талдау бар кезеңде бір нөмірмен жүргізіледі.

2. "Ортаның атауы және өсу сипаттамасы" атты 7-бағанда

зерттелуші материал себілген тығыз қоректік ортаның атын және күдікті

колониялардың бар - жоғын көрсетеді. Әр орта үшін жеке горизонталды

жол пайдаланылады.

3. "Ұқастыру тесттері" атты 10-17-бағандар микроорганизмдердің

биологиялық қасиеттерін (ферменттік белсенділік, антигендік құрылымы, уыттылығы және т.б.) сипаттау үшін қолданылады.

4. Углеводтардың ажырауын келесі белгілермен белгілеу ұсынылады

ҚГ – қышқыл мен газ пайда болуы; Қ – газсыз, қышқыл ғана пайда болуы;
- - ажыраудың болмауы.

5. Басқа заттарға қатысты ферменттік белсенділігі, сонымен

қатар индол мен күкіртсутегі және т.б пайда болуын (+) реакция оң;

(-) реакция теріс белгілерімен белгілеген жөн.

6. "Зерттеу нәтижесі" атты 19 бағанда ажыратып алынған

микроорганизмдер мен жаппай тарауын көрсетіңіз.

1. В графу 3 "Регистрационный номер" переписываются номера

анализов регистрационного журнала. Анализ ведут на всех этапах под

одним номером.

2. В графе 7 "Наименование среды и характер роста" отмечают

название плотных питательных сред, на которые производят посев

исследуемого материала, а также наличие или отсутствие

подозрительных колоний. Для каждой среды используют отдельную

горизонтальную строку.

3. Графы 10-17 "Тесты идентификации" служат для характеристики

биологических свойств микроорганизмов (ферментативная активность,

антигенная структура, токсигенность и д.р).

4. Расщепление углеводов рекомендуется отмечать следующими

знаками: КГ – при образовании кислоты и газа; К – при

образовании кислоты без газообразования; -- расщепление отсутствует.

5. Ферментативную активность в отношении других веществ, а также

образование индола и сероводорода и т.д. целесообразно отмечать

знаками: (+) – реакция положительная; (-) – реакция отрицательная.

6. В графе 19 "Результат исследования" указать вид выделенных

микроорганизмов и массивность обсеменения.

Материалды жинау әдістері мен зертханалық зерттеулер келесі

нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТҚ атап өтіңіз) сәйкес

жүргізіледі.

(Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся

в соответствии со следующей нормативно-технической документацией

(НТД перечислить)):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

9. _____

10. _____

Күні Дата	Р/с № п/п	№ Тіркеу регистрационный	№ Т А Ә Ф И О Д а т а рождения обследуемого	Тексерілу- шінің туған күні М е с т о работы, домашний а д р е с обследуемого	Стационар, бөлімше, контингент Стационар, отделение, контингент	Ортаның атауы және ө с у сиппа- тамасы Наиме- нование среды и харак- т е р роста	Зерттелетін колониялар с а н ы Количество изучаемых колоний
1	2	3	4	5	6	7	8

№ 253/е н. Артқы беті

разворот ф. 253/у

				Зерттеу күн.	аяқталған Зерттеу

Микро- скопия	Сәйкестендіру тесттері Тесты идентификации									Серотиптеу Серотипирование	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	жүрізген адамның қолы Дата окончания исследования. Подпись лица, проводившего исследование
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 253-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 253-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Шайындылардың стерильдігіне микробиологиялық зерттеулердің ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ микробиологических исследований смывов на стерильность

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы/года “__” _____ 20__ жылғы/года “__” _____

басталды/начат аяқталды/окончен

Тіркелген күні Дата регистрации	Тіркелу нөмірі Регистрационный номер	Зерттелетін материал Исследуемый материал	Шайынды алынған орын Место взятия смывов	Материалды стерильдеу күні Дата стерилизации материала	Материалды қолдану күні Дата использования материала
1	2	3	4	5	6

продолжение

Стерильдеу аппаратының атауы мен нөмірі Наименование и номер стерилизационного аппарата	Зерттеу нәтижесі мен жағынды микроскопиясы Результат исследования и микроскопия мазка	Зерттеу аяқталған күн Дата окончания исследования	Зерттеу жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего исследование	Ескерту Примечание
7	8	9	10	11

Форма

А 4
форматы
Формат
А4

Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	_____
Код организации по ОКПО				

Қазақстан республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 253 - 2 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама

Ұйымның атауы:	Медицинская	документация
Наименование организации:	Ф о р м а № 2 5 3 - 2 / у	
	утверждена приказом и.о. Министра	
	здравоохранения Республики Казахстан	
	от "23" ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді
жүргізуді тіркеу
Ж У Р Н А Л Ы
Ж У Р Н А Л
регистрации микробиологических исследований
проб воздуха**

20 ____ жылғы(года) " ____ " 20 ____ жылғы (года)" ____ "

_____ басталды (начат) _____ аяқталды (окончен)

1. Сапаны бақылау бөлімшесінде немесе өнімнің сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
1. Ведется в отделении контроля качества или лицами, на которых возложен контроль качества продукции
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Сынамаларды алу күні,	Тіркеу нөмірі	Сынаманы алған ұйым, және әдісі	Сына-малар	Қорек орталарның атауы Наимено-	Экспози-циясы,	Жіберілген ауаның көлемі	Колонияла - рдың жалпы саны Общее

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Микроорганизмдердің химиятерапиялық
препараттарға сезімталдығын анықтауға арналған
зерттеулер мен олардың нәтижесін
ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ
исследований и результатов определения чувствительности
микроорганизмов к химио-терапевтическим препаратам**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

1. "Тіркеу нөмірі" атты 3-бағанда тіркеу журналындағы нөмірге с

йкес, талдаулар нөмірі көрсетіледі. Талдауларды барлық кезеңде бір

нөмірмен жүргізеді.

2. Егер бұл журнал талдауларды алғашқы рет тіркеу үшін де

қолданылса, онда 4-8-бағандар толтырылады.

3. "Микроорганизмдердің сезімталдығы" атты 9-27-бағандарда

химиопрепараттың аты және өсу тежелген аймақтар немесе минималды

тежеу концентрациясы (МТК) тіркеледі.

4. Журнал туберкулезге қарсы ұйымдардың зертханасында

толтырылғанда 6 баған "Ниацин тесті" деп аталуы керек.

1. В графе 3 "Регистрационный номер" указываются номера

анализов, соответствующие номерам регистрационного журнала. Анализ

ведут на всех этапах под одним номером.

2. Графы 4-8 заполняется в том случае, если данный журнал

служит и для первичной регистрации анализов.

3. В графе 9-27 "Чувствительность микроорганизмов" указываются

названия химиопрепаратов и регистрируются зоны задержки роста или

минимальные ингибирующие концентрации (МИК).

4. При заполнении журнала в лабораториях противотуберкулезных организаций – графа 6 должна называться – "Ниациновый тест".

Материалды жинау әдістері мен зертханалық зерттеулер келесі

нормативтік техникалық құжаттамаларға (НТҚ атап өтіңіз) сәйкес

жүргізіледі

. (Методы сбора материала и лабораторные исследования проводятся в соответствии со следующей нормативно-технической документацией (НТД перечислить)):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

А4 форматы	БСН	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----
Формат А4	Код организации по БИН _____				
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 255/е нысанды медициналық құжаттама				
Республики Казахстан					
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 255/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907				

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой № 255/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Жабдықтың зертханалық паспорты журналы
Ж у р н а л
лабораторный паспорт оборудования

(талдаулардың аты) (название анализов)

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ аяқталды (окончен)

Жабдықтар атауы/Наименование оборудования: _____

Өндіруші зауыттың сериялық нөмірі/Серийный номер завода производителя: _____

Түгендеу нөмірі/Инвентарный номер: _____

Пайдалануға енгізу мерзімі:/ Дата ввода в эксплуатацию: _____

Пайдалануға жауапты тұлға: / Ответственное лицо за эксплуатацию :

Медициналық жабдықтардың ақауы туралы ақпарат / Информация о неисправности
медицинского оборудования

№	Қатардан шығу күні / Дата выхода из строя	Сыну себебі / Причина поломки	Қабылданған әрекеттер / Предпринятые действия	Сыну жойылды (күні мен уақыты) / Устранение поломки (дата и время)	Анықтау / Верификация	Сервис инженерінің Т.А.Ә.. және қолы (болған жағдайда) Ф.И.О (при его наличии) и подпись сервис-инженера

Артқы жак/Обратная сторона

Калибрлеу туралы ақпарат / Информация о калибровках

№	Калибрлеу күні / Дата калибровки	Калибрлеу себебі / Причина калибровки	Орындаған (калибрлеуді өткізген зертханашының Т.А.Ә. . (болған жағдайда) Исполнил Ф.И.О.(при его наличии) лаборанта проводившего калибровку)	Тексерген (зертханашы дәрігердің Тегі.Аты.Әкесінің аты. (болған жағдайда) Проверил Ф..И.О(при его наличии) врача-лаборанта)

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 Т Б - 0 4 / е ны с а н д ы медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Зертханалық тіркеу журналы

Лабораторный регистрационный журнал

Р/с № № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Жынысы Пол	Туған күні мен жылы Дата и год рождения	Емдеу ұйымның атауы Название лечебной организации	Мекенжайы Адрес	Талдау жүргізу мақсаты Цель проведения анализов			Анализ нәтижелері Результаты анализов			Зерт кызметкерінің қолы Подпись лаборанта	Ескертпелер Примечания
							Диагностика	Химиялық терапияны бақылау Контроль химиотерапии	Санат Категория	1	2	3		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Форма

А 4

форматы

Формат

А4

Қ Ұ Ж Ж

бойынша

ұйым

коды

Код организации по ОКПО

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 Т Б - 0 5 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а Т Б - 0 5 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қақырықты туберкулез микобактериясына микроскопиялық тексеруге жіберетін

ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ

на проведение микроскопического исследования мокроты на наличие микобактерии туберкулеза

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 Т Б - 0 6 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а Т Б - 0 6 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

ТМБ культурасын туберкулезге қарсы қолданылатын
дәрілерге сезімталдығын анықтауға жолдама
Направление на чувствительность культуры МБТ
к противотуберкулезным препаратам

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 Т Б - 0 6 а / е ны с а н д ы медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а Т Б - 0 6 а / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

ТМБ культурасының туберкулезге қарсы препараттарға

сезімталдығының нәтижелерін алуға арналған

ЖОЛДАМА

НАПРАВЛЕНИЕ

на получение результатов теста на лекарственную

чувствительность культуры

МБТ к противотуберкулезным препаратам

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қ а з а қ с т а н Д е н с а у л ы қ	с а қ т а у	м и н и с т р і н і ң	Р е с п у б л и к а с м .	

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 Т Б - 066 / е медициналық құжаттама	н ы с а н д
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская Ф о р м а утверждена приказом и.о. здравоохранения Республики от "23" ноября 2010 года № 907	документаци Т Б - 066 / Министр Казахста

Қақырықты Хpert MTB/RIF-мен зертханалық зерттеуге жолдама

Направление на лабораторное исследование мокроты

на Хpert MTB/RIF

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Денсаулық сақтау Министерство Республики Казахстан	Республикасы министрлігі здравоохранения	Қазақстан Денсаулық сақтау Министерство Республики Казахстан	Республикасы министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 Т Б - 17 / е медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская Ф о р м а утверждена приказом и.о. здравоохранения Республики от "23" ноября 2010 года № 907	документация Т Б - 17 / у Министра Казахстан

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Культуралық зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы
Лабораторный журнал учета культуральных исследований

сол жағы/левая сторона

Р/с № № п /п	Материалдың алынған күні (Дата сбора материала)	ТАӨ ФИО	Жынысы Пол	Туған күні мен жылы Дата и год рождения	Материал	Ұйым (бөлімше) Организация (отделение)	Мекен - жайы Адрес	Санат Категория	Диагносты	Себінді жасалған күн Дата посева	Зерттеудің мақсаты Цель исследования	
											Диагностика	Бақылау Контроль

оң жағы/правая сторона

Культураның өскен күні Дата роста культуры	Қорытынды Результат	Микроскопиялық культураның нәтижесі Результат микроскопии с культуры	Қорытынды берілген күні Дата выдачи результатов	ДСТ-ге жіберілді (Иә/Жоқ) Направлен на ТЛЧ (Да/Нет)	Зертхана қызметкерінің тегі ФИО работника лаборатории	Ескертпелер Примечания

здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің

зертханалық журналы

Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ

сол жағы/левая сторона

[illegible]

оң жағы/правая сторона

Бақылау Контроль		Т М Б идентификациясы Идентификация МЕТ	1 қатардағы Т Қ П ПТП 1 ряда					ТҚП ДСТ қойылған күн Дата постановки ТЛЧ на ПРР	Қорытынды оқылған к ү н Дата чтения
Положи -	Отрица -		Н	Р	С	Е			

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 ТБ-24/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а Т Б - 2 4 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ВАСТЕС ТМБ дәріге сезімталдық тестісі және культуралық

зерттеулерді есепке алу журналы

Журнал учета культуральных исследований и теста на лекарственную чувствительность МБТ проведенного на ВАСТЕС

Р/с № № п/п	Себу күні Дата по- сева	ТАӨ ФИО	Жасы Воз- раст	Ұйым (бөлі- мше) Орга- низа- ция (	Мате - риал	Диаг- ноз- д а р Диаг-нозы	Сұйық ортада өскен күні Дата роста на жидкой среде	ТМБ сәйкес- тендіруі Иденти- фикация МБТ	Өсу нәти- жесі Резуль- т а т роста	Қан ага- рында өсу сипаты Харак- тер роста н а	Өс- кен күн- дері Дни роста	Л - Йенсен орта- сында өскен күні Дата роста на среде Л	Өсу нәти- жесі Дата и результ -

				отде- ление)						кровя- ном агаре	- Йенсена	тат роста

Журналдың жалғасы/Продолжение журнала

ДСТ қойылған күні Дата постновки ТЛЧ	I қатардағы ТҚП ПТП I ряда						II қатардағы ТҚП ПТП II ряда			Нәтиженің оқылған күні Дата чтения результата	Жауапты зерт қызметкерінің ТАӨ ФИО ответственного лаборотника	Ескерт - пелер Приме - чание
	S	H	R	E	Z	Am	Cm	Ofx	EtoEt E Eto			

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 Т Б - 2 5 / е ны с а н д ы медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а Т Б - 2 5 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

НАIN тест және ХpertMTB/RIF нәтижелерін есепке алу журналы

Журнал учета результатов НАIN-теста и ХpertMTB/RIF

№ р/ с № п/ п	ТАӨ ФИО	Жасы Возраст	Бөлімше Отделение	Зерттеу әдістері (Hain немесе ХpertMTB/Rif / Метод исследования (Hain или ХpertMTB/Rif	Егерде ХpertMTB/Rif онда КДТ ТБ күдікті (А)/АИТВ ТБ күдікті (В)/ Если на ХpertMTB/Rif то подозрением на МЛУ ТБ (А)/ с подозрением на ВИЧ ТБ (В)	Диагнозы

продолжение:

Культура № № культуры	Себу күні/ Дата посева	Өскен күні/ Дата роста	Зерттеулер нәтижелері/Результаты исследования				
			Материал (дақыл, MGIT дақылы, қ а қ ы р ы қ) / Материал (культура, культура MGIT, мокрота)	Өткізу күні/ Дата проведения	КДТ ТБ күдікті	ТБ (+/-)	R H

ВАСТЕС		әдістерінің		төзімділігін		анықтау/	
Определение устойчивости методом ВАСТЕС							
Культура № культуры	№	Себу Дата посева	күні/ Дата роста	Сұйық ортада өскен күні / Дата роста на жидкой среде	R	H	S E

продолжение:

Л-Й арасындағы /Определение устойчивости на среде Л-Й		тұрақтылықты анықтау	Ескертпелер/Примечания				
Төзімділікке культураның №/№ культуры на устойчивость	Себу күні/Дата посева	Л-Йенсен ортасында өскен күні /Дата роста на среде Л-Й	R	H	S	E	Z

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 256/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 256/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Қоректік орталарды даярлау және тексеру

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

приготовления и контроля питательных сред

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____

[illegible]

A4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 257/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 257/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклав)

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20 жылғы(года) " " 20 жылғы(года) " "

басталды (начат) аяқталды (окончен)

[illegible]

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 258/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 258/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Стерильдікке зерттеудің
ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ
РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ
исследований на стерильность**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы/года “__” _____ 20__ жылғы/года “__” _____

басталды/начат аяқталды/окончен

Үлгілерді іріктеу мен оларды Методы отбора образцов и их

зертханалық зерттеу келесі лабораторные исследования

нормативтік техникалық құжаттарға проводятся в соответствии

(НТК) сәйкес жүргізіледі со следующей нормативно-

технической документацией

(НТД перечислить)

1. _____ 1. _____

2. _____ 2. _____

3. _____ 3. _____

4. _____ 4. _____

5. _____ 5. _____

Күні Дата	Р / с № п/п	Тіркеу немесе препарат сериясы Регистра- ционный номер (или серия препарата)	Зерттелетін материал Исследуемый материал			Ұйым, материалды алу орны Организация, место взятие материала	Материалды өңдеу және себу күні Обработка материала и дата посева
			Атауы Наимено- вание	Алғашқы қорабы Первичная упаковка	Ыдыс Емкость		
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение таблицы

З е р т т е у Исследование										Зерттеу нәтижелері Результат исследования	Зерттеу аяқталған күн Зерттеуді жүргізген адамның қолы Дата окончания исследования. Подпись лица проводившего исследование
Ауа бар жағдай В аэробных условиях				Ауа жоқ жағдайда В анаэробных условиях					Саңырауқұлақтар мен зендер Грибы и плесени		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Форма

А 4 форматы Формат А4	Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ ы м	к о д ы	-----
	Код организации по ОКПО				

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 259 / е н ы с а н д ы медициналық құжаттама
Ұ ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 259 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Серологиялық зерттеулерді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований

20__ жылғы (года) " __ " _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) " __ " _____ аяқталды (окончен)

зерттеудің атын жазыңыз (вписать название исследований)

Үлгілерді іріктеп алу әдістері, материал жинау

және зертханалық зерттеулер келесі нормативтік

техникалық құжаттамаларға (атап өтіңіз) сәйкес

жүргізіледі.

(Методы отбора образцов, сбора материала и их

лабораторные исследования проводятся в

соответствии со следующей нормативно-

технической документацией (перечислить))

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистра - ционный номер	Тегі, аты, әкесінің аты , медициналық карта № Фамилия, имя, отчество, медицинская карта №	Ұйым, бөлімше , палата Организация, отделение, палата	Зерттеулер Результаты исследований нәтижелері		
				МРП үшін кардиолипіндік антиген кардиолипи- новый антиген для МРП	РСК үшін кардиолипіндік антиген кардиолипиновый алнтиген для РСК	Трепонемдік антиген трепонемный антиген
1	2	3	4	5	6	7

продолжение:

Зерттеулер Результаты исследований								нәтижелері	Зерттеу аяқталған күн Зерттеу жүргізген адамның қ о л ы Дата окончания исследования Подпись лица проводившего исследование
Сандық титр Количествен- ный титр	1 : 50	1 : 100	1 : 200	1 : 400	1 : 800	1 : 1600	1 : 3200		
8	9	10	11	12	13	14	15	16	

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 260/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 260/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**Серологиялық зерттеулерді тіркеу
(мерезді диагностикалау)
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации серологических исследований
(диагностика сифилиса)**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

Күні Дата	Талдау № анализа	Тіркеу нөмірі Регистрационный номер	Тегі, әкесінің Фамилия, отчество	аты, аты имя,	Ұйым, бөлімше, палата, учаске Организация, отделение, палата, участок	Медициналық карта № Медицинская карта №	Д и а г н о з ы
1	2	3	4	5	6	7	

продолжение таблицы

Зерттелетін материал Исследуемый материал	В а с с е р м а н Реакция Вассермана			реакциясы
	антигендермен (сериясын, титрін көрсетіңіз) с антигенами (указать серию, титр)			КС
	трепонемалық трепонемным	арнайы емес неспецифическим	кардиолипінді кардиолипиновым	
8	9	10	11	12

№ 260/е н. артқы беті

Разворот ф. № 260/у

Цитохол реакциясы Цитохолевая реакция	К а н реакциясы Реакция Кана	С А Н Д Ы Қ КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ТИТР										КБР РСК				Жауап берілген к ү н Дәрігердің қ о л ы Д а т а выдачи ответа Подпись врача
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	

А 4 форматы

Формат А 4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 261/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 261/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ЗЕРТХАНАШЫ ДӘРІГЕРДІҢ КҮНДЕЛІКТІ ЖҰМЫСЫН ЕСЕПКЕ АЛУ ПАРАҒЫ **ЛИСТОК ЕЖЕДНЕВНОГО УЧЕТА РАБОТЫ ВРАЧА-ЛАБОРАНТА**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20 жылғы (года) _____ үшін (за)

Зертханашы дәрігер (медзертханашы) (Врач лаборант (медлаборант) _____

Р / с № п/п	Талдау а т ы Название анализа	Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны Количество выполненных анализов по дням месяца															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

продолжение таблицы

Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны															Барлығы ай бойы
Количество выполненных анализов по дням месяца															
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Итого за месяц

Күнделікті жұмысты есепке алу парағын зертханашы дәрігер

(медзертханашы) толтырады және орындалған зерттеулер саны туралы

Ай күндері бойынша орындалған талдаулар саны															Барлығы ай бойы
Количество выполненных анализов по дням месяца															
17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Итого за месяц

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 262/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 262/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу

ЖҰМЫС ЖУРНАЛЫ

РАБОЧИЙ ЖУРНАЛ

учета количества выполненных анализов в лаборатории

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____

басталды (начат) аяқталды (окончен)

Форма

А 5
форматы
Формат
А5

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен № 263/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 6 3 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

КІРІС БАҚЫЛАУ АКТІСІ
АКТ ВХОДНОГО КОНТРОЛЯ

(зерттеу жүргізген зертхананың атауы)

(наименование лаборатории проводившей исследования)

№ _____

материалдың зертханаға түскен күні (дата поступления материала в лабораторию)

1.Өнім үлгісінің атауы (наименование образца продукции) _____

2.Өндіруші (өндіруші мемлекет, өндіруші зауыт) (производитель, страна происхождения, завод изготовитель) _____

3.Серия нөмірі (Номер серии) _____

4. Көзбен шолу жағдайы (Визуальное состояние) _____

5. Зерттеу нәтижелері (Результаты исследования)

№	Сынақты жасау күні (Дата постановки опыта)	Зерттеудің атауы (Наименование исследования)	Нәтижесі (Результат)
1			
2			
3			

Кіріс бақылау актісін тапсырды _____

(Акт входного контроля сдал) (күні) (тегі мен қолы)

(дата) (фамилия и подпись)

Қабылдады _____

(Получил) (күні) (тегі мен қолы)

(дата) (фамилия и подпись)

Форма

А 5
форматы
Формат
А5

Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы	-----
Код организации по ОКПО				

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 № 283/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 2 8 3 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти

календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу
АКТІСІ
АКТ
приема - передачи образцов для исследования

Күні (дата) 20____ жылғы (года) "____" _____

Біз, төменде қол қойғандар (ТАӨ, лауазымы) (мы, нижеподписавшиеся ФИО, должность) _____

(зертхананың атауы (наименование лаборатории))

берілгені туралы актіледік (составили настоящий акт в том, что специалистами входного контроля передано в) _____

№	Үлгінің (Наименование образца)	атауы (Единица измерения)	Өлшем бірлігі (Количество)
1	2	3	4

Қолы (Подпись) ТАӘ (ФИО)

Қолы (Подпись) ТАӘ (ФИО)

Приложение 6 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Правый верхний угол в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сноска. Приложение 6 с изменениями, внесенными приказами Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А6 форматы

Формат А6

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 400/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра Республики 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 400/у приказом здравоохранения Казахстан

ЖОЛДАМА НАПРАВЛЕНИЕ

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Формат А6

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 402/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907 Форма № 402/у

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

АНЫҚТАМА СПРАВКА

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

№ _____

Серия _____

Донор (дана донору) _____

тегі, аты, әкесінің аты (фамилия, имя, отчество)

оның (в том, что он (а) сдал (а) кровь _____ қан

күні, айы, жылы (число, месяц, год)

тапсырғандығы немесе (или)

_____ бастап (с) _____ дейін (до) 20__ ж. (г.)

"__" _____ тексеруде болғаны (был(а) на обследовании) туралы берілді

астын сызу (нужное подчеркнуть)

Жұмыс орнына көрсету үшін берілді (Дана для предъявления по месту

работы)

Донордың тексерілген қан тапсырған күндерінде осы күндердің орташа

еңбекақысы және жұмыс орны (лауазымы) сақталады.

За работником, являющимся донором в дни обследования и дачи крови

сохраняется место работы (должность) и средняя заработная плата.

Егер донор болып табылатын қызметкер жұмыс берушімен келісім бойынша

қан мен оның компоненттерін тапсыру (донациялау) күндері жұмысқа

шықса, оның орташа айлық еңбекақысы сақтала отырып, өзінің қалауы

бойынша басқа демалыс күні беріледі не бұл күн жыл сайынғы еңбек

демалысына қосылуы мүмкін.

По соглашению с работодателем работник, являющийся донором, в дни

дачи (донации) крови и ее компонентов приступил к работе, ему

предоставляется по его желанию другой день отдыха с сохранением за

ним средней заработной платы либо этот день может быть присоединен к

ежегодному трудовому отпуску.

Негіздеме: Қазақстан Республикасының Еңбек Кодексі 15.05.2007 ж.

№ 251-ІІІ 151-б. және "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі

туралы" ҚР Кодексінің 18.09.2009 ж. № 193-ІV ҚРЗ 167-бабы.

Основание: Трудовой Кодекс Республики Казахстан от 15.05.2007 года

№ 251- III ст.151 и Кодекс РК "О здоровье народа и системе

здравоохранения" от 18.09.2009 г № 193-IV ЗРК ст. 167.

М.О. М.П. Анықтаманы берген адам

(Лицо, выдавшее справку) _____ қолы (подпись)

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 403/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 403/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А6 форматы Формат А6	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау	

министрлігі Министерство здравоохранения	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 404/е нысанды медициналық құжаттама
Республики Казахстан	
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я форма № 404/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қан тапсыруға, плазмаферезге, цитаферезге және тағы басқа жолдама

Направление на кроводачу, плазмаферез, цитаферез и другие.

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405/е нысанды медициналық құжаттама
Республики Казахстан	
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я форма № 405/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

" _____ " _____ 20____ жылы донордың қан үлгісіндегі биохимиялық және иммуногематологиялық зертханалық зерттеу нәтижелерінің ведомосы

(ведомость результатов биохимических и иммуногематологических лабораторных исследований образцов крови доноров за " ____ " ____ " 20 ____ года

Сноска. Форма № 405/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

р/с № п/п	Донордың ТАӘ болған жағдайда (ФИО при наличии донора)	Донацияның сәйкестендіру нөмірі (идентификационный номер донации)	Донациялау күні (дата донации)	Қанды иммуногематология зерттеу нәтижесі (результаты иммуногематологического исследования)					АлАт (АлАт)
				АВО бойынша қан тобы (группа крови по АВО)	Резус тиістілігі (резус принадлежность)	Фенотипі (фенотип)	Келл антигені (антиген Келл)	Тұрақсыз антиэритроцитті антиденелер (нерегулярные антиэритроцитарные антитела)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ведомосты шығар күні/уақыты (дата/время выпуска ведомости)	" ____ " ____ 20 ____ ж. (г.) сағат (час) ____
Дәрігердің қолы (подпись врача)	

А4 форматы

Формат А4

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген медициналық құжаттама	Медицинская документация Форма № 405-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения

Ұйымның Наименование организации	атауы 23 ноября 2010 года № 907	Республики Казахстан

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**күні донорларды алдын ала зертханалық
тексеруден өткізу ведомосы**
**Ведомость предварительного лабораторного
обследования доноров за _____**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 06.03.2013 № 127 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я Форма № 405-2/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 405-2/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сарысу үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін
р а с т а у в е д о м о с ы _____
Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток
на трансфузионные инфекции за _____

							Трансфузиялық инфекцияларды зертханалық зерттеу бөлімшесі Отделение лабораторных исследований трансфузионных инфекций					
№	Зертханалық нөмірі/Лабораторный номер	Донордың Т.А.Ә. (болған жағдайда) / Ф.И.О. (при наличии) донора	Донация коды Код донации	Туған күні Дата рождения	Бөлім-ше Отделение	Қанды тапсыру күні Дата донации	Қорытынды нәтижені алған күні/ Дата получения окончательного результата	Қорытынды нәтижесі Интерпретация результатов ИХЛА/ИФА исследований				Іс әрекетт алгорит Алгоритм действий
								АИТВ -1,2	HBV	HCV	Мерез Сифилис	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Жауапты тұлға _____ (Т.А.Ә.) (болған жағдайда) _____
 Ответственное лицо _____ (Ф.И.О.) (при наличии) _____ подпись

Ведомосты алған күні мен уақыты _____ Бөлімінің меңгерушісі _____
 Дата и время получения ведомости _____ Заведующий отделением (подпись) _____

Ведомосты электрондық және қағаз тасымалдауышта жүргізуге болады.

Возможно ведение ведомости как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Республикасы сақтау Министерство	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 405-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Ф о р м а № 4 0 5 - 3 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 405-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 406/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 406/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы/ медицинская карта донора крови и ее компонентов

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Тегі/фамилия _____ Аты/имя _____ Әкесінің аты (болған жағдайда)/отчество (при наличии) _____ Туған күні/дата рождения _____ Кәсібі/профессия _____ Жеке басын куәландыратын құжаттың нөмірі/номер документа, удостоверяющего личность _____ _____ берілген күні/дата выдачи; берген органы/кем выдан _____ ЖСН/ИИН _____ Донордың байланыс ақпараты/контакты донора: Мекенжайлары/Адреса: тіркелген жері/прописки _____ тұрғылықты/ проживания _____ Т е л е ф о н д а р ы _____ / т е л е ф о н ы _____ жұмыс/рабочий _____ үй/ домашний _____ мобильді/ сотовый _____ қосымша/ дополнительный _____		
Айрықша белгілері (особые отметки)		
Фенотипі/генотип (фенотип/генотип (ABO, Rh-Hr,HLA))		Антиденелер титрі/титр антител
Күні (дата)	ЭЦҚ (ЭЦП)	күні / дата
Донорлар қатарына жазылу күні Дата зачисления в доноры 20__ жыл (год) "____" _____ ----- Есептен шығару күні мен себебі (Дата и причина снятия с учета) _____ -----	Осы кезеңде алынған барлық: Всего в этот период взято: кан (крови) _____мл . плазма (плазмы) _____	Қан тапсырулардың саны (Число кроводач) _____ ----- Плазмаферездер саны) (Число плазмаферезов) _____ -----

_____	м л .	Цитаферездер саны
_____	лейкоциттер (лейкоциты) _____	(Число цитаферезов) _____
_____	_____ (10) _____ 9,	_____
_____	тромбоциттер (тромбоциты) _____	Миелоксфузиялар саны
_____	_____ (10) 11,	(Число миелоксфузий) _____
_____	сүйек кемігі (костного мозга)	_____
_____	_____ мл. (10) 9.	ЭЦҚ (ЭЦП)

Донор туралы бастапқы мәліметтер/ первичные данные о доноре

1. Анамнезді (анамнез)

1.1.Тұқым қуалаушылығы (наследственность) _____

—

1.2. Ауырған аурулары (оның ішінде операциялар) және оның болған уақыты (перенесенные заболевания

(в том числе операции) и их давность) _____

—

1.3. Қан және оның компоненттерінің трансфузиялары (Трансфузии крови и ее компонентов)

1.4. Екпелер, егулер және олардың болған уақыты (Прививки, вакцинации и их давность) _____

1.5. Дәрігердің ЭЦҚ/ЭЦП врача _____

2. Антропометриялық мәліметтер/ антропометрические данные

Бойы/Рост _____/см

Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес
Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес	Күні/ дата	Салмағы/ вес

3. ЭКГ зерттеудің нәтижелері /результаты ЭКГ исследования

Күні/дата	Қорытынды/ Заключение	Күні/дата	Қорытынды/ Заключение	Күні/дата	Қорытынды/ Заключение

2. Донорды ағымдағы объективті тексерудің нәтижелері/результаты текущего объективного обследования донора*

Д о н а ц и я	к ү н і /				
дата донации					
Д о н а ц и я	у ә ж д е м е с і	(а қ ы л ы / а қ ы с ы з) /			
мотивация донации (платно/безвозмездно)					
Объективті деректер/объективные данные					
Шағымдары/ жалобы					

Склерасы/склеры					
Тері қабаты/ кожные покровы					
А у ы з слизистые полости рта	қу ы с ы н ы ң		сі л е м ей лі	қа бы ғы /	
Ар тер и я лы қ артериальное давление (мм рт. ст.)	қан	қы сы мы	(сын	бас.	с.)/
Та мыр соғуының жиілігі (минутына соққы)/частота пульса (ударов в минуту)					
Т а м ыр характер пульса	со ғ у ы н ы ң			си пат та ма сы /	
Т і р ек - қ о з ғ а л ы с опорно-двигательный аппарат				а п па ра ты /	
Л и м ф а лимфатические узлы				т ү й і н д е р і /	
Ж ү р е к аускультация сердца				а у с ку ль та ц и я с ы /	
Ө к пе аускультация легких				а у с ку ль та ц и я с ы /	
І ш органы брюшной полости	қу ы с ы н ы ң			а ғ за ла ры /	
Донордың лоэксфузияға за к лю ч е н и е донора	қан жарамдылығы	тапсыруға, туралы врача	плазма(цита)ферезге, дәрігердің о	мие- қорытындысы/ г о д н о с т и плазма(цита)ферезу,	
Дозасы /доза	к	кровадаче,			
Дәрігердің ЭЦҚ/ЭЦП врача					

3. Донорды зертханалық зерттеудің нәтижелері/ результаты лабораторного обследования донора*

[illegible]

кестеннің жалғасы

[illegible][illegible]

5 Қан, сарысуы, қан жасушалары, сүйек кемігін алу туралы белгілер /(отметка о взятии крови, плазмы, клеток крови, костного мозга)*

Ескертпе/примечание

Плазма донорлары үшін 2-баған толтырылмайды/ для доноров плазмы графа 2 не
заполняется

6. Плазмаферез емшарасын жүргізгеннен кейінгі донордың жағдайы/ состояние донора после проведения процедуры плазмафереза*

Күні/ дата	АҚҚ/ АД (мм рт.ст.)	Температура (оС)	Тамыр соғуы/ пульс	Дәрігердің қорытындысы мен ЭЦҚ / заклучение и ЭЦП врача
1	2	3	4	5

*2, 3, 4, 5, 6, 7 кестелері бар қосымша беттер қажет болған жағдайда қосымша беріледі/ страницы с таблицами разделов 2, 3, 4, 5, 6 вкладываются при необходимости дополнительно.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 407/е нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация Форма № 407/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

Қан және оның компоненттерінің алғашқы донациясын тіркеудің медициналық картасы/ Медицинская карта регистрации первичной донации крови и ее компонентов

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Санаты (қажетінің астын сызыңыз)/категория (нужное подчеркнуть):

Бірінші рет/қайталама (первичный/повторный)

Донация уәждемесі (қажетінің астын сызыңыз) /мотивация донации (нужное подчеркнуть):

Ақысыз (ерікті, мақсатты, аутологиялық) (безвозмездная (добровольная, целевая, аутологичная));

Ақылы (платная)

Күні (Дата) _____

Қанды алу орыны (место забора крови) _____

Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) /фамилия, имя, отчество (при его наличии)	Қан тобы (Группа крови) _____ Резус-тиістілігі (Резус-принадлежность) _____
_____	Келл - антигені (Келл – антиген) _____
ЖСН/ ИИН _____	_____
Туған күні/дата рождения _____	Гемоглобин (Гемоглобин) _____ г/л
Жынысы /пол _____	Қан жасушаларының донорлары үшін қосымша/ Дополнительно для доноров клеток к р о в и :
Жеке басын куәландыратын құжаттың атауы мен нөмірі/наименование и номер документа, удостоверяющего личность _____	Тромбоциттер мөлшері/количество тромбоцитов _____*109/л
Берілген күні/когда выдан _____ Берген орган/ кем выдан _____	Қанның ұю уақыты/время свертывания крови _____ мин. _____ сек.
Жұмыс орны (место работы) _____	_____
_____	Жазбаны енгізген тұлғаның қолы/ ЭЦП лица, внесшего запись
Үй мекенжайы (аудан) /место жительства (район) _____	_____
_____	_____

—	АВО бойынша белгіленген қан тобы/ установленная группа крови по АВО _____
Сотовый телефон (Ұялы телефон) _____	Резус-тиістілігі/ резус-принадлежность _____
Домашний телефон _____ Рабочий телефон _____	Күні/дата _____
Дополнительный телефон _____	Жазбаны енгізген тұлғаның қолы/ ЭЦП лица, внесшего запись _____
Сырақатнама анамнезі/анамнез жизни _____	ИХЛТ тестілеу/ ИХЛА тестирование на: АИТВ 1,2 (ВИЧ 1,2): _____
—	В гепатиті (гепатит В) _____
—	С гепатиті (гепатит С) _____
Операциялар, гемотрансфузиялар/ операции, гемотрансфузии _____	Мерез (сифилис) _____
Дене қызуы/температура тела _____ град. С	Күні/дата _____
Тамыр соғуы/пульс / _____ соққы 1 минутта (ударов в 1 м и н у т у) .	Жазбаны енгізген тұлғаның қолы/ ЭЦП лица, внесшего запись _____
АҚҚ/АД _____ мм. сын. б. (мм рт. ст).	ПТР тестілеу/ ПЦР тестирование на: АИТВ 1,2 (ВИЧ 1,2): _____
Салмағы/вес _____ Бойы/рост _____	В гепатиті (гепатит В) _____
Тері қабаты мен сілемейлі қабаты /кожные покровы и видимые слизистые оболочки _____	С гепатиті (гепатит С) _____
Донор тексерілді /донор осмотрен _____	Күні/дата _____
Дені сау /здоров _____	Жазбаны енгізген тұлғаның қолы/ ЭЦП лица, внесшего запись _____
Қан және оның компоненттерін тапсыруға рұқсат берілді/ донация крови и ее компонентов разрешается	Бруцеллезге тестілеудің нәтижесі/ результат тестирования на бруцеллез _____
Дозада /в дозе _____ мл, Дәрігердің қолы/ ЭЦП врача _____	Күні/дата _____
Қан және оның компоненттерінің донациясы туралы белгі / отметки о донации крови и ее компонентов: Алынды /взято _____ мл	Жазбаны енгізген тұлғаның қолы / ЭЦП лица, внесшего запись _____
Плазма/цитаферез аппаратты шаралары туралы м ә л і м е т т е р : (донордың плазмаферез шарасы жүргізілген кейінгі ж а ғ д а й ы)	БАДО деректері бойынша тексеру/проверка п о д а н н ы м Е Д И Ц :
Сведения об аппаратных процедурах плазма/цитафереза: (состояние донора после проведения процедуры п л а з м а ф е р е з а) :	Күні/дата _____
Күні/дата _____	Жазбаны енгізген тұлғаның қолы / ЭЦП лица, внесшего запись _____
АҚҚ/ АД(мм. рт.ст.) _____	Есептен шығарылу күні мен себебі/дата и причина снятия с учета.
Температура (0°C) _____	
Тамыр соғуы/ пульс _____	
Дәрігердің қорытындысы мен қолы/заключение и ЭЦП	

врача _____	20__ жылғы (года) " __ " _____ Дәрігер/врач _____ ЭЦП

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 408/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 408/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

ДОНОРЛАРДЫ ИММУНДАУ ЕМШАРАЛАРЫН ТІРКЕУ **ЖУРНАЛЫ** **ЖУРНАЛ** **РЕГИСТРАЦИИ ПРОЦЕДУР ИММУНИЗАЦИИ ДОНОРОВ**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 409/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 409/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ДОНОРЛАРДЫ ИММУНДАУДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ **ВЕДОМОСЫ** **ВЕДОМОСТЬ** **УЧЕТА ИММУНИЗАЦИИ ДОНОРОВ**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ДОНОРЛЫҚҚА ҚАТЫСУҒА НИЕТ БІЛДІРГЕН ТҰЛҒАЛАРДЫ ЕСЕПКЕ АЛУ

КҮНДЕЛІГІ

ДНЕВНИК

УЧЕТА ЛИЦ, ОБРАТИВШИХСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ДОНОРСТВЕ

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
 " __ " ____ басталды (начато) " __ " ____ аяқталды (окончено)

1. Донорларды жинақтау бөлімінде халықтың 1. Заполняется ежедневно в отделении донорлыққа келуі туралы мәліметтердің комплектования доноров на основании негізінде және қан, плазма, қан жасушаларын данных обращаемости населения к донорству өтеусіз және ақылы донациялау мәліметтердің и производших донацию крови, плазмы, негізінде күнделікті толтырылады клеток крови безвозмездно и платно
2. Тегін және ақылы донорларға бірге 2. Ведется совместно на безвозмездных и жүргізіледі платных доноров
3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым 3. Страницы должны быть пронумерованы, жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі прошнурованы, скреплены печатью и тиіс подписью руководителя организации

Қабылдау және жүгінулерді есепке алу Прием и учет обращений Донорлықтан шеттетілгендер Отводы от донации						
Күні Дата	Жүгінулердің барлығы Всего обращений	Қан және оның компоненттерінің донациясына дейінгі кезеңде шеттетілген жүгінулер Отведено обращений на этапе до донации крови и ее компонентов	Бірыңғай ақпараттық донорлық орталықтың деркектері бойынша, оның ішінде По данным единого донорского информационного центра в том числе	Донорлықтан мүлдем шеттетету себебінен По причине абсолютных отводов от донорства	Донациялар араындағы аралықты сақтамайтын дықтан По причине несоблюдения минимального интервала между донациями	Ағашқы зертханалық зерттеудің нәтижелері бойынша По результатам первичного лабораторного обследования
1	2	3	4	5	6	7

Қабылдау және жүгінулерді есепке алу Прием и учет обращений Донорлықтан шеттетілгендер Отводы от донации				
Дәрігердің қабылдауында, оның ішінде Врачом на приеме, в том числе	Соматикалық аурулар бойынша қабылдауда На приеме по соматическим заболеваниям	Инфекциялық аурулар бойынша қауіп-қатер тобына жатқызу себебінен На приеме по причине отнесения к группе риска по инфекционным заболеваниям	Өздігінен бас тарту себебінен По причине самоотвода	Өзге себептер По другим причинам
8	9	10	11	12

Донацияға жіберілді Допущено к донации								
Донорлардың санаты Категория доноров								
Донацияға жіберілгеннің барлығы Всего допущены к донации			Алғашқы донорлар Первичные доноры			Қайталап келген донорлар Повторные доноры		
Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қ а н жасушалары (клеток крови)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қ а н жасушалары (клеток крови)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қ а н жасушалары (клеток крови)
13	14	15	16	17	18	19	20	21

Донацияға жіберілді Допущено к донации										
Донорлардың түрлері (уәждемелері) Вид доноров (по мотивации)										Туыстық донациялар Родственные донации
Өтеусіз донациялар Безвозмездные донации					Төлемақылы донациялар Платные донации					
Қан орталығында В центре крови			Көшпелі жағдайда В выездных условиях							
Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)	Қ а н жасушалары (клеток крови)	Қанның (крови)	Плазманың (плазмы)						

Туыс
донац
Родст
донац

22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Донорлар мен науқастарды типтеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

типирования доноров и больных

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

A5 форматы

Формат A5

		К Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
		Код организации по ОКПО _____			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін а т қ а р у ш ы н ы ң 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 б ұ й р ы ғ ы м е н № 410-2/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	атауы	Медицинская Форма № 410-2/у приказом и . о . здравоохранения Республики "23" ноября 2010 года № 907		документация утверждена Министра Казахстан	

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

HLA-типтеу нәтижесі результат HLA-типирования

МҰ (МО) _____

Бөлімше (Отделение) _____

Реципиенттің немесе донордың ТАӘ (ФИО реципиента или донора) _____

Туған күні (Дата рождения) _____

ДНК нөмірі (Номер ДНК) _____

Зерттеу материалы (Материал для исследования) _____

Қанды алу күні (Дата забора крови) _____

Қанды қабылдау күні (Дата поступления крови) _____

HLA-	Нәтижесі (Результат)	Типтеу әдісі (Метод типирования)
A		
B		
Cw		
DRB1		
DQB1		

Дәрігердің қолы (Подпись врача) _____

Бөлім меңгерушісінің қолы (Подпись заведующей отделом) _____

Талдау жасау күні (Дата постановки анализа) _____

A4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 410-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 410-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Республикасы	Қазақстан Денсаулық сақтау министрлігі міндетін 2010 жылғы № 907	Республикасы сақтау министрінің атқарушының "23" қарашадағы бұйрығымен № 410-4/е нысанды медициналық құжаттама	б е к і т і л г е н	
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская Форма № приказом и.о. Министра Республики "23" ноября 2010 года № 907	№ 410-4/у утверждена Министра здравоохранения Казахстан	документация	

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

НЛА-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу

журналы

Журнал

регистрации результатов определения НЛА-антител серологическим и ИФА методами

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " басталды (начато) " ____ " аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, 2. Страницы должны быть пронумерованы, мөрмен және ұйым басшысының қолымен прошнурованы, скреплены печатью и подписью бекітілуі тиіс. 2. Руководитель организации

Р \ с № п\п	Т А Ә ФИО	Туған Дата рождения	жылы Кім Кто направил	жіберді Диагнозы Диагноз
1	2	3	4	5

Қан Rh-факторы Группа Rh-фактор	тобы, Сенсибилизация % сенсибилизации	Антиденелер түрлері Специфичность антител	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись
6	7	8	9	10

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	бойынша ұйым коды
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-5/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 410-5/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907	

SBT типтеу әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SBT методики типирования

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); исключена

приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская документация Форма № 410-6/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ басталды (начато) " ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. 2. Страницы должны быть пронумерованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р\с № п/п	Талдау жасау күні Д а т а исследования	Үлгінің штрих коды Штрих образца	ДНК үлгісінің н ө м і р і Номер ДНК	Д Н К концентрациясы Концентрация ДНК	Анықталатын локустар Определяемые локусы
1	2	3	4	5	6

Қолданылған праймер фирмасы және сериясы Применяемые фирмы праймера и серия	Пайдаланылған полимеразаның түрі және сериясы Применяемый вид и серия полимеразы	Қоспа дайындаушының қолы Подпись готовившего смесь	Ескертпе Примечание
7	8	9	10

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен № 410-7/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская Форма № 410-7/у приказом и.о. Министра Р е с п у б л и к и "23" ноября 2010 года № 907		документация утверждена здравоохранения К а з а х с т а н	

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

**HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ

регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" " _____ басталды (начато) " " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. 2. Страницы должны быть пронумерованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

ДНК № р/с ДНК п/н	Бөлінген күні Дата выделения	ТАӘ немесе үлгі № ФИО или № образца	Жолдаған МҰ Направляющая МО	Диагнозы Диагноз	Д Н К концентрациясы Концентрация ДНК	Колы Подпись
1	2	3	4	5	6	7

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің атқарушының 2010 жылғы "23" № 907 бұйрығымен № 410-8/е нысанды медициналық құжаттама			міндетін қарашадағы бекітілген
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская документация Форма № 410-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907			

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации приема и выдачи анализов

20 ____ жылғы
" ____ " _____ басталды (начато)

(года) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы т о л т ы р а д ы .
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен прошнурованы, скреплены печатью и подписью бекітілуі тиіс

1. Журнал заполняется ответственным лицом л а б о р а т о р и и
2. Страницы должны быть пронумерованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Күні Дата	МҰ МО	Донор немесе науқастың ТАӨ ФИО пациента или донора	Қан үлгісін зертеу максаты Цель исследования образца крови	Жарамсыздықтың себебі Причина брака
1	2	3	4	5	6

Курьердің қолы Подпись курьера	Қабылдаған адамның қолы Подпись принявшего	Талдау нәтижесін беру күні Дата выдачи результата анализа	Нәтижені қабылдаған адамның қолы Подпись принявшего результат	Талдау нәтижесін берген адамның қолы Подпись выдавшего результаты анализов
7	8	9	10	11

Форма

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А 5		ф о р м а т ы	
Формат А5			
Н ы с а н н ы ң к о д ы Код формы по ОКУД	Б Қ С Ж	б о й ы н ш а - - - - -	
Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
- - - - - Код организации по ОКПО			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Денсаулық міндетін 2010 жылғы № 907 № 410-9/е құжаттама	Республикасы сақтау министрінің атқарушының қарашадағы бұйрығымен нысанды	Республикасы министрінің атқарушының қарашадағы бекітілген медициналық
Ұйымның Наименование организации	Медицинская Форма № 410-9/у приказом здравоохранения К а з а х с т а н "23" ноября 2010 года № 907	документация утверждена и.о. Министра Республики	
Лейкоциттік антиденелерді анықтауға жолдама Направление на определение лейкоцитарных антител			
Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).			

Форма

А 4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Формат А4		Код организации по ОКПО			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі міндетін 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен № 410-10/е нысанды медициналық құжаттама	Республикасы сақтау министрінің атқарушының қарашадағы бекітілген			

Ұйымның атауы	Медицинская	документация
Наименование организации	Форма № 410-10/у	утверждена
	приказом и.о. Министра	здравоохранения
	Республики	Казахстан
	"23" ноября 2010 года № 907	

HLA-жүйесі бойынша типтеуге жолдама

Направление на типирование по HLA-системе

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 5		ф о р м а т ы	
Формат А5			
Н ы с а н н ы ң		Б Қ С Ж	
к о д ы _ _ _ _ _		б о й ы н ш а	
Код формы по ОКУД			
Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
_ _ _ _ _			
Код организации по ОКПО			
Қазақстан Республикасы		Қазақстан Республикасы	
Денсаулық сақтау		Денсаулық сақтау	
министрлігі		министрінің	
Министерство		атқарушының	
здравоохранения		2010 жылғы "23" қарашадағы	
Республики Казахстан		№ 907 бұйрығымен бекітілген	
		№ 410-11/е нысанды	
		медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы		Медицинская	
Наименование организации		Форма № 410-11/у	
		приказом и.о. Министра	
		здравоохранения Республики	
		Казахстан "23" ноября 2010 года № 907	

"Кросс-матч" үйлесімділігіне жеке сынамаға жолдама Направление на индивидуальную пробу на совместимость "Кросс-матч"

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министерства здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 5		ф о р м а т ы	
Формат А5			
Н ы с а н н ы ң к о д ы _ _ _ _ _ Код формы по ОКУД		Б Қ С Ж б о й ы н ш а	
Қ Ұ Ж Ж	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
_ _ _ _ _ Код организации по ОКПО			
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау міндетін 2010 жылғы № 907 № 410-12/е медициналық құжаттама	Республикасы министрінің атқарушының "23" қарашадағы бұйрығымен бекітілген нысанды	
Ұйымның Наименование организации	Медицинская Форма № 410-12/у приказом здравоохранения Казахстан "23" года № 907	документация утверждена и.о. Министра Республики ноября 2010	

Тромбоциттерді HLA-жүйесі бойынша арнайы іріктеу сынамасына жолдама Направление на специальный подбор тромбоцитов по HLA-системе

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министерства здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 3 Формат А3	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-13/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Форма № 410-13/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907			

Сноска. Форма № 410-13/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 410-14/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның Наименование организации:	атауы:	Медицинская документация Форма № 410-14/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907			

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

"КРОСС-МАТЧ" ҮЙЛЕСІМДІЛІГІНЕ СЫНАМА НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОБЫ НА СОВМЕСТИМОСТЬ "
КРОСС-МАТЧ"

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " басталды (начато) " ____ " аяқталды (окончено)

Мұрағатқа тапсырылған күні 20_ жылғы " ____ " _____

Рет № п/п	М Ұ МО	Реципиенттің ФИО реципиента	ТАӨ	Қан тобы Группа крови	Резус факторы Резус фактор	Реципиенттің HLA-фенотипі HLA-фенотип реципиента
1	2	3		4	5	6

Донордың ТАӨ және к о д ы ФИО и код донора	Донордың қан тобы Группа крови донора	Донордың резус факторы Резус фактор донора	Донордың HLA-фенотипі HLA-фенотип донора	Кросс–матч нәтижесі Результат кросс-матча	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись
1	2	3	4	5	6	7

Форма

А 4	ф о р м а т ы	КҰЖЖ бойынша ұйым коды _____
Формат А4		Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің а т қ а р у ш ы н ы ң 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен № 411/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 411/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донор қанын дайындауды есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета заготовки донорской крови

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " ____ басталды (начато) " ____ " ____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады
 2. Үлкен көлемді өндіріс ақылы
 3. Қан дозасы мен одан алынған нөмірі
 4. 7 – 12-бағандары бойынша
1. Заполняется ответственным лицом
 2. При большом объеме производства допускается ведение отдельных журналов учета для безвозмездных и платных донаций
 3. Доза крови и полученные из нее компоненты имеют одинаковый идентификационный номер
 4. Итог подводится по графам 7 – 12
 5. Страницы должны быть

қорытынды шығарылады пронумерованы,
 5. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының пропнурованы, скреплены
 қолымен бекітілуі тиіс печатью и
 подписью руководителя
 организации

Реттік № Порядковый №	Донация күні Дата донации	Сәйкестік номері (таңбасы, штрих-коды және Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, эkesiнiң аты Фамилия, имя, отчество донора	А В 0 жүйесі бойынша қ ан тобы Группа крови по системе AB0	Rh факторы Rh фактор
1	2	3	4	5	6

Консервант		Дайындалған жаңа алынған қан Заготовленная кровь цельная		
А т а у ы Наименование	Мөлшері, мл Объем, мл	Консервантсыз, мл Без консерванта, мл	Консервантпен, мл С консервантом, мл	Зертханалық талдауға, мл На лабораторное исследование, мл
7	8	9	10	11

Бактериологиялық талдауға, мл Бактериологическое исследование, мл	Өндірістік жарамсыздық (қан контейнерінің ақауы, қан мөлшерінің аздылығы, қан алудың сәтсіздігі) Производственный брак (дефект гемоконтейнера, недостаток объема, неудачность забора крови)	Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт	Эксфузияға байланысты реакциялар Реакции, связанные с экcфузией	Медициналық көмек көрсету Оказание медицинской помощи	Бригада құрамы Состав бригады	Ескертпе Примечание

12	13	14	15	16	17	18

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 411-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 411-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 411-1/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсыздығын шығару журналы
Ж у р н а л
учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады
1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспорттизацию компонентов крови

2. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде тиісті бөлімдерге баған қосылады
3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі т и і с
4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі
2. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется графа в соответствующие разделы
3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации
4. Ведется в электронном варианте и(или) на бумажных носителях

Р-к № п/п	Дайындау күні (дата заготовки)	Сәйкестендіру нөмірі (штрих-кодды ж.б.) Идентификационный номер (штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің (аты болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)	Группа крови и резус фактор	ҚДБ алынған қан ком. Количество компонентов крови, полученных из ОЗК (мл)			
					Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Лейкосүзілген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофильтрованная	Эритроцит жүзіндісі Эритроцитная взвесь	Лейкосүзілген эритроцитжүзі Эритроцитная взвесь лейкофильтров
1	2	3	4		5	6	7	8

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 412/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская документация Форма № 412/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді

есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета производства компонентов донорской крови методом
плазмацитафереза

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" " басталды (начато) " " аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады
 2. Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және ақылы доннациялар үшін бөлек есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады
 3. Мультикомпонентті донациямен алынған компоненттердің сәйкестік нөмірі бірыңғай
 4. 7 – 27, 32-бағандары бойынша қорытынды шығарылады
 5. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы ықтимал
 6. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс
1. Заполняется ответственным лицом
 2. При большом объеме производства допускается ведение отдельных журналов учета для безвозмездных и платных донаций
 3. При мультикомпонентной донации полученные компоненты имеют одинаковый идентификационный номер
 4. Итог подводится по графам 7 – 27, 32
 5. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале допускается применение дополнительной графы
 6. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік №	Донация күні Дата донации	Сәйкестік номері (таңбасы, штрих-коды және Идентификационный н о м е р (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	ABO жүйесі бойынша қан Группа крови по системе AB0	R h факторы R h фактор
1	2	3	4	5	6

Жаңа алынған қанның консервантпен бірге мөлшері, м л Объем цельной крови с консервантом, мл					Талдауға алынған қан, мл Кровь на анализы, мл	Консервант, м л (CPD, CPD-A, Цитрат Na 4%)	Қосымша ерітінді, м л (SAGM),	Реинфузия мөлшері, м л Объем реинфузии, мл
Дискретті плазмаферез Плазмаферез дискретный		А п п а р а т т ы Аппаратный						
1-реттік 1- кратный	2-реттік 2 - х кратный	Плазмаферез	Цитаферез	Плазма / Цитаферез				
7	8	9	10	11	12	13	14	15

Алынған қан компонентері (мөлшері / жасушал)					Полученные компоненты крови (объем / число клеток)				
Аферездік плазма (дискретті), мл Плазма аферезная (дискретная), мл					Тромбоциттер (л / ф, аферездік) Тромбоциты (л / ф, аферезные)		Эритроциттік (л / ф, аферездік) Эритроцитная (л / ф, аферезная)		Афеґрану, мл Грану афеґ
Жаңа мұздатылған замороженная	Жаңа мұздатылған лейкофилтрленген Свежезамороженная лейкофилтрованная	Иммунды Иммунная	Антиденелер титрі Титр антител	Мұздатылған Замороженная	Жасушалар саны, х1011 Число клеток, х1011	Мөлшері, мл Объем, мл	Массасы, мл Масса, мл	Жүзінді, мл Взвесь, мл	мл Грану афеґ
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Өндірістік жарамсыздық Производственный брак		Трансфузиядан кейінгі реакция Посттрансфузионная реакция	Медициналық көмек көрсету Оказание медицинской помощи	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передана продукция (название отделения)		Ескертпе Примечание
Мөлшері / Саны Объем / Количество	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака			Бөлімшенің атауы название отделения	Сапа бақылауы Контроль качества	
27	28	29	30	31	32	33

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 412-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 1 2 - 1 / у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 412-1/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерінің
жарамсыздығын есепке алу журналы
Ж у р н а л
учета выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток

20__ жылғы(года) " __ " _____
басталды (начато)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға то л т ы р а д ы .
2. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіру кезде тиісті бөлімдерге ба ғ а н қ о с ы л а д ы
3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі т и і с
4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз

20__ жылғы(года) " __ " _____ аяқталды (окончено)

2. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале добавляется в соответствующие разделы.
3. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью

тасымалдауышта жүргізіледі _____ руководителя _____ организации.

1. Заполняется лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию крови и ее носителей 4. Ведется в электронном варианте и (или) на бумажных компонентах.

Р/с № п/п	Дайындау күні (дата заготовки)	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда) Фамилия, имя, отчество донора (при его наличии)	Қан тобы, резус факторы Группы крови, резус фактор	ҚДБ алынған компоненттің саны Количество компонентов, полученных из ОЗК (мл)		Берілді (передано)	
					Жаңамүздатылған аферезді плазма (Плазма свежемороженая аферезная)	Тромбоциттер концентраты (Концентрат тромбоцитов аферезный)	Берілген күні Дата выдачи	Компонент қайда берілді Куда выдана продукция
1	2	3	6		7	8	9	10

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО _____	б о й ы н ш а _____	ұ й ы м _____	к о д ы _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Ф о р м а № 4 1 3 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907			

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета производства компонентов донорской крови

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
 " __ " _____ басталды (начато) " __ " _____ аяқталды (окончено)

Жауапты адам толтырады Заполняется ответственным лицом
 Үлкен көлемді өндіріс жағдайында өтеусіз және При большом объеме производства допускается
 ақылы доннациядан алынған компоненттерге бөлек ведение отдельных журналов учета для
 есепке алу журналдарын жүргізу қарастырылады компонентов, полученных от безвозмездных и
 Қан дозасы мен одан алынған компоненттердің платных донаций
 сәйкестік нөмірі бірыңғай Доза крови и полученные из нее компоненты имеют
 6 – 20, 22, 25, 26-бағандары бойынша қорытынды одинаковый идентификационный номер
 шығарылады Итог подводится по графам 6 – 20, 22, 25, 26
 Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін При производстве компонентов крови, не указанных
 өндіру кезінде қосымша баған қолданылуы в журнале
 ы қ т и м а л допускается применение дополнительной графы
 Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және Страницы должны быть пронумерованы,
 ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс прошнурованы, скреплены печатью и подписью
 * – "ерекше клиникалық көрсетілім" жағдайына руководителя организации
 нұсқайды * – указывает на "особые клинические показания"

Реттік № Порядковый №	Күні Дата	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	R h факторы R h фактор	Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қаннан алынған компонентте (мл / доза) Компоненты, полученные из крови цельной, стабилизированной консервантом (мл/доза)		
					Лейкофилтрленген жаңа алынған қан *	П л а з м а Плазма	Лейкофилтрленген жаңа мұздатылған Свежезамороженная
					Цельная кровь * лейкофилтрированная	Ж аң а мұздатылған Свежезамороженная	мұздатылған Свежезамороженна: лейкофилтрированна

1	2	3	4	5	6	7	8

П л а з м а Плазма			Эритроциттер (эритроциттік масса - болған жағдайда (бұдан әрі - ЭМ), лейкоциттік-тромбоциттік кабат - болған жағдайда (бұдан әрі - ЛТҚ) / лейкоциттік масса - болған жағдайда (бұдан әрі - ЛМ), эритроциттік жүзінді - болған жағдайда (бұдан әрі - ЭЖ) Эритроциты (эритроцитная масса – при наличии (далее – ЭМ), лейкоцитотромбоцитарный слой – при наличии (далее – ЛТС / лейкоцитная масса – при наличии (далее – ЛМ), Эритроцитная взвесь – при наличии (далее – ЭВ)				
Мұздатылған Замороженная	Иммундық жаңа мұздатылған Свежезамороженная иммунная	Лейкофилтрленген иммундық жаңа мұздатылған Свежезамороженная иммунная лейкофилтрованная	ЭМ	ЛМ Э М Э М с ЛМ	алынған удаленным	Л Т Қ ЛТС	
9	10	11	12	13	14		

Консервантпен тұрақтандырылған жаңа алынған қаннан алынған компоненттер (мл/доза) Компоненты, полученные из крови цельной, стабилизированной консервантом (мл/доза)					
Эритроциттер (ЭМ, ЛТҚ/ЛМ, ЭЖ) Эритроциты (ЭМ, ЛТС/ЛМ, ЭВ)			Тромбоциттер Тромбоциты		
Лейкофилтрленген эритроциттік масса Эритроцитная масса лейкофилтрованная	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	ЛТҚ алынған эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь с удаленным ЛТС	Лейкофилтрленген эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь лейкофилтрованная	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан Восстановленные из дозы ЦК	Жаңа алынған қан дозасынан қалыптасқан лейкофилтрленген Восстановленные из дозы ЦК лейкофилтрованные
15	16	17	18	19	20

Өндірістік Производственный брак	жарамсыздық	Өнім Куда передана продукция	қайда жіберілді	Ескертпе Примечание

Қ а н компонентінің а т а у ы Наименование компонента крови	Мөлшері / С а н ы (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака	Бөлімше атауы Название отделения	Бактериологиялық зерттеу Бактериальное исследование	Са па бақылауы Контроль качества	
21	22	23	24	25	26	27

Форма

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 413 - 1 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы

учета производства клеточных компонентов донорской крови

1. Жауапты тұлға толтырады
2. 8 – 24 және 26-бағандары бойынша қорытынды шығарылады
3. Журналда көрсетілмеген қан 1. Заполняется ответственным лицом компоненттерін өндіру кезінде 2. Итог подводится по графам 8 – 24 и 26 қосымша баған қолданылуы 3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале ы қ т и м а л 4. допускается применение дополнительной графы
4. Журнал беттері нөмірленуі, 5. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, тігілуі, мөрмен және ұйым скреплены печатью и подписью руководителя организации басшысының қолымен бекітілуі 6. * – указывает на "особые клинические показания"
т и і с
5. * – "ерекше клиникалық көрсетілім" жағдайына нұсқайды

Реттік Порядковый Реттік Порядковый №	№ № № №	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика- ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің а т ы Фамилия, ия, отчество донора	ABO жүйесі бойынша кан тобы Группа крови по системе AB0	Rh факторы Rh фактор
1	2	3	4	5	6

Қ а н компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент	Қан* және оның жасуша компоненттері өндірілді Произведено крови* и ее клеточных компонентов (мл/доза)	Э р и т р о ц и т т е р (ж а ң а а л ы н ғ а н Эритроциты (кровь цельная*)	Ж у ы л ғ а н эритроциттер (лейкофилтрленген) Эритроциты отмытые	Лейкофилтрленген эритроциттік м а с с а	Лейкофилтрленген эритроциттік ж ү з і н д і	ЛТҚ алын эритроцит м а с с а Эритроцит

крови (название отделения)	д о процедуры	К р о в ь ц е л ь н а я * лейкофильтрованная	(лейкофильтрованные)	Эритроцитная м а с с а лейкофильтрованная	Эритроцитная в з в е с ь лейкофильтрованная	масса удаленным ЛТС
7	8	9	10	11	12	13

Қ а н *		ж әне		о ны ң		ж а с у ш а		к о м п о н е н т т е	
Произведено крови* и ее клеточных компонентов (мл/доза)									
ЛТҚ ЛТС	Рәсімге дейінгі мөлшері Объем д о процедуры	Т р о м б о ц и т т е р Тромбоциты							
		Ж а ң а алынған қан		Ж а ң а д о з а с ы н а н алынған қан				А ф Афере	
		дозасынан қалыптасқан Восстанов- лен н ы е из дозы ЦК		д о з а с ы н а н қалыптасқан, Восстановленные ЦК, пулированные из біріктірілген дозы					
			Лейкофилтрленген Лейкофильтрованные	Лейкофилтрленген Лейкофильтрованные	Вирустазартылған Вирусинактивированные	Лейкофилтрленген вирустазартылған Лейкофильтрованные вирусинактивированные	Лейко Лейко		
15	16	17	18	19	20	21	22		

Ө н д і р і с т і к Производственный брак		ж а р а м с ы з д ы қ		Ө н і м қ а й д а жіберілді (бөлімше атауы) К у д а передана продукция (название отделения)	Ескертпе Примечание
Қ а н компонентінің а т а у ы Наименование компонента крови	Мөлшері / Саны (мл / д о з а) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака			
25	26	27	28	29	

Форма

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 1 3 - 2 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донор плазмасынан криопреципитатты өндіруді есепке алу

журналы

Журнал

учета производства криопреципитата из донорской плазмы

20 ____ жылғы (года)	20 ____ жылғы (года)
" ____ " ____ басталды (начато)	" ____ " ____ аяқталды (окончено)
1. Жауапты тұлға толтырады	1. Заполняется ответственным лицом
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Жаңа мұздатылған плазманың - болған жағдайда (бұдан әрі ЖМП) паспорты (карантинделген)			

Реттік № Порядковый №	Паспорт плазмы свежемороженой - при наличии (далее – СЗП) (карантинизированной)					Қ а н компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	ЖМП-ны еріту режимі (t ⁰ С, уақыты) Дата и режим (t ⁰ С, время) оттаивания СЗП	ЖМП - ны центрифугалау режимі (айналым, t ⁰ С , уақыты) Дата и режим (обороты, t ⁰ С, время) центрифугирования СЗП
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы	R h факторы	ЖМП-ң бастапқы мөлшері (мл/доза) Исходный объем СЗП (мл/доза)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Алынған өнімдер						Өндірістік Производствен-ный брак			жарамсыздық
Криопреципитат (карантинделген) (карантинизирован)		Супернатанттық (карантинделген) Плазма супертантная (карантинизированная)							
Мөлшері / Саны (мл/ доза) Объем / Количество (мл/доза)	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передан продукт (название отделения)	Мөлшері / Саны (мл/ доза) Объем / Количество (мл/доза)	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передан продукт (название отделения)	Бактериологиялық зерттеу Бактериологическое исследование	Сапа бақылауы Контроль качества	Компонент атауы Наименование компонента	Мөлшері / Саны (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака	
10	11	12	13	14	15	16	17	18	

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Республикасы	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-З/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 413 - 3 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы

Журнал

учета производства плазмы свежемороженой вирусинактивированной

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" __ " ____ басталды (начато) " __ " ____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады 1. Заполняется ответственным лицом
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, 2. Страницы должны быть пронумерованы, мөрмен және ұйым басшысының қолымен прошнурованы, скреплены печатью и подписью бекітілуі тиіс

Бастапқы плазма компонентінің паспорты (плазма, л/ф плазма, біріктірілген плазма, аферезді плазма, иммунды плазма және т.б.) Паспорт исходного плазменного компонента (плазма, плазма л/ф, плазма пулированная, плазма аферезная, плазма иммунная и др.)						
Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия,	Компонент атауы Наименование компонента	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа	R h факторы R h фактор	Бастапқы мөлшері, мл

Реттік № Порядковый №		(марка, штрих-код и др.)	и м я , отчество донора		крови по системе AB0		Исходный объем, мл
1	2	3	4	5	6	7	8

Қ а н компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	ЖМП-ны еріту күні және режимі (t ⁰ С, уақыт,) Дата и режим разморажи- вания СЗП (t ⁰ С, время)	Вируста- зартылған ж а н а мұзда- тылған плазма Мөлшері / С а н ы , мл/доза Плазма свезамо- роженная вирусиак- тивиро- ванная Объем / Количество, мл/доза	Өндірістік жарамсыздық Производственный брак		Ө н і м қ а й д а жіберілді (бөлімше атауы) К у д а передана продукция (название отделения)	Ескертпе Примечание
			Мөлшері / С а н ы (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Жарамсыз- дыққа шығару себебі Причина брака		
9	10	11	12	13	14	15

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Денсаулық сақтау міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-4/е нысанды медициналық құжаттама		

Ұйымның атауы	Медицинская документация
Наименование организации	Форма № 413 - 4 / у
	утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан
	"23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Мүздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу

журналы

Журнал

учета производства эритроцитов замороженных

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
 " ____ " ____ басталды (начато) " ____ " ____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
1. Заполняется ответственным лицом
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Бастапқы эритроциттік компонентінің паспорты (л/ф жаңа алынған қан, л/ф эритроциттік масса, л/ф эритроциттік жүзінді және т.б.) Паспорт исходного эритроцитного компонента (кровь целная л/ф, эритроцитная масса л/ф, эритроцитная взвесь л/ф и др.)						
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество донора	Компонент атауы Наименование компонента	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Rh факторы Rh фактор	Бастапқы мөлшері, мл Исходный объем, мл
1	2	3	4	5	6	7	8

Қ а н компоненті қайдан кабылданды (бөлімше атауы) Откуда принят компонент крови (название отделения)	Алдын ала дайндау режимі (t ⁰ С, уақыт) Режим предвари- тельной подготовки (t ⁰ С, время)	I - ш і центри- фугалау режимі (t ⁰ С, уақыт, айналым) I-ый режим центрифу- гирования (t ⁰ С, время, обороты)	Алынған эритроциттік концентраты I I Полученный эритроцитный концентрат I I		I I - ш і центрифу- галау режимі (t ⁰ С, уақыт, айналым) I I-ой режим центрифу- гирования (t ⁰ С, время, обороты)	Криопротектор (а т а у ы , концентрациясы %, қолданған мөлшері мл) Криопротектор (наименование, концентрация %, использованный объем мл)
			Мөлшері, м л Объем, мл	Гематокрит, %		
9	10	11	12	13	14	15

Алынған эритроци концентраты I I Полученный эритроцитный концентрат I I		Мұз датылған Замороженные эритроциттер				
Мөлшері, м л Объем, мл	Гематокрит, %	Криопротектор / жалпы көлем % Криопротектор / о б щ и й объем %	Мөлшері, м л Объем, мл	Гематокрит %	Өнім коды К о д продукта	Мұздату t ⁰ С t ⁰ С замораживания
16	17	18	19	20	21	22

A4 форматы Формат A4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-5/е нысанды медициналық құжаттама
	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я форма № 413-5/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра

Ұйымның атауы	здравоохранения	Республики	Казахстан
Наименование организации	от "23" ноября 2010 года № 907		

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Сәуленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу
ж у р н а л ы
Ж у р н а л
учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады (заполняется ответственным лицом)

2. Компоненттің атауы шығарылатын өнім номенклатурасына сәйкес өзгертілуі мүмкін

(наименование компонента может быть изменено в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)

3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

(страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)

4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі

(ведется в электронном варианте и (или) на бумажных носителях)

Күні (дата)	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) (код продукции до облучения)	Сәйкес тік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) (код продукции после облучения)	АВО жүйесі бойынша қан тобы (группа крови по системе ABO)	R h фактор (Rh фактор)	Қ а н компоненті қайдан қабылданды (бөлімше атауы) (откуда принят компонент крови, название отделения)	Емшараға дейінгі мөлшері (объем до процедуры)	Сәуленген қан* және оның жасу		
							Жуылған лейко филтрленген эритроцит те р (эритроциты отмытые лейкофилтрованные)		Лейкофилт м а с с а (эритроцит лейкофилт)
							д	мл	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" № 907 бұйрығымен бекітілген № 413-6/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская документация Ф о р м а № 4 1 3 - 6 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907			

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу
журналы
Журнал
учета производства фибринового клея из дозы донорской
ПЛЗМЫ

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
 " " _____ басталды (начато) " " _____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
1. Заполняется ответственным лицом
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Реттік № Порядковый №	Жаңа мұздатылған плазманың паспорты (карантинделген) П а с п о р т плазмы свежемороженой (карантинизированной)					Жаңа мұзда- тылған плазма қайдан қабылданды (бөлімше атауы) Откуда принята плазма свежеза- мороженная (название отделения)	ЖМП-ны еріту күні мен режимі (t ⁰ С, уақыты) Дата и режим (t ⁰ С, время) размора- живания СЗП
	Дайындау күні Дата заготовки	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	А В О жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	R h факторы R h фактор	ЖМП-ң бастапқы мөлшері (мл/доза) Исходный объем СЗП (мл/доза)		
1	2	3	4	5	6	7	8

Алынған плазманың туындылары (компоненттері) мұздатылған Полученные дериваты (компоненты) плазмы заморожены							
Ф и б р и н (карантинделген) Ф и б р и н о в ы й (карантинизированный)				ж е л і м і к л е й Супернатантты плазма (карантинделген) Плазма супернатантная (карантинизированная)			
Криопреципитат: Мөлшері / С а н ы (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Тромбин: Мөлшері / С а н ы (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Мұздату режимі (t ⁰ С, уақыты) Режим замораживания (t ⁰ С, время)	Өнім қайда жіберілді (бөлімше атауы) Куда передан продукт (название отделения)	Мөлшері / С а н ы (мл/доза) Объем / Количество (мл/доза)	Өнім қайда жіберілді Куда передан продукт		
					Бөлімше атауы Название отделения	Бактериологиялық зерттеу Бактериологическое исследование	Сапа бақылауы Контроль качества
9	10	11	12	13	14	15	16

Өндірістік Производственный брак		ж а р а м с ы з д ы қ	Ескертпе Примечание
Компонент атауы Наимено- вание компонента	Мөлшері / Саны (мл/доза) О б ь е м / Количество (мл/доза)	Жарамсыздыққа шығару себебі Причина брака	
17	18	19	20

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Денсаулық сақтау Министерство Республики Казахстан	Республикасы министрлігі здравоохранения	Қазақстан министрінің 2010 жылғы № 907 бұйрығымен № 413-7/е нысанды медициналық құжаттама	Республикасы міндетін "23" қарашадағы бекітілген	Денсаулық сақтау атқарушының	
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская Ф о р м а утверждена здравоохранения "23" ноября 2010 года № 907	№ приказом Республики Казахстан	4 1 3 - 7 / у и.о. министра	документация

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процесін тіркеу
журналы
Журнал
регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее
дериватов**

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
 " " басталды (начато) " " аяқталды (окончено)

1. Жауапты тұлға толтырады 1. Заполняется ответственным
 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, л и ц о м
 м ө р м е н 2. Страницы должны быть пронумерованы,
 және ұйым басшысының қолымен бекітілуі прошнурованы, скреплены печатью и подписью
 тиіс руководителя организации

Реттік Порядковый №	Мұздату күні Д а т а замораживания	Өнім атауы Наименование продукта	Сәйкестік нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы баскасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Өнімнің мөлшері, мл Объем продукта, мл
1	2	3	4	5

Мұздату Режим замораживания			режімі		Ескертпе. Техниктің қ о л ы Примечание. Подпись техника
t ⁰ C	Басталуы, сағат, минута Начало, час, минута	Аяқталуы, сағат, минута Конец, час, минута	Аппараттың № және а т а у ы № и наименование аппарата	Өнім қайда жіберілді и Куда передан продукт	
6	7	8	9	10	11

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 414/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра Республики 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 414/у приказом здравоохранения Казахстан

Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

производства криоконсервированных компонентов крови

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Бөлімшенің жауапты тұлғасы лицом отделения то л т ы р а д ы
2. Журналда көрсетілмеген қан крови, не указанных в журнале, компоненттерін дайындаған кезде добавляется графа в тиісті бөлімдерге баған қосылады соответствующие разделы
3. Журнал беттері нөмірленуі, 3. Страницы должны быть тігілуі, мөрмен және ұйым басшысыны пронумерованы, прошнурованы, қолымен бекітілуі тиіс скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р-к № № п/п	Сәйкестендіру нөмірі (таң басы, штрих-коды және б а с қ а) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Донордың тегі, аты, әкесінің а т ы Фамилия, имя, отчество донора	АВО жүйесі бойынша қан т о б ы Группа крови по системе АВ0	Rh –факторы Rh –фактор	Қ а н компоненттерін дайындау күні Дата заготовки компонента крови
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Криоконсервіленген					
Криоконсервирование					

Қ а н компонент- терінің атауы Наименование компонента крови	Мөлшері (мл) Количество(мл)	Криопро- тектор саны, литр Количество криопро- тектора в литрах	Мұздату күні Д а т а замораживания	Сактау орны ж ә н е контейнердің № № контейнера и место его хранения	Жауапты тұлғаның ТАӘ ФИО ответствен- ного лица	Еріген күні Дата размора- живания
7	8	9	10	11	12	13

продолжение таблицы

Ш а ю Процедура отмывания			р ә с і м і Өлшейтін ерітінді Взвешивающий раствор		Жасуша жүзіндісінің соңғы көлемі (мл/доз) Конечный объем взвеси клеток (мл/доз)	Жауапты тұлғаның ТАӘ Ф И О ответствен- ного лица
Әдісі (қолмен/ аппаратпен) Метод (ручной/ аппаратный)	Ш а ю ерітінді- сінің атауы Название отмывающего раствора	Ш а ю ерітіндісінің мөлшері литр Количество отмывающего раствора в литрах	Атауы Название	Саны, литр Количество в литрах		
14	15	16	17	18	19	20

продолжение таблицы

Компоненттер қайда берілді Куда передан компонент			Өндірістік жарамсыздық Производственный брак			Ескертпе Примечание
Қ а й д а (бөлімше, блок атауы) Куда (название отделения, блока)	Уақыты, күні Время, дата	Жөнелтпе № № накладной	Компоненттің атауы Наименование компонента	саны (мл/доз.) Количество (мл/доз)	Себебі причина	
21	22	23	24	25	26	27

Форма

А4 форматы

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 415/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 415/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации компонентов крови, находящихся на временном
изолированном хранении

20 ____ жылғы (года) " ____ " ____ басталды (начато)	20 ____ жылғы (года) " ____ " ____ аяқталды (окончено)
1. Қан компоненттерін уақытша сақтау, жарамсыздыққа шығару және паспорттауға жауапты тұлға толтырады	1. Заполняется лицом, ответственным за временное хранение, выбраковку и паспортизацию компонентов крови
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № № п/п	Донордың Т А Ә ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (танбасы, штрих-коды және басқа) Идентифика- ционный номер (марка,	Дайындау күні Дата заготовки	Тестілеу күні Дата тестирования	Уақытша оқшаулауға салынған к ү н Д а т а	Кешіктірілген компоненттерінің мөлшері, _____ мл. Количество задержанных компонентов мл.	
						Эритроциттік м а с с а	эритроциттік жүзінді

		штрих-код и др.)			закладки на временное изолированное	Эритроцитная масса,	Эритроцитная взвесь
1	2	3	4	5	6	7	8

Кешіктірілген компоненттерінің мөлшері, мл. Количество задержанных компонентов в мл.				Кешіктірудің себебі Причина задержки
Карантиндеуден жаңа мұздатылған плазма плазма свежемороженная из карантинизации,	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная	Жаңа алынған канның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови		
9	10	11	12	

Зерттеудің түпкілікті нәтижесі, күні Окончательный результат исследования, дата	Компонент қайда жіберілді (кәдеге жаратуға, препараттарға) Күде передан компонент (на утилизацию, на препараты)	Берілген күні Дата передачи	Есептен шығару актісінің нөмірі Номер акта списания	Есептен шығару күні Дата списания
13	14	15	16	17

форматы А4

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен бекітілген № 416/е медициналық құжаттама	нысанды
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра Республики 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 416/у приказом здравоохранения Казахстан

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ЕРІТІНДІЛЕР БӨЛМЕСІНІҢ ЖҰМЫСЫН ЕСЕПКЕ АЛУ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ УЧЕТА РАБОТЫ РАСТВОРНОЙ

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Ерітінділерді дайындау барысында фармацевт толтырады.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс.
1. Заполняется фармацевтом по мере изготовления растворов
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Күні Дата	Ерітіндінің атауы Наименование раствора	Ерітінді құрамы Состав раствора	Бастапқы реактивтердің деректері (сериясы, талдау №, шығарған зауыт және т.б.) Паспортные данные исходных реактивов (серия, № анализа, завод-изготовитель и т.д.)	Ерітінді сериясының № № серии раствора
1	2	3	4	5

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 417/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның Наименование организации	атауы	Медицинская документация Ф о р м а № 4 1 7 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Медициналық ұйымдардың трансфузия ортасына берген

өтінімдерін есепке алу журналы

Журнал

учета заявок медицинских организаций на трансфузионные сред

20__ жылғы (года) " ____ " _____ басталды (начат)

20__ жылғы (года) " ____ " _____ аяқталды (окончен)

1. Емдеу-профилактикалық ұйымдардан 1. Заполняется ответственным лицом по мере деректердің келіп түсу барысында поступления сведений из лечебно-жауапты адам толтырады. профилактических организаций.
2. Беттер нөмірленуі, тігілуі, мөрмен 2. Страницы должны быть пронумерованы, және ұйым басшысының қолымен бекітілуі прошнурованы, скреплены печатью и подписью т и і с руководителя организации.
3. Электрондық және қағаз 3. Допускается в электронном варианте и на тасымалдауышта болуы мүмкін бумажных носителях

Р/с № № п/п	Күні Дата	Өтінімнің келіп түскен уақыты Время поступления заявки		МҰ атауы және дәрігердің тегі Наименование МО и фамилия врача	Өнімге өтінім берілетін науқастың тегі, жасы және диагнозы Фамилия, возраст и диагноз больного на которого заявляется продукция	Өтінім берілген орталардың атауы Наименование заявленных сред мл, доза		
		Шұғыл (уақыты) Экстренная (время)	Жоспарлы (уақыты) Плановая (время)			Ортаның атауы Наименование среды	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВО	Резус-тиістілігі Резус-принадлежность
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Өнім берілген өнімнің саны Количество заявленной продукции	Жіберілген өнімнің көлемі Количество отпущенной продукции	Жіберілген уақыты Время отправления	Орындаушының тегі, қолы Фамилия исполнителя, роспись	Ескертпе Примечание
10	11	12	13	14

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО _____	б о й ы н ш а ұ ы ы м коды
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Денсаулық сақтау атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 418/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ ы ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская документация Ф о р м а № 4 1 8 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығы бойынша есептен шығаруды тіркеу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

регистрации списания крови и ее компонентов по браку

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" " басталды (начато) " " аяқталды (окончено)

1. Қан компоненттерін жарамсыздыққа шығаруға, паспорттауға жауапты адам толтырады
 2. 6-29-бағандар бойынша қорытынды күнде шығарылады
 3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін өндіргенде тиісті бөлімшелерге баған қосылады
 4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының мөрімен және қолымен бекітілуі тиіс
1. Заполняется ответственным лицом, ответственным за выбраковку и паспортизацию компонентов крови
 2. Ежедневно подводится итог по графам 6 - 2 9
 3. При производстве компонентов крови, не указанных в журнале, добавляется графа в соответствующие разделы
 4. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р / с № п/п	Донордың Т. А. Ә. ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика- ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки	Тестілеу күні Дата тестирования
1	2	3	4	5

Себептер бойынша есептен шығару				Количество списания (мл/доз) по причине			
АИТВ 1,2 ВИЧ 1,2				HBsAg			
Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Ж а ң а мұздатылған плазма Плазма свежемороженная	Ж а ң а алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Ж а ң а мұздатылған плазма Плазма свежемороженная	Ж а ң а алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
6	7	8	9	10	11	12	13

Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.)					
Количество списания (мл/доз) по причине					
Lues					
Ж а ң а мұздатылған плазма Плазма свежемороженная	Ж а ң а алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	Ж а ң а мұздатылған плазма Плазма свежемороженная	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови
16	17	18	19	20	21

Себептер бойынша есептен шығарудың саны (мл/доз.)					
Количество списания (мл/доз) по причине					
П Т Р				Басқа себептер	
ПЦР				Другие причины	
Эритроциттік масса		Ж а ң а мұздатылған плазма Плазма	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер	Эритроциттік масса	Эритроциттік жүзінді

Эритроцитная масса	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	свежезамороженная	Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови	Эритроцитная масса	Эритроцитная взвесь
22	23	24	25	26	27

Себептер с а н ы Количество причине	бойынша списания	есептен (мл/доз)	шығарудың (мл / до з .) по	Компонент қайда жіберілді К у д а направлен компонент	Жауапты адамның қ о л ы Подпись ответственного лица
Б а с қ а Другие причины			с е б е п т е р		
Ж а ң а мұздатылған п л а з м а П л а з м а свежезамороженная	Ж а ң а алынған қ а н н ы ң дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные д о з ы ц е л ь н о й крови	Есептен шығару актісінің нөмірі Номер акта списания	Есептен шығару күні Д а т а списания		
28	29	30	31	32	33

Форма

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	К Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО _____	б о й ы н ш а ұ й ы м коды
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен № 418-1/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская документация Ф о р м а № 418 - 1 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907	

Қан компоненттерін саластырмалы жарамсыздығы бойынша тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации компонентов крови по относительному браку

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Формат А3

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 419/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 419/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Карантиндеудегі _____ плазманы тіркеу
плазманың түрі
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
Регистрации _____ плазмы находящейся на
карантинизации вид плазмы

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

Тоңазытқыш пен сөренің № № холодильника и полки	Карантиндеуге қойылған күні Дата закладки на карантинизацию	Донор таң басының нөмірі Номер марки донора	Донордың ТАӘ (толық) ФИО донора (полностью)	Қан тобы Группа крови	Резус тиістілігі Резус принадлежность	Плазма мөлшері Количество плазмы (л)
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Контейнерлер саны Количество контейнеров	Карантиндеу аяқталған күні Дата конца карантинизации	Донорды бақылауға тексеру нәтижелері мен күні Результаты контрольного обследования донора и дата						Б е р і л д і Выдано			Ескертпе Примечание
		АИТВ ВИЧ	HCv	HBsAg	ме- рез сифи- лис	*	*	Күні дата	Плазма мөлшері количество плазмы (л)	Кайда (бөлімше) куда (отделение)	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Ескертпе (Примечание): 1. Журнал плазманың әр түріне жеке жүргізіледі

(Журнал ведется на каждый вид плазмы отдельно)

2. Зерттеудің басқа түрлері (Другие виды исследования).

A5 форматы

Формат A5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 420/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 420/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Карантиндеудегі _____ плазманың кірісі мен

шығысының плазманың түрі

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

прихода и расхода _____ плазмы находящейся

на карантинизации вид плазмы

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

Күні Дата	Қан тобы Группа крови	Қалдық (л), (күні, айы, жылы) Остаток (л) (день, месяц, год)	Кіріс (л) Приход (л)	Барлығы (л) Всего (л)	Шығыс (л) Расход (л)	Қалдық (л) Остаток (л)
	О (I)					
	А (II)					
	В (III)					
	AB (IV)					
	Барлығы (Всего)					

Ескертпе (Примечание): 1. Журнал плазманың әр түріне жеке жүргізіледі

(Журнал ведется отдельно на каждый вид плазмы)

A5 форматы

Формат A5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 421/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 421/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

ТРАНСФУЗИЯЛЫҚ ЗАТТАРҒА АҚЫЛЫ НЕМЕСЕ ТЕГІН НЕГІЗДЕГІ ӨТІНІМ

ЗАЯВКА НА ТРАНСФУЗИОННЫЕ СРЕДЫ НА ПЛАТНОЙ ИЛИ БЕСПЛАТНОЙ ОСНОВЕ

Тапсырыс берілген күн (Дата заказа) 20__ жылғы(года) " __ " _____

Р / с № п/п	Трансфузиялық заттың атауы Наименование трансфузионной среды	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Резус - тиістілігі Резус - принадлежность	Өлшем бірлігі Единица измерения	Мөлшері Количество	Орындалу мерзімі С р о к исполнения
1	2	3	4	5	6	7

№ 421/е-н. артқы беті

Оборотная сторона ф.421/у

Р / с № п/п	Трансфузиялық заттың атауы Наименование трансфузионной среды	ABO жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Резус - тиістілігі Резус - принадлежность	Өлшем бірлігі Единица измерения	Мөлшері Количество	Орындалу мерзімі С р о к исполнения
1	2	3	4	5	6	7

МО

(МП)

Тапсырыс берген

(ақылы негізде болса, бас дәрігер немесе

оның орынбасарының қолы керек) _____

(подпись)

(Заказ сделал қолы

(на платной основе за подписью главного

врача или его заместителя))

Тапсырысты қабылдап алған (Заказ принял) _____

қолы (подпись)

А 4	форматы	БСН	бойынша	ұйым	коды	_____
Формат А4		Код организации по БИН	_____			

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 422/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу
Ж у р н а л ы
Ж у р н а л
учета выдачи крови и клеточных компонентов - эритроцитов

20____ жылғы(года) " ____ " _____ 20____ жылғы(года) " ____ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады (Заполняется ответственным лицом)
2. Компоненттің атауы шығарылатын өнім номенклатурасына сәйкес өзгертілуі мүмкін

(Наименование компонента может быть изменено в соответствии с номенклатурой выпускаемой продукции)

3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

(Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)

4. Электрондық нұсқада және (немесе) қағаз тасымалдауышта жүргізіледі

(Ведется в электронном варианте и (или) на бумажных носителях)

Р/с № п/п	Өнімнің коды (код продукции)	Донациялау коды (код донации)	Дайындау күні (дата заготовки)	Берілген күні және жүкқұжаттың нөмірі (дата выдачи и номер накладной)	Медициналық ұйымдар (медицинские организации)	Көлемі (объем)
1	2	3	4	5	6	7
Компоненттің атауы (наименование компонентов)						
АВО жүйесі бойынша қан тобы, резус тиістілігі (группа крови по системе АВО, резус принадлежность)						

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
списания компонентов крови в отделении выдачи продукции

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Дайын өнімді беру бөлімшесінің жауапты тұлғасы толтырады п р о д у к ц и и

2. Журнал беттері нөмірленуі, 2. Страницы должны быть тігілуі, мөрмен және ұйым пронумерованы, прошнурованы, басшысының қолымен бекітілуі тиіс скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р - с № п/п	Есептен шығару күні Дата списания	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Қан компонентінің атауы Наименование компонента крови	Компонент мөлшері л / д о з а Объем компонента в л/дозах
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Дайындау күні Дата заготовки	Жарамдылық мерзімі Годен до	Есептен шығару себебі Причина списания	Есептен шығару актінің № а к т а списания	Компонент қайда жіберілді Куда направлен компонент	Жауапты тұлғаның ТАӘ, қолы Ф И О ответственного лица, подпись

6	7	8	9	10	11

Форма

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 2 2 - 2 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета выдачи плазмы и криопреципитата

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " ____ басталды (начато) " ____ " ____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады 1. Заполняется ответственным лицом
2. Әр баған бойынша медициналық 2. Ежедневно по каждой графе подводится итог, ұйымның есеп шотына енгізілетін который заносится в лицевой счет медицинской корытынды күн сайын шығарылады о р г а н и з а ц и и
3. Журналда көрсетілмеген қан 3. При производстве продуктов крови, не компоненттерін өндіру кезде тиісті указанных в журнале, добавляется графа в бөлімдерге баған қосылады. соответствующие разделы
4. Журнал беттері нөмірленуі, 4. Страницы должны быть пронумерованы, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының прошнурованы, скреплены печатью и подписью қолымен бекітілуі тиіс руководителя организации
5. Электрондық және қағаз 5. Допускается в электронном варианте и на тасымалдауышта болуы мүмкін бумажных носителях

Р/с № п/п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың накладной	№ Медициналық ұйымның атауы Наименов ание медицинской организации	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	R h факторы R h фактор	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентифика- ционный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау күні Дата заготовки
1	2	3	4	5	6	7	8

Компоненттің атауы (саны, мл/дозы)					
Наименование компонента (количество мл/дозы.) ПЛАЗМА					
Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо- роженная	Карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо- роженная карантини- зированная	Лейкофилтрленген, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо- роженная лейкофилтрованная, карантинизированная	Лейкофилтр- ленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо- роженная лейкофилт- рованная	Вируста- зартылған жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо- роженная вирусиак- тивированная	Аферездік жаңа мұздатылған плазма Плазма свежезамо- роженная аферезная
9	10	11	12	13	14

Компоненттің атауы (саны, мл/дозы)				
Наименование компонента (количество мл/дозы.) ПЛАЗМА				
Аферездік, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная, карантинизированная	Аферездік, лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная лейкофилтровка	Плазма свежемороженная аферезная вирусинакти- вированная	Иммундық жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная иммунная	Иммундық, лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная иммунная лейкофилтровка
15	16	17	18	19

Компоненттің атауы (саны, мл/дозы)				
Наименование компонента (количество мл/дозы.) ПЛАЗМА				
Иммундық, карантинделген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная иммунная, карантинизированная	Карантинделген, супернатантты плазма Плазма супернатантная карантинизированная	Супернатантік плазма Плазма супернатантная	Криопреципитат	Карантинделген криопреципитат Криопреципитат карантинизированный
20	21	22	23	24

Форма

А4 форматы

Формат А4

		ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды		
		Код организации по ОКПО _____		
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасы министрінің міндетін	Денсаулық сақтау атқарушының	2010

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	жылғы " 23 " қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 2 2 - 3 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Жасушалық қан компоненттерін – тромбоциттерді, лейкоциттерді беруді есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета выдачи клеточных компонентов крови – тромбоцитов, лейкоцитов

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" " ____ басталды (начато) " " ____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады 1. Заполняется ответственным лицом
2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның 2. Ежедневно по каждой графе подводится есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын итог, который заносится в лицевой счет ш ы ғ а р ы л а д ы медицинской организации
3. Журналда көрсетілмеген қан 3. При производстве продуктов крови, не компоненттерін өндіру кезде тиісті указанных в журнале, добавляется графа в бөлімдерге баған қосылады. соответствующие разделы
4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, 4. Страницы должны быть пронумерованы, мөрмен және ұйым басшысының қолымен прошнурованы, скреплены печатью и бекітілуі т и і с подписью руководителя организации
5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта 5. Допускается в электронном варианте и болуы мүмкін на бумажных носителях.

Р/с №№ п/п	Күні Дата	Жөнетпе құжаттың № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наимено- вание медицинской организации	ABO жүйесі бойынша қан т о б ы Группа крови по системе ABO	Rh-факторы Rh-фактор	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындау к ү н і Д а т а заготовки
1	2	3	4	5	6	7	8

Компонеттің атауы (саны, мл/доз)		ТРОМБОЦИТТЕР		
Наименование компонента (количество мл/доз) ТРОМБОЦИТЫ				
Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельноц крови	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельноц к р о в и лейкофилтрованные	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельноц к р о в и вирусинакти- вированные	Қалыптасқан, біріктірілген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные
9	10	11	12	13

Компонеттің атауы (саны, мл/доз)		ТРОМБОЦИТТЕР		
Наименование компонента (количество мл/доз) ТРОМБОЦИТЫ				
Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные, вирусинакти- вированные	Аферездік тромбоциттер Тромбоциты аферезные	Аферездік, лейкофилтрлен- ген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофилтро- ванные	Афуруздік, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные вирусинакти- вированные	Аферездік, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофилтрованные, вирусинакти- вированные
14	15	16	17	18

Компонеттің атауы (саны, мл/доз)	ТРОМБОЦИТТЕР					
Наименование компонента (количество мл/доз)	ТРОМБОЦИТЫ					
Аферездік, лейкофилтрленген, сәулеленген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофильтрованные, облученные			Лейкоциттік масса Лейкоцитная масса	Сәулеленген лейкоциттік масса Лейкоцитная масса облученные		
19	20	21	22	23	24	25

Форма

A4 форматы

Формат A4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422-4/у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (

вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ

учета выдачи стандартных диагностикумов

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " ____ басталды (начато) " ____ " ____ аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады
2. Әр баған бойынша медициналық ұйымның есеп подводится итог, который заносится в шотына енгізілетін қорытынды күн сайын лицевой счет медицинской организации шығарылады
3. Журналда көрсетілмеген қан компоненттерін не указанных в журнале, добавляется өндіру кезде тиісті бөлімдерге баған қосылады графа в соответствующие разделы
4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен 4. Страницы должны быть пронумерованы, және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс прошнурованы, скреплены печатью и
5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы подписью руководителя организации мүмкін
1. Заполняется ответственным лицом
2. Ежедневно по каждой графе
3. При производстве продуктов крови,
5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

Р/с № п/п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	Өнімнің атауы СТАНДАРТТЫ ДИАГНОСТИКУМДАР Наименование продукта СТАНДАРТНЫЕ ДИАГНОСТИКУМЫ					
				Изогемоглобинурия с а р ы с у (м л) Изогемоглобинурирующая сыворотка (мл)	Эмбебаб реагент (м л) Универсальный реагент (мл)	Цоликлондар Цоликлоны (мл)			
						Анти А	Анти В	Анти АВ	D супер резус
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Өнімнің атауы ДИАГНОСТИКУМДАР Наименование продукта ДИАГНОСТИКУМЫ			СТАНДАРТТЫ СТАНДАРТНЫЕ		Жинақ Номер	нөмірі комплекта	Серия № серии	Өндіруші Изготовитель

Желатин 10 % (флакон)	Полиглюкин 33%	Стандартты эритроциттер Стандартные эритроциты			
11	12	13	14	15	16

Форма

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 422-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 422 - 5 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Қан препараттардың босатуды есепке алу
ЖУРНАЛЫ**

ЖУРНАЛ

учета выдачи препаратов крови

20____жылғы(года) 20____жылғы(года)
" " _____басталды (начато) " " _____аяқталды (окончено)

1. Жауапты адам толтырады

2. Өр баған бойынша медициналық ұйымның есеп шотына енгізілетін қорытынды күн сайын итог, который заносится в лицевой счет

3. Журналда көрсетілмеген кан компоненттерін өндіру кезде тиісті указанных в журнале, добавляется графа в бөлімдерге баған қосылады соответствующие

4. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен прошнурованы, скреплены печатью и бекітілуі тиіс подписью руководителя организации

5. Электрондық және қағаз тасымалдауышта болуы мүмкін
1. Заполняется ответственным лицом

2. Ежедневно по каждой графе подводится

3. При производстве продуктов крови, не

4. Страницы должны быть пронумерованы,

5. Допускается в электронном варианте и на бумажных носителях.

Р/с № п/п	Күні Дата	Жөнелтпе құжаттың № накладной	Медициналық ұйымның атауы Наименование медицинской организации	Серия № серии	Өндіруші изготовитель	Альбумин ерітіндісі (саны, мл) Раствор Альбумина (количество, мл)		
						5%	10%	20%
1	2	3	4	5	6	7	8	

Ампулалар (дана)			
Қанның басқа препараттары Иммуноглобулин Антирезус	Иммуноглобулин Антирезус	Адам имуноглобулині қалыпты Иммуноглобулин человека нормальный	Стафилококкка қарсы имуноглобулин Антистафиллококковий имуноглобулин
9	10	11	12

Форма

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 423/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 2 3 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және
каналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесі бойынша қозғалысын
есепке алу ведомосы**

Ведомость

**учета движения крови, ее компонентов, препаратов и
кровезаменителей по отделению выдачи продукции**

20 ____ жылғы (год)

" " _____ үшін (за)

1. Жауапты адам толтырады 1. Заполняется ответственным лицом
2. Ведомоста көрсетілмеген қан 2. При производстве продуктов крови, не компоненттерін өндіру кезде тиісті указанных в ведомости, добавляется графа в бөлімдерге баған қосылады соответствующие разделы
3. Электрондық және қағаз тасымалдауышта 3. Допускается в электронном варианте и на болуы мүмкін бумажных носителях.

Р/с № п/п	Ортаның Наименование сред атауы	Өлшем бірлігі Единица измерения	К ү н басындағы қалдық Остаток на начало дня	К і р і с Приход		
				Алынғанның барлығы Всего получено	Оның ішінде В том числе	
					Қ О бөлімдерінен (ҚҚБ) Из отделов ЦК (ОПК)	Басқа ұйымдардан Из других организаций
1	2	3	4	5	6	7
1	Жаңа алынған лейкофилтрленген қ а н Кровь цельная лейкофильтрованная	мл/доз				
2	Эритроциттік масса Эритроцитная масса	мл/доз				
3	Лейкофилтрленген эритроциттік м а с с а Эритроцитная масса лейкофильтрованная	мл/доз				
4	Эритроциттік жүзінді Эритроцитная взвесь	мл/доз				
5	Лейкофилтрленген эритроциттік ж ү з і н д і Эритроцитная взвесь лейкофильтрованная	мл/доз				
6	Жуылған эритроциттер Отмытые эритроциты	мл/доз				
7	Жуылған, лейкофилтрленген эритроциттер Отмытые эритроциты лейкофильтрованные	мл/доз				
8	Лейкоциттік масса Лейкоцитная масса	мл/доз				
9	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан тромбоциттер	мл/доз				

	Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови					
10	Жаңа алынған қанның дозасынан қалыптасқан, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные из дозы цельной крови лейкофилтрованные	мл/доз				
11	Аферездік, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты аферезные лейкофилтрованные	мл/доз				
12	Аферездік, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты аферезные вирусиактивированные	мл/доз				
13	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные	мл/доз				
14	Қалыптасқан, біріктірілген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, вирусиактивированные	мл/доз				
15	Қалыптасқан, біріктірілген, лейкофилтрленген, вирустазартылған тромбоциттер Тромбоциты, восстановленные, пулированные, лейкофилтрованные вирусиактивированные	мл/доз				
16	Жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная	мл/доз				
17	Плазма свежемороженная карантинизированная	мл/доз				
18	Лейкофилтрленген жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная лейкофилтрованная	мл/доз				
19	Карантинделген, лейкофилтрленген плазма Плазма карантинизированная лейкофилтрованная	мл/доз				
20	Иммундық, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная иммунная	мл/доз				
21	Аферездік, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная	мл/доз				

22	Аферездік, карантинделген, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная, карантинизированная	мл/доз				
23	Аферездік, лейкофилтрленген, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная, лейкофилтрованная	мл/доз				
24	Аферездік, вирустазартылған, жаңа мұздатылған плазма Плазма свежемороженная аферезная, вирусиактивированная	мл/доз				
25	Криопреципитат	доз				
26	Карантинделген криопреципитат Криопреципитат карантинизированные	доз				
27	5 % Аальбумин	мл/доз				
28	10 % альбумин	мл/доз				
29	20 % альбумин	мл/доз				
30	Адамның қалыпты иммуноглобулинi Иммуноглобулин человека нормальный	мл/доз				
31	Антистафилакокк иммуноглобулинi Антистафилококковый иммуноглобулин	мл/доз				
32	Антирезус иммуноглобулинi Иммуноглобулин антирезус	мл/доз				
33	Қан тобын анықтауға (ABO) арналған стандартты сарысу (гемосарысулар) Стандартная сыворотка для определения группы крови (ABO) (гемосыворотки)	мл				
34	Резус-факторды анықтауға арналған стандартты сарысу (эмбебап реагент) Стандартная сыворотка для определения резус фактора (универсальный реагент)	мл				
35	Полиглюкин - 33 %	мл				
36	Цоликлондар Цоликлоны	мл				
37	Желатин - 10 % - 10 мл	мл				
38	Фибрин желімі Фибринный клей	мл/доз				
39						
40						
41						
42						

[illegible]

истечения десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан компоненттерін есептен шығару туралы
А к т і н і ң №
А к т №
списания компонентов крови

20____ жылғы(года) " ____ " _____

Жарамсызқан компоненттерііріктепалуғажауаптыадамның Т.А.Ә.(болған жағдайда), қан дайындау бөлімінің дәрігері Т.А.Ә.(болған жағдайда)зерттеуші Т.А.Ә.(болған жағдайда), бухгалтердің Т.А.Ә.(болған жағдайда)қатысуларыменқан компоненттерінкелесіүлгілерііріктепалынды(В присутствии ответственного за выбраковку компонентов крови Ф.И.О.(при наличии), врача отделения заготовки крови Ф.И.О.(при наличии), лаборанта Ф.И.О.(при наличии), бухгалтера Ф.И.О.(при его наличии)произведено изъятие следующих образцов компонентов крови):

Р/с № п /п	Донация коды (код донации)	Донордың Т.А.Ә.(болған жағдайда) Ф.И.О. (при наличии) до н о р а	Қан тобы, R h Группа крови,Rh	Қ а н компоненттерінің а т а у ы Название компонента крови	Мөлшері (мл) Кол-во (мл)	Дайындалған к ү н Д а т а заготовки	Жарамсыздық себебі Причина изъятия
1	2	3	4	5	6	7	8

Барлығы мөлшер (итогов дозах), көлемі (объем)

Барлығы /всего:

Қан компоненттерінің атауы мөлшер/көлемі

Название компонента крови дозы/объем

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при его наличии) _____
/ _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____ / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О. (при наличии) _____ / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

Т.А.Ә.(болған жағдайда)/Ф.И.О.(при наличии) _____ / _____

Жауапты тұлға/ответственное лицо қолы/подпись

А 4 Формат А4	форматы	БСН	бойынша	ұйым	коды	_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Код организации по БИН _____				
		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425/е нысанды медициналық құжаттама				
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Форма № 425/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907				

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 425/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы
Журнал регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1 .
Журналдыңандытестілеузертханасындажәнетрансфузиялықинфекциясызертханасындатіркеушітолтырады
Журнал заполняется регистратором в отделе лабораторного тестирования крови
2. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін
Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе.

Материалдың келіп түскен күні Дата поступления образцов	Материалды зертханаға жеткізу уақыты (Время доставки образцов в лабораторию)	Бастап__ дейінгі зертханалық нөмір (Лабораторной мере)	Кодбойыншаүлгілердіңсаны Количество образцов по кодам	Контингент коды (Код контингента)	Үлгілер жеткізілген бөлімшелер (Отделение , откуда доставлены образцы)	Ескертпе (Примечание)
1	2	3	4	5	6	7

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы Журнал регистрации первичного лабораторного обследования доноров

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады	1. Журнал заповняется ответственным лицом лаборатории
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р - с № П-п	Зерттеу күні Дата исследования	ТАӘ ФИО	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және басқа) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0

1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Резус-факторы Резус-фактор	Келл - антиген	Гемоглобин г/л	Жауапты тұлғаның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпе Примечание
6	7	8	9	10

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

**Донор қанының биохимиялық және клиникалық
зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы
Журнал регистрации результатов биохимических и
клинических исследований донорской крови**

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 2 5 - 3 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

**МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін
тіркеу
журналы
Журнал
регистрации результатов иммуногематологических исследований
крови, поступившей из МО**

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " ____ басталды (начато) " ____ " ____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы 1. Журнал заполняется ответственным лицом
т о л т ы р а д ы л а б о р а т о р и и

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, 2. Страницы должны быть пронумерованы, мөрмен және ұйым басшысының қолымен прошнурованы, скреплены печатью и подписью бекітілуі тиіс
руководителя организации

Р/с № п/п	Түскен к ү н і Д а т а поступления	Науқастың тегі, аты, әкесінің аты Фамилия, имя, отчество больного	Жасы Возраст	МҰ атауы Наименование МО	Диагнозы Диагноз	Түскен кездегі қан т о б ы Группа крови п р и поступлении
1	2	3	4	5	6	7

Түскен кездегі қан тобы Группа крови при поступлении	Резус тиістілігі Резус принад- лежность п р и поступлении	Талдаулардың атауы мен нәтижесі Наименование анализа и результат				Ескертпе Примечание
		Қан тобы Группа крови	Резус тиістілігі Резус принад- лежность (фенотип)	Антидененің болуы (титрі) Наличие антител (титр)	Жауапты адамның к о л ы Подпись ответственного	
7	8	9	10	11	12	13

Форма

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-4/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация	Форма № 4 2 5 - 4 / у
	утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы Журнал изготовления стандартных (консервированных) эритроцитов

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" " _____ басталды (начато) " " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады. 1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым жетекшісінің мөрі және колымен бекітілуі тиіс. 2. Страницы должны быть пронумерованы, скреплены печатью и и подписью руководителя организации.

Сериясы Серия	Дайындау күні Дата изготовления	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Қайдан келіп түсті Откуда получено	А В О жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Фенотипі Фенотип	Агглютинабельдігі Агглютинабельность	А , В агглютиногендерінің титрі Титр агглютиногенов: А,В
1	2	3	4	5	6	7	8

Қан (эритроциттік масса және т.б) көлемі-мл Объем крови (эритроцитной массы и т.д) - мл			Консервант		Дайындалған стандартты (консервіленген) эритроциттер		Ескертпе Примечание	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
Жалпы Общий	Пайдаланған Использованный	Калдык Остаток	Сериясы Серия	Көлемі - мл Объем - мл	Көлемі - мл Объем - мл	Жарамдылық мерзімі Срок годности		
9	10	11	12	13	14	15	16	17

Форма

А4 форматы

Формат А4

		К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____	
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-5/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация Ф о р м а № 4 2 5 - 5 / у утверждена приказом и. о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра

здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін
тіркеу
журналы
Журнал
регистрации результатов иммуногематологических
исследований донорской крови

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" __ " ____ басталды (начато) " __ " ____ аяқталды (окончено)

1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
1. Журнал заполняется ответственным лицом в лаборатории отдельно на безвозмездных и платных доноров

2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Донордың Т А Ә ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және б а с қ а) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	АВО жүйесі бойынша қан т о б ы Группа крови по системе АВ0	Резус жүйесі бойынша антигендер ф е н о т и п і Фенотип антигенов по системе резус					
				D	d	C	c	E	e
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Эритроциттердің басқа антигендері Другие антигены эритроцитов Kell	Антиденелердің болуы Наличие антител (титр)	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпе Примечание
	Rh-Hr		
11	12	13	14

Форма

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 2 5 - 6 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы
Журнал регистрации индивидуального и специального подбора
донорской крови

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " _____ басталды (начато) " ____ " _____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
1. Заполняется ответственным лицом лаборатории
2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Күні Дата	Реципиент				
		ТАӘ ФИО	Диагнозы	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Резус жүйесі бойынша фенотипі Фенотип системы резус	Басқа антигендері Другие антигены
1	2	3	4	5	6	7

Донор			
ТАӘ ФИО	АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе АВ0	Резус жүйесі бойынша фенотипі Фенотип системы резус	Басқа антигендері Другие антигены
8	9	10	11

Реципиент қанын аллоиммундық эритроцитке қарсы антиденелердің бар-жоқтығына зерттеу Исследование крови реципиента на наличие аллоиммунных антиэритроцитарных антител					
АВО жүйесінің антиденелері Антитела системы АВ0		Резус жүйесінің антиденелері Антитела системы резус		C ₃ комплементінің компоненті Компонент комплемента C ₃	
әдістері методы		әдістері методы		әдістері методы	
	Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация		Автоматтандырылған колонналы немесе гельдік агглютинация		Автоматтанды - рылған колонналы немесе гельдік

Жазықтықта 10% унитиол қолдану Использование 10% унитиола на плоскости	ә д і с і Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации	НАГТ немесе 10% желатинді қолдану НАГТ и л и использование 10% желатины	ә д і с і Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации	НАГТ	агглютинация ә д і с і Автоматизиро- - ванный метод колонной или гелевой агглютинации
12	13	14	15	16	17

Реципиент пен донор қанының сәйкестігін тексеру Проба на совместимость крови реципиента и донора				Қорытынды Заключение	Трансфузиялық орта аты Наименование трансфузионной среды	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица
Резус жүйесінің сәйкестігі		АВО жүйесінің сәйкестігі				
Совместимость по системе резус		Совместимость по системе ABO.				
әдістері методы		әдістері методы				
НАГТ немесе 10 % желатинді колдану НАГТ и ли использование 10 % желатины	Автоматтан-дырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной или гелевой агглютинации	Тұзды ортада В солевой среде	Автоматтан ырылған колонналы немесе гельдік агглютинация әдісі Автоматизированный метод колонной и ли гелевой агглюти-нации			
18	19	20	21	22	23	24

A4 форматы

Формат A4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-7/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 425-7/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

A4 форматы

Формат A4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 425-8/у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти

календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы

Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
" ____ " ____ басталды (начато) " ____ " ____ аяқталды (окончено)

1. Журналды зертхананың жауапты адамы т о л т ы р а д ы .

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
1. Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории

2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Зерттеу күні Дата исследования	Донордың ТАӘ ФИО донора	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Жалпы акуыз, г/л Общий белок, г/л	АЛАТ ммольхсағ / л АЛАТ ммоль х час/л	Басқа зерт- теулер Другие иссле- дования	Ескертпе Примечание	Жауапты адамның қолы Подпись ответствен- ного лица
1	2	3	4	5	6	7	8	9

А 4 Формат А4	форматы	БСН бойынша Код организации по БИН	ұйым коды _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің	Республикасы міндетін атқарушының

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-9/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма № 425-9/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қанының гематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов гематологических исследований донорской крови)

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 ж ы л ғ ы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 425-10/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы: Наименование организации:		Медицинская документация Форма № 425-10/ у утверждена приказом исполняющего о б ы а н н о с т и Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Донор қанының ақуыз фракцияларын зерттеу нәтижелерін тіркеу журналы Журнал регистрации результатов исследований белковых фракций донорской крови

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции

приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

А3 форматы

Формат А3

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің а т қ а р у ш ы н ы ң 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 426/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 2 6 / у утверждена приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 426/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 426-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация форма 426-1/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено Формой № 426-1/у приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

"Иммуногематологиялық" референс – зертхананың дайындалған бақылау панель
т і р к е у
Ж у р н а л ы
Журнал

регистрации изготовленной контрольной панели по разделу "Иммуногематология"
для референс-лаборатории

20____ жылғы(года) "____" _____ басталды (начато)20____ жылғы(____
года) "____" _____ аяқталды (окончено)

- 1. Журналды тегін және ақылы донорларға бөлек зертхананың жауапты адамы толтырады (Журнал заполняется ответственным лицом в лабораторииотдельно на безвозмездных и платных доноров)
- 2.Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс (Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации)

р/ с № № п/ п	Стандартты панельдің сәйкестендіру нөмірі , штрих-коды Идентификационный номер, штрих-код стандартной панели	Т.А.Ә.(болған жағдайда) сәйкестендіру нөмірі, КҚ донацияның штрих-коды Ф.И.О.(при наличии) идентификационный номер, штрих-код донации КҚ	Тестілеу Метод әдісі тестирования			Алынған Қ К мөлшері Объем взятых КҚ	Қайдан келіп түсті Откуда поступил
			АВО жүйесі бойынша қан тобы Группа крови по системе ABO	Фенотип	Антиаэритроцитарлық антиденелерге тестеу нәтижесі Результат тестирования антиэритроцитарных антител		
1	2	3	4	5	6	7	8

Пайдаланған ҚК мөлшері (мл) Количество использованных КК(мл)	Гемаконда қалған ҚК көлемі (мл) Количество остатка КК в гемаконе (мл)	Стандартты панельдің саны Количество изготовленных стандартных панелей	Стандарты панельді пайдалану мерзімі Срок годности изготовленных стандартных панелей	Стандарты панельді жөнелту күні Дата отправки стандартных панелей	Жауапты адамның қолы Подпись ответственного лица	Ескертпе Примечание
9	10	11	12	13	14	15

A5 форматы

Формат A5

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м. а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 427/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 2 7 / у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907
Стандартты эритроциттер мен лимфоциттерді дайындау үшін донордан алынған қанды ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ КАРТА УЧЕТА (крови, взятой у донора для приготовления стандартных эритроцитов и лимфоцитов)	
Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).	

A4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 427-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 427-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 427-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А5 форматы

Формат А5

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 428/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 428/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 428/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 429/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 429/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 429/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 430/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 430-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 430-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 430-3/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 430-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 430-4/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 430-4/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 431/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 431/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 431/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 431-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 431-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Скринингке түскен сарысуларды есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета поступления сывороток на скрининг

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

Р / с № п/п	Күні Дата	ТАӘ ФИО	Туған күні Д а т а рождения	Мекенжайы, телефоны Адрес, телефон	Қан тобы Rh-факторы Группа крови Rh-фактор	Басқалар Прочее
1	2	3	4	5	6	7

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 432/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 432/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м

Ұйымның Наименование организации	атауы и.о. Министра Республики 23 ноября 2010 года № 907	здравоохранения Казахстан

Сноска. Форма № 432/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А4 форматы

Формат А4

	КҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма исключена приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования).

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-1/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 433-1/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы

**Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов
сывороток
на трансфузионные инфекции**

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды(начато) аяқталды(окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекцияға қанды тестілеу бөлімшесінің жауапты адамы толтырады
Журнал заполняется ответственным лицом отделения тестирования крови на трансмиссивные инфекции
2. Әрбір инфекцияларға жеке жүргізіледі
Ведется отдельно на каждый вид инфекции
3. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс
Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя
о р г а н и з а ц и и
4. Журнал электрондық және қағаз түрінде жүргізілуі мүмкін.
Возможно ведение журнала как в электронном виде, так и на бумажном носителе

[illegible]

II - реакция						III - реакция					

Қою күні Дата постановки	Реагент атауы Название реактента	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат	Қою күні Дата постановки	Реагент атауы Название реактента	Серия № (ЛОТ) № серии (ЛОТ)	Көрсеткіштер Показатели	Нәтиже Результат	Соңғы қорытынды Окончательный результат
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я Форма № 433-2/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 433-2/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Гемотрансмиссивті инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы (Журнал регистрации платных услуг лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)

20____ жылғы (года) " ____ " _____ 20____ жылғы (года) " ____ " _____
басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды гемотрансмиссивтік инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады

(Журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс

(страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

3. Журналды электронды түрде, дәстүрлі түрде қағаз нұсқасында толтыруға мүмкін (допускается ведение журнала как в электронном виде, так и в традиционном виде на бумажном носителе).

Р/с (№ п/п)	Зертханалық нөмірі (Лабораторный номер)	Т.А.Ө. (болған жағдайда) ФИО (при наличии)	Штрих-коды (Штрих-код)	Туған күні (Дата рождения)	Контингенттің коды (Код контингента)	Мекенжайы (Адрес проживания)	Жасау күні (Дата постановки)	Зерттеу нәтижесі (Результаты исследования)			
								HIV 1.2	HBsAg	HCV	Мер (Сиф)
1	2	3	4	5	6*	7	8	9	10	11	12

Примечание * 6 бағана АҚТҚ 1,2 таңбалағышында зерттеу жүргізгенде кезде толтырылады (графа 6 заполняется при проведении исследований на маркеры ВИЧ1,2)

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-3/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-3/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 433-3/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Гемотрансмиссивті індетте ПЦР-ның оң нәтижелі донорларды тіркеу журналы (Журнал регистрации доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции)

20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ басталды 20 ____ жылғы (года) " ____ " _____ аяқталды (начато) (окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

р/с № (№ п/п)	Зертханалық нөмірі (Лабораторный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) ФИО (при наличии)	Донация коды (Код донации)	Контингент коды (Код контингента)	Сарысу қайдан қабылданды (Откуда поступила сыворотка)	Циклдың пулы (ПЦР пул)			ПЦР үлгісі (ПЦР образца)		
						Күні (Дата)	Циклдың пулы (Цикл пула)	ВКО циклы (Ішкі бақылау үлгісі) (Цикл ВКО (внутренний контрольный образец))	Күні (Дата)	Циклдың үлгісі (Цикл образца)	ВКО циклы (Ішкі бақылау үлгісі) (Цикл ВКО (внутренний контрольный образец))
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрлігінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-4/у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Қызметкерлерді трансфузиялық инфекцияларға тексеруді тіркеу журналы Журнал регистрации обследования сотрудников на трансфузионные инфекции

Сноска. Форма № 433-4/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форматы А4

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрлігінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

Қан препараттарын трансфузиялық инфекцияларға зерттеуді тіркеу журналы Журнал регистрации исследований препаратов крови на трансфузионные инфекции

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекция зертханасының жауапты адамы т о л т ы р а д ы . 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	1. Журнал заповняється ответственным лицом лаборатории трансфузионных инфекций 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р - с № п/п	Түскен күні Д а т а поступления	Қан препараты үлгісінің атауы Наименование образца препарата крови	Препарат сериясының № серии препарата крови	Үлгілі іріктеу о р н ы Место отбора образца	Қойған күні Д а т а постановки
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижесі Результаты исследований					
АИТВ ВИЧ					
Тест-жүйе, атауы Тест-система, наименование	Серия № (ЛОТ) т/ж жарамдылық м е р з і м і № серии (ЛОТ) и срок годности т/с	Талдау № анализа	Хаттама № протокола	Нәтиже Результат	
7	8	9	10	11	

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижелері Результаты исследований					
ВГВ				ВГС	
	Серия № (ЛОТ) және т/ж				

Тест-жүйе, атауы Тест-система, наименование	жарамдылық мерзімі № серии (ЛОТ) и срок годности т/с	Талдау № анализа	Хаттама № протокола	Нәтиже Результат	Тест-жүйе, атауы Тест-система, наименование,
12	13	14	15	16	17

продолжение таблицы

Зерттеу нәтижелері Результаты исследований				Нәтижелерді беру күні Дата выдачи результатов	Дәрігердің қолы Подпись врача	Алушының қолы Подпись получателя
ВГС						
Серия № (ЛОТ) және т/ж жарамдылық мерзімі № серии (ЛОТ) и срок годности т/с	Талдау № анализа	Хаттама № протокола	Нәтиже Результат			
18	19	20	21	22	23	24

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-6/е нысанды медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 433-6/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Примечание. При наличии медицинской информационной системы, форма ведется в электронном виде

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донор қанын зертханалық Результаты лабораторного тестирования крови донора	тестілеудің нәтижелері	/
Донация коды/ код донации		
Тегі, аты, әкесінің аты (болған жағдайда)/фамилия, имя, отчество (при его наличии)		
Туған күні, айы жылы/число, месяц, год рождения		
Бастапқы сынаманың түрі/сапасы (тип/качество первичной пробы)		

Сынаманы алу күні/уақыты/дата/время забора пробы	20 ____ жылғы (года) " ____ " " ____ " сағат (час) " ____ "			
Сынамалардың зертханаға келу күні/уақыты/ дата/время поступления проб в лабораторию	20 ____ жылғы (года) " ____ " " ____ " сағат (час) " ____ "			
Зерттеудің атауы / наименование исследования	Нәтижесі / результат	Қалыпты көрсеткіштер / нормальные показатели	Нәтижені алу күні /уақыты / дата/время получения результата	Дәрігер/ зертханашының Т.А.Ә./ФИО в р а ч а лаборанта
Иммуногематологиялық зерттеулер/ иммуногематологические исследования				
АВО жүйесі бойынша қан тобы/группа крови по АВО				
Резус тиістілігі /резус принадлежность				
Kell антигені/Kell антиген				
Тұрақты емес антиэритроциттік антиденелер/ нерегулярные антиэритроцитарные антитела				
Антиэритроциттік антиденелердің титрі/ титр антиэритроцитарных антител				
Клиникалық-биохимиялық зерттеулер/ клинико-биохимические исследования				
Гемоглобин /Гемоглобин (г/л)				
АЛТ (Ө/л)/АЛТ (Ед/л)				
Жалпы ақуыз/ общий белок) (г/л)				
Тромбоциттер мөлшері/количество тромбоцитов (*109/л)				
Қанның ұю уақыты (мин)/время свертывания крови (мин)				
Бруцеллезге зерттеу/ исследование на бруцеллез				
Инфекция маркерлері/маркеры инфекций				
В гепатиті вирусының ИХЛТ беткейлік антигені/ИХЛА поверхностный антиген вируса гепатита В				
С гепатиті вирусына ИХЛТ антиденелері/ ИХЛА антитела к вирусу гепатита С				
Мерез қоздырғышына М және G класындағы ИХЛТ антиденелері/ ИХЛА антитела класса М и G к возбудителю сифилиса				
АИТВ1,2 антигендері, p-24 АИТВ 1 ИХЛТ антигені, АИТВ 1,2 антиденелері/ антитела к ВИЧ 1,2, ИХЛА антиген p-24 ВИЧ 1, антитела к ВИЧ 1,2				
АИТВ 1,2 РНҚ сапалы ПТР/ПЦР качественная РНК ВИЧ 1,2				
СГВ РНҚ сапалы ПТР/ПЦР качественная РНК ВГС				

ВГВ ДНК сапалы ПТР/ПЦР качественная ДНК ВГВ				

Жалпы есепті шығару күні/уақыты/дата/время распечатки общего отчета 20__ жылғы (года) " __ " " ____
 __ " сағат (час) " ____ "

А4 форматы Формат А4	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-7/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 433-7/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 6 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының
 мониторингін тіркеу журналы
 (Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ)

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
 басталды (начато) аяқталды(окончено)

1. Журналды трансфузиялық инфекциялар зертханасының жауапты адамы толтырады
 (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций)

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым басшысының қолымен және мөрмен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)

р/с (№ п/п)	Зертханалық нөмірі (Лабораторный номер)	Т.А.Ә. (болған жағдайда) (ФИО) (при наличии)	Туған күні (Дата рождения)	Донация коды (Код донации)	Контингенттің коды (Код контингента)	С а р ы с у қайдан қабылданды (Откуда поступила сыворотка)
1	2	3	4	5	6	7

I реакция (I – реакция)					II реакция (II – реакция)			
Жасау уақыты (Дата постановки)	Тест-жүйенің атауы (Название тест-системы)	Серия № (ЛОТ) (№ серии (ЛОТ))	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)	Жасау уақыты (Дата постановки)	Тест-жүйенің атауы (Название тест-системы)	Серия № (ЛОТ) (№ серии (ЛОТ))	Көрсеткіштер (Показатели)
8	9	10	11	12	13	14	15	16

III реакция (III – реакция)					Қорытынды нәтиже (Окончательный результат)	Сынаманы ЖИТС орталығына жіберу күні (Дата отправки пробы в центр СПИД)	Ж И С орталығында жолдаманың нөмірі (Номер направления в центр СПИД)
Жасау уақыты (Дата постановки)	Тест-жүйенің атауы (Название тест-системы)	Серия № (ЛОТ) (№ серии (ЛОТ))	Көрсеткіштер (Показатели)	Нәтиже (Результат)			
18	19	20	21	22	23	24	25

ЖИТС орталығының нәтижесі (Результат Центра СПИД)					

Күні (Дата)	Зертханалық нөмір (ИФТ, ИБ) (Лабораторный номер (ИФА, ИБ))	Нәтижесі (Результат)	Қорытынды нәтиже (Окончательный результат)	Ескертпе (Примечание)	Қолы (Подпись)
26	27	28	29	30	31

А4 форматы Формат А 4	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 433-8/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	М е д и ц и н с к а я д о к у м е н т а ц и я форма 433-8/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

Гемотрансмиссивті індетке зерттеуге арналған жолдама (Направление для исследования на гемотрансмиссивные инфекции)

Сноска. Приложение дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); исключена приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форматы А4

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ӨНІМДІ МҰЗДАТУ ПРОЦЕСІН ЖАЗУ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ ЗАПИСИ ПРОЦЕССА ЗАМОРАЖИВАНИЯ ПРОДУКТА

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Журналды техник-аппаратшы	мұздатушы толтырады.	1. Запись техником-аппаратчиком	осуществляется по
2. Журнал беттері тігілуі, мөрмен және басшысының қолымен	нөмірленуі, ұйым бекітілуі	2. Страницы пронумерованы, скреплены печатью	должны быть прошнурованы, и подписью
тиіс.		руководителя организации.	

Р / с № п/п	Күні Дата	Препарат атауы Наименование препарата	Ыдыстың Сыйым-дылығы Емкость сосуда (мл)	Ыдыстағы препараттың көлемі Количество препарата в сосуде (мл)	Ыдыс нөмірі Номер сосуда

форматы А4

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-1/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Плазманың түсуін тіркеу
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
регистрации поступления плазмы

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан
препараттарын
өндіру
бөлімшесінде 1 . В е д е т с я в о т д е л е н и и
жүргізеді п р о и з в о д с т в а п р е п а р а т о в к р о в и
2. Журнал 2 . С т р а н и ц ы д о л ж н ы б ы т ь

беттері пронумерованы, прошнурованы,
нөмірленуі, скреплены печатью и
тігілуі, мөрмен руководителя организации
және ұйым
басшысының
қолымен
бекітілуі тиіс

№	күні дата	Облыс атауы Наименование области	Гемакон нөмірлері Номера гемаконов	Жөнелтпе құжат бойынша шикізаттың мөлшері Количество сырья по накладной
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Шикізаттың нақты мөлшері Количество сырья фактически	Титр	Ескертпе Примечание	Қолы Подпись	Тиеу № мен күні № и дата загрузки
6	7	8	9	10

форматы А4

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-2/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Плазманы фракциялауға беру

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

передачи плазмы на фракционирование

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізеді	1. Ведется в отделении производства препаратов крови
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс	2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Тиеу № загрузки	Тиеу күні Д а т а загрузки	Шикізат атауы Наименование сырья	Жеткізушінің атауы Наименование Поставщика	Тиелген шикізаттың м ө л ш е р і Количество сырья, взятое на загрузку
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Шикізат дайындау күні Д а т а	Жалпы нәруыз	Фракциялауға берілген шикізаттың мөлшері		

заготовки сырья	р Н	Общий белок	Количество переданного фракционирование	сырья на	Қолы Роспись	Акт бойынша есептен шығарылған Списано по акту
6	7	8	9		10	11

форматы А4

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-3/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-3/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ӨНІМ ҚОЗҒАЛЫСЫНЫҢ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ ДВИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізеді.

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.
1. Ведется в отделении производства препаратов крови.

2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

№	Препараттың атауы Наименование препарата	Серияның нөмірі Номер серии	Алынған күні Дата получения	Мөлшері Количество	Өлшем бірлігі Ед. изм.	Жарамсыз брак	Өндірістік бақылау	
							Производ. контроль	
							Бак.	биол
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

СБЗ ЛКК	Мұрағат Архив	Талдау төлқұжатының нөмірі және берілген күні Номер и дата выдачи аналитического паспорта	Жөнелтпе құжаттың нөмірі Номер накладной	Өнімді қоймаға өткізген күн Дата сдачи продукции на склад	Қолы Подпись
10	11	12	13	14	15

форматы А4

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-4/е нысанды медициналық құжаттама

Ұйымның атауы	Медицинская документация	Форма № 434-4/у
Наименование организации	Утверждена и.о. Министра Республики Казахстан	приказом здравоохранения
	23 ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

АЛБУМИН ЕРІТІНДІСІН ӨНДІРУДІҢ ТЕХНИКАЛЫҚ ҮДЕРІСІ

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОИЗВОДСТВА РАСТВОРА

АЛБУМИНА

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізіледі. Ведется в отделении производства препаратов крови.
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р/с п/п	Тиеу салмақ өлшеген күн № загрузки дата получения вес	№ УФ-ның немесе ерітіндіні күні Дата УФ или раствора	Шығу шикізатының салмағы: тұнба Кол-во сырья: осадок	Исход. Сырой	Каприлат Na қосылуы салмағы Добавлено капр. Na гр.	3 % Na капри нәруызын түзету Коррекция белка капр. 3 % Na	
						Бастапқы начал.	Қосылған Добавлен

1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

3 % Na капри нәруызын түзету Коррекция белка капр. 3 % Na	Р h т ү з е т у Коррекция Ph			Ерітіндінің сүзілуге дейінгі көлемі Конечный р-ра до фильтрации	Стерильді сүзу күні мен уақыты Дата и время стерилиз. фильтрации
Соңғы Конечный	Бастапқы исход	NaOH, HCl қосу Добав. NaOH, HCl	Соңғы конечный		
8	9	10	11	12	13

продолжение таблицы

Сыйымдылық с а н ы Количество емкостей	Бөлшектеп өлшеу Фасовка	Пастериза- циялау күні мен уақыты Дата и время пастеризации	Термостаттау күні мен уақыты Дата и время термостатиров	Серияның № Серии	Жарам- сыздыққа шығару Отбрак	Қайтадан өндеу Повторная переработка
						Қайтадан сүзу күні мен себебі Дата и причина перефильтрации
14	15	16	17	18	19	20

продолжение таблицы

Қ а й т а д а н Повторная переработка								ө н д е у
Ph	NaOH, HCl қосу Добав NaOH, HCl	Нәруыз Белок	Бөлшектеп өлшеу Фасовка	Сауыт с а н ы Кол-во емкостей	Жоғ алту Потери	Термостаттау күні мен уақыты Дата и время термостати- рования	Жарам сыздыққа шығару Отбрак	Серияның № серии
21	22	23	24	25	26	27		29

форматы А4

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-5/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-5/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

АДАМ ИММУНОГЛОБУЛИНІН ӨНДІРУДІҢ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ҮДЕРІСІ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОИЗВОДСТВА ИММУНОГЛОБУЛИНА ЧЕЛОВЕКА

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Қан препараттарын өндіру бөлімшесінде жүргізіледі. 2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.	1. Ведется в отделении производства препаратов крови. 2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

№	Тиеу № жұмысқа алынған күн № загрузки дата взятия в работу	Ш и к і т ұ н б а н ы ң с а л м а ғ ы В е с с ы р о ғ о о с а д к а	Ерітінді немесе УФ-нің күні Дата раствора или УФ	Еріткіштің мөлшері литр К о л - в о р а с т в о р и т е л ь я в л .	рН шикізаттағы т и т р Титр в сырье рН
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

р Н т ү з е т у			Глика-колдың қосылуы г / л Доб-но г / л гликакола	Нәруызды түзету %			
Бастапқы рН Начал. рН	Қосылған мл Добавлен мл	Соңғы рН Конечный рН		Бастапқы Начал.	Еріткішті қосылуы Добав р-ля	Соңғы Конечный	NaCl қосылуы Добав. NaCl
7	8	9	10	11	12	13	14

продолжение таблицы

Алынған жұмыс ерітіндісінің мөлшері, л Получ. рабочего р-ра, л.	Стерильдеп сүзу күні және уақыты Дата и время стерилиз. фильтрации	Шөлмектің с а н ы Кол-во бутылей	Шөлмектің нөмірі Номера бутылок	Литр мөлшері Количество литров	Суықта ұсталуы Выдержка в холоде
15	16	17	18	19	20

продолжение таблицы

Қайтадан стерильдеп сүзу күні Дата повтор. стерил. фильтрации	Ампулаларға құйылу күні Дата розлива в ампулы	Сериясы Серия	Ампула саны Количество ампул	Бөлшектеп өлшеу Фасовка	Қайта сүзу титрі Т и т р перефльтрации

21	22	23	24	25	26

форматы А4

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 434-6/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 434-6/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Жөнелтпе құжаттың (Накладная) № ____

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

_____ жіберілді

(к направлению)

денсаулық сақтау ұйымы (организация здравоохранения)

20__ жылғы (года) " __ " _____

Плазманың атауы және мөлшері (литр) (наименование плазмы и
ее количество (в литрах))

Р/с № п/п	Донордың Т АӘ (толық жазу керек) ФИО донора (расписать полностью)	Донация № донации	Дайындау күні Д а т а заготовки	Плазманың мөлшері Количество плазмы (л)	Иммунды плазманың т и т р і Титр иммунной плазмы
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					
4					
5					
6 және т.б. (и т.д.)					
Жиыны Итого: доз/ литр					

продолжение таблицы

Н ә т и ж е л е р і Результаты					
HbsAg	HCV	АИТВ 1,2 Антитела к ВИЧ 1,2	Мерез ИФА на сифилис	С а р ы п Бруцеллез	АЛАТ
7	8	9	10	11	12

Бөлімше меңгерушісі Заведующий отделением _____

Қолы подпись

М.О. (М.П.) _____ литр (литров)

плазманы қабылдады (принял плазму) _____.

қолы подпись

Сапаны бақылау зертханасының өкілі

(Представитель лаборатории контроля качества) _____

қолы подпись

20__ жылғы(года) " __ " _____

Ұйымның бланісінде

На бланке организации

Жолдама

Направление

денсаулық сақтау ұйымы (организация здравоохранения)

Республикалық қан орталығына (направляет в Республиканский центр

крови) қаптың (контейнердің) салмағын есептемей _____ литр қан

препараттарына өңдеуге _____ жіберді.

плазманың атауы (наименование плазмы)

(для переработки на препараты крови в количестве

_____ литров, без учета веса мешка (контейнера)).

Плазманың алынған күні, донациялау нөмірі және плазма мөлшері

20__ ж. " __ " _____ жөнелтпе құжатта көрсетілген.

Дата получения плазмы, номера донаций и количество плазмы прилагаются

в накладной от " __ " _____ 20__ г.

Директор

Бас бухгалтер (Главный бухгалтер)

МО (М.П.)

форматы А4

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 435/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 435/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ӨНІМДІ ЛИОФИЛИЗАЦИЯЛАУ ПРОЦЕСІН ЖАЗУ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ ЗАПИСИ ПРОЦЕССА ЛИОФИЛИЗАЦИИ ПРОДУКТА

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Бөлімнің аға инженерінің 1. Запись осуществляет дежурный
қалауы бойынша әр 30 мин. немесе техник-аппаратчик через каждые 30

әр сағат сайын кезекші мин. или час, по усмотрению
 техник-аппаратшы толтырады. старшего инженера отдела.
 2. Журнал беттері нөмірленуі, 2. Страницы должны быть
 тігілуі, мөрмен және ұйым пронумерованы, прошнурованы
 басшысының қолымен бекітілуі скреплены печатью и подписью
 тиіс. руководителя организации.

№ 435/е-н. 2-беті

Стр. 2 ф. № 435/у

Күні (Дата) _____ Өнімнің атауы (Наименование продукта)

Компрессор (Компрессор включен) (в) _____ сағатта қосылды (час).

Іске қосылу (Загрузка произведена) (в) _____ жүргізілді (сағат) (час)

У а қ ы т ы Время		Қысымын тіркеу (атм, С) Регистрация давления (атм, С)				Тіркеу аспабының көрсеткіштері Показания регистрирующего прибора
кептіру сушки	жазу записи	майлар масла	конденсатордың конденсатора	сіңіру всасывания	орташа среднее	Температурасы Температура сублиматордың сублиматора
1	2	3	4	5	6	7

продолжение таблицы

Тіркелу Показания регистрирующего прибора				аспабының			көрсеткіштері
Температурасы							Температура
төменгі кассетаның нижней кассеты	төменгі кассета өнімінің продукта нижней кассеты	орталық кассетаның средней кассеты	орталық кассета өнімінің продукта средней кассеты	жоғарғы кассетаның верхней кассеты	жоғарғы кассета өнімінің продукта верхней кассеты	кассета верхней	
8	9	10	11	12	13	14	

№ 435/е.-н. артқы беті

разворот ф. № 435/у

Ыдыстар саны (Количество сосудов) _____ әрқайсысы (по)

_____ мл. өніммен (мл. продукта) Сериясы (Серия) _____

Вакуум сорғышы (Вакуумный насос включен в) _____ сағат

қосылды (час.) Жылыту (Подогрев включен в) _____ сағатта қосылды (час.)

Реттеуші көрсеткіштері Показания приборов			аспаптардың регулирующих	Жылыту реттеушінің Позиция интенсивности подогрева			қарқындылығын ұстанымы регулятора	салқында- тушы иір түтікшенің ұстаным режимі позиция режима охлаждения змеевика	Ескертпе Приме- чание
Температурасы			Температура	в	төменгі кассетаның нижней кассеты	орталық кассе- таның средней кассеты	жоғарғы кассетаның верхней кассеты		
төменгі кассе- таның нижней кассеты	орталық кассе- таның средней кассеты	жоғарғы кассетаның верхней кассеты	а к у у м						
15	16	17	18	19	20	21	22	23	

Кептіру аяқталды (Сушка окончена) 20__ жылғы(года) " __ " _____

Кептірген техник (Сушил техник) _____

қолы (подпись)

Форма

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 3 6 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу

Ж У Р Н А Л Ы

Ж У Р Н А Л

регистрации результатов контроля качества компонентов крови

20 ____ жылғы (года) 20 ____ жылғы (года)
 " ____ " ____ басталды (начато) " ____ " ____ аяқталды (окончено)

1. Сапаны бақылау бөлімшесінде (СББ) 1. Ведется в отделении контроля качества немесе өнімнің сапасын бақылау жүктелген (ОКК) или лицами, на которых возложен адамдар жүргізеді. контроль качества продукции
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, 2. Страницы должны быть пронумерованы, мөрмен және ұйым басшысының қолымен прошнурованы, скреплены печатью и подписью бекітілуі тиіс

Р/с № п/п	Қ а н компонен- терінің атауы Наименование компонента крови	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және б а с қ а) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындалған мерзімі Дата заготовки	Сақтау мерзімі С р о к хранения	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля
1	2	3	4	5	6

Б а қ ы л а у					н ә т и ж е л е р і		
Результаты контроля							
Көлемі (объем) (мл)	Макробағалау Макрооценка	Гемоглобин г/доза	Гематокрит	Соңғы сақтаудағы гемолиз Гемолиз в конце хранения %	Эритроциттер	Лейкоциттер	Тромбоциттер
					10 ¹² /л (немесе 1 қ а н мөлшеріндегі 10 ¹² / балама) Эритроциты 10 ¹² /л (или 10 ¹² /	10 ⁹ /л (немесе 1 қ а н мөлшеріндегі 10 ⁹ / балама) Лейкоциты 10 ⁹ /л (или 10 ⁹ /	10 ⁹ /л (немесе 1 қ а н мөлшеріндегі 10 ⁹ / балама) Тромбоциты 10 ⁹ /л (или 10 ⁹ /

					эквивалент 1 дозе крови)	эквивалент 1 дозе крови)	эквивалент 1 дозе крови)
7	8	9	10	11	12	13	14

Бақылау нәтижелері										
Результаты контроля										
Гранулоциттер гранулоциты	Нәруыз құрамы Содержание белка г/доза	Тұнған сұйықтықтағы белоктың мөлшері Количество белка в надосадочной жидкости г/доза	pH	Осмолярлығы Осмолярность	Стерилдығы Стерильность					
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25

Қорытынды Заключение	Бақылау жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего	Ескертпе Примечание
26	27	28

форматы А4

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436-1/е нысанды медициналық құжаттама
	Медицинская документация Форма № 436-1/у Утверждена приказом

Ұйымның Наименование организации	атауы и.о.	Министра Республики	здравоохранения Казахстан
		23 ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ ҚОЛДАРЫН ТАЗАЛАУДЫҢ ЖӘНЕ ДОНОРДЫҢ ШЫНТАҚ БҮГІЛЕТІН ЖЕР ТЕРІСІНІҢ ТИІМДІЛІГІН МИКРОБИОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУ

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

Бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Бактериологиялық зертханада 1. Ведется в бактериологической жүргізіледі. лаборатория.
2. Журнал беттері нөмірленуі, 2. Страницы должны быть тігілуі, мөрмен және ұйым пронумерованы, прошнурованы, басшысының қолымен бекітілуі скреплены печатью и подписью тиіс. руководителя организации

Р - с № п/п	Күні Дата	Тіркеу нөмірі Регистрацион- ный номер	Бөлімше Отделение	Шайынды алу орны (колды, шынтак бүгілетін жер) Место взятия смыва (руки, локтевой сгиб)	Қолды, шынтак бүгілетін жерді тазалау үшін пайдаланған зат Средство, использованное для обработки рук и локтевых сгибов

1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Қолды, шынтақ бүгілетін жерді тазалауды жүргізген адамның ТАӘ ФИО персонала, проводившего обработку	Зерттеу әдісі Метод исследования	Себу күні, сіңіру ортасы Дата посева, питательная среда	Зерттеу нәтижесі Результат исследования	Зерттеудің аяқталған күні және зерттеуді жүргізген адамның қ о л ы Дата окончания исследования и подпись проводившего исследование
7	8	9	10	11

Форма

А4 форматы

Формат А4

	Қ Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 436-2/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 436 - 2 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение 7 дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу
Ж У Р Н А Л Ы
Ж У Р Н А Л
регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата

20____

жылғы

(года)

20____

жылғы

(года)

"__"

басталды (начато)

"__"

аяқталды (окончено)

1. Сапаны бақылау бөлімшесінде (СББ) немесе өнім сапасын бақылау жүктелген адамдар жүргізеді.

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, ұйым жетекшісінің мөрі және қолымен бекітілуі тиіс

1. Ведется в отделении контроля качества (ОКК) или лицами, на которых возложен контроль качества продукции

2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

Р/с № п/п	Қ а н компоненттерінің а т а у ы Наименование компонента крови	Сәйкестендіру нөмірі (таңбасы, штрих-коды және тағы басқасы) Идентификационный номер (марка, штрих-код и др.)	Дайындалған мерзімі Д а т а заготовки	Сактау мерзімі С р о к хранения	Көлемі (объем) (мл)
1	2	3	4	5	6

Ф и б р и н о г е н мг/доза			
Сактау мерзімінің бірінші айында В течение первого месяца хранения		Сактау мерзімінің соңғы айында В течение последнего месяца хранения	
Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля

7	8	9	10

V I I I МЕ/доза		ф а к т о р ы		Ф а к т о р		V I I I
Бастапқы дәреже Исходный уровень		Сақтау мерзімінің бірінші айында В течение первого месяца хранения		Сақтау мерзімінің соңғы айында В течение последнего месяца хранения		
Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля	Бақылау жүргізілген күн Дата проведения контроля	Бақылау нәтижелері Результаты контроля	
11	12	13	14	15	16	

Қорытынды Заключение	Бақылау адамның Подпись проводившего контроль	жүргізген қолы Лица ,	Ескертпе Примечание
17	18		19

A 4 Формат A4	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды _____ Код организации по БИН _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 437/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации		Медицинская документация форма 437/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Форма № 437/у в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня

его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қан компоненттері мен препараттарын өндіру үшін негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарды кіріс бақылау ж у р н а л ы
Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови

20__ жылғы (года) " __ " _____ 20__ жылғы (года) " __ " _____
басталды(начато) аяқталды(окончено)

1. Шикізат түсу барысында сапаны бақылау бөлімшесі (СББ) толтырылады.

Заполняется отделением контроля качества (ОКК) по мере поступления сырья

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

р/с № п/п	К ү н і Дата		Ө н і м беруші Поставщик	Түскен материалдардың атауы, Наименование поступивших материалов	Сериясының немесе партияның № , № серии или партии	Жарамдылық мерзімі С р о к годности	Сыртқы түрі Внешний вид
	ҚО-ға түсуі Поступления в ЦК	Кіріс бақылау өкілінің Т.А.Ө(болған жағдайда) Ф.И.О (при наличии) представителя входного контроля					
1	2	3	4	5	6	7	8

Қаптамасы Упаковка	Таңбасы Маркировка	Төлқұжаттың немесе сертификаттың бар болуы Наличие паспорта или сертификата	Өндіруші ұйым Организация-изготовитель	Зерттеуді жүргізген зертхананың атауы Наименование лаборатории, проводившей исследование	Зерттеу нәтижелері (акт №, қорытынды) Результаты исследований (№ акта, заключение)	К Б маманының қолы, күні Подпись специалиста, проводившего ВК, дата
9	10	11	12	13	14	15

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 438/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 438/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ШӨЛМЕКТЕР МЕН ТЫҒЫНДАРДЫ ӨНДЕУ САПАСЫН БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОБРАБОТКИ

БУТЫЛОК И ПРОБОК

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. СББ немесе өнімнің сапасын техникалық қадағалауды жүктелген адамдар жүргізеді.

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.
1. Ведется в ОКК или лицами, на которых возложен технический контроль качества продукции

2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

К ү н і Дата		Т о т ы ғ у ы Окисляемость					Сыртқы активті заттар (САЗ) Поверх- ностно- активные вещества (ПАВ)	Шөлмектерді көзбен бағалау Визуальная оценка бутылок	С Б Б - н і н қорытын- ды с ы Заключение ОКК	Тексе- руге жауапты адамның қолы Подпись ответст- венного лица
Өңдеу обработки	Бақылау контроля	Шөлмектер сыйымдылығы (м л) Бутылок емкостью(мл)				Тығын- дардың пробок				
		50	100	250	500					
1	2	3	4	5	6	7	8		9	10

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 439/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 439/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

САПАНЫ БАҚЫЛАУ БӨЛІМІНЕ (СББ) ҰСЫНЫЛҒАН ӨНІМДЕРДІ КӨЗБЕН БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ВИЗУАЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ПРОДУКЦИИ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫХ ОТДЕЛУ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА (ОКК)

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

өнімнің атауы (наименование продукции)

20__ жылғы(года) "__" _____ 20__ жылғы(года) "__" _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Өнімнің
бақылауға келіп
түсуіне қарай СББ

немесе өнімнің 1. Ведется в ОКК или лицами, н
сапасындағалау которых возложен контроль качества
жүктелген продукции по мере поступления
адамдар продукции на контрол
жүргізеді 2. Страницы должны быт
2. Журнал беттері пронумерованы, прошнурованы
нөмірленуі, скреплены печатью и подпись
тігілуі, мөрмен руководителя организации
және ұйым
басшысының
қолымен
бекітілуі тиіс

р / с № п/п	Өнімнің СББ-ге ұсынылған күні Дата предъяв- ления продук- ции ОКК	Серия нөмірі Номер серии	Дайын- далған күні Дата изготов- ления	Ыдыстар саны Количество сосудов				Өндіріс бөлімшесі менгерушісінің қолы Подпись зав. производст- венного отделения
				Дайын- далды изготов- лено	Өндіріске жарамсыз деп табылды Забрако- вано на произ- водстве	Жарамсыздық себебі Причина брака	СББ-ға бақылауға ұсынылды Предъяв- лено на контрольОКК	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

Ыдыстар саны Количество сосудов							С Б Б бақы- лаушысының қолы Подпись контролера ОКК
СББ-де қаралды Просмот- рено ОКК	С Б Б жарамсыз деп тапты Забра- ковано ОКК	Жарам- сыздық себебі Причина брака	С Б Б қабылдады Принято ОКК	Бақылауға алынды Взято на контроль	Мұрағаттық үлгілер мұражайына қойылды Заложено в музей архивных образцов	Дайын өнімдер қоймасына беруге К выдаче на склад готовой продукции	
10	11	12	13	14	15	16	17

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 439-4/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 439-4/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Қан компоненттерінің, препараттарының, қаналмастырғыш заттардың сынақ үлгілерін Республикалық сапаны бақылау зертханасында сапасын тексеруге іріктеп алу

АКТИСІ

АКТ

отбора проб компонентов, препаратов крови, кровезаменителей для проверки их качества в Республиканскую лабораторию контроля качества

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Қала (Город) _____ 20__ жылғы(года) “__” _____

күні (от)

Дайын өнімдер қоймасынан (Со склада готовой продукции) _____

кәсіпорынның атауы (наименование предприятия)

Келесі препараттардың үлгілері алынды

Проведено изъятие образцов следующих препаратов

Препараттардың атауы Наименование препаратов	Көлемі Кол-во	Сериясы Серия	Ескертпе Примечание

Қолдары (Подписи):

Ұйымның ТББ бастығы Дайын өнімдер қоймасының меңгерушісі

(начальник ОТК организации) (Заедующий складом готовой продукции)

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 440/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 440/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

БИОЛОГИЯЛЫҚ БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ БИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Өнімнің бақылауға түсуі. Заполняется по мере поступления барысында толтырылады. продукции на контроль
2. Журнал беттері нөмірленуі, 2. Страницы должны быть тігілуі, мөрмен және ұйым пронумерованы, прошнурованы, басшысының қолымен бекітілуі скреплены печатью и подписью тиіс. руководителя организации.

№ 440/е.-н. 2-беті

стр.2 ф. № 440/у

ХАТТАМА ПРОТОКОЛ

№ _____

Препараттың атауы (Наименование препарата) _____

Серия № _____ Сынақ күні (Дата испытания) _____

1. Пирогендікке сынау. Испытание на пирогенность.

Ү й қояндарының №№ кроликов	қояндарын подготовка кроликов к испытанию				сынаққа			дайындау
	1-күн 1день	2-күн 2день	3 - к ү н 3 день		4-күн 4 день	5 - к ү н 5 день		жануар- лардың сынақта қайталануы повторность животных в опыте
	күні дата	күні дата	к ү н і дата		күні дата	к ү н і дата		
	салмағы вес		салмағы вес	темпера- турасы темпера- тура		салмағы вес	темпера- турасы температура	
1	2	3	4	5	6	7	8	9

продолжение таблицы

П и р о г е н д і к к е испытание на пирогенность						с ы н а у	
бастапқы темпера- турасы исходная темпера- тура	салмағы вес	Енгізілген препараттың мөлшері Кол-во введенного препарата	Температурасын Из м е р е н и е температ. через			температура- ның ауытқуы отклонение температур	Температура- ның ең жоғарғы ауытқуларының жиынтығы С у м м а максимальных отклонений температур
			1 сағ. соң 1 час	2 сағ. соң 2 часа	3 сағ. соң 3 часа		
10	11	12	13	14	15	16	17

Қорытынды (Заклучение): _____

Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____

2. Уыттылыққа, зиянсыздыққа сынау. Испытание на токсичность, безвредность

Жануарлар түрі Вид животных	Жануарлар саны Количество животных	Салмағы Вес	Енгізу әдісі Метод введения	Енгізу уақыты (жылдамдығы) Время (скорость) введения
1	2	3	4	5

продолжение таблицы

Тест-Доза	Реакциялар Реакции	Бақылау мерзімі Срок наблюдения	Сынақ нәтижелері результаты испытания		
			тірі живы	жергілікті местная реакция	өлгендер пали
6	7	8	9	10	11

Қорытынды (Заклучение): _____

Күні (Дата) _____ Қолы (Подпись) _____

№ 440/е.- н. 3-беті

Стр. 3 ф. № 440/у

3. Жануарлардың тәжірибеде қайта пайдалануы.

Повторность использования животных в опыте

Кояндардың № № кроликов	Сынақ күні Дата испытания	Хаттама нөмірі Номер протокола	Енгізілген сипаттамасы препараттың Характеристика введенного препарата				Қорытынды заклучение	Сынақ жүргізген адамның қолы Подпись лица, проводившего опыт
			препараттың атауы наименование препарата	серия нөмірі номер серии	пирогендік пирогенность	уыттылығы токсичность		
1	2	3	4	5	6	7	8	9

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 441/е нысанды медициналық құжаттама
Ұ й ы м н ы ң а т а у ы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 441/у У т в е р ж д е н а п р и к а з о м и.о. Министра здравоохранения Р е с п у б л и к и К а з а х с т а н 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**ПРЕПАРАТТАРДЫ, ЕРІТІНДІЛЕР МЕН ИНЪЕКЦИЯҒА АРНАЛҒАН
СУДЫ ФС (ВФС)-ке СӘЙКЕС ТЕКСЕРУ НӘТИЖЕЛЕРІН
ЖӘНЕ ТАЛДАУ ТӨЛҚҰЖАТТАРЫНЫҢ БЕРІЛУІН ТІРКЕУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ КОНТРОЛЯ ПРЕПАРАТОВ,
РАСТВОРОВ И ВОДЫ ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ В СООТВЕТСТВИИ
С ФС (ВФС) И ВЫДАЧИ АНАЛИТИЧЕСКИХ ПАСПОРТОВ**

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

20__ жылғы(года) " __ " _____ 20__ жылғы(года) " __ " _____

басталды (начато) аяқталды (окончено)

1. Өнімнің әр сериясын тексеріп болған соң ТТБ - да толтырылады.

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс.
1. Заполняется ОТК после завершения контроля каждой серии п р о д у к ц и и .

2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации.

Р / с № п/п	Бақылауға алынған препарат сериясының нөмірі Номер серии, контролируемого препарата	Сериядағы ө н і м мөлшері (л, дана және т.б.) Количество продукции в серии (л, шт. и т.д.)	Бақылау нәтижесі Результаты контроля															
			физикалық-химиялық бақылау физико-химический контроль															
			зерттеу нөмірі номер исследования	зерттеу күні дата исследования	көрсеткіштер атауы наименование показателей													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	

№ 441/е.-н. 3-беті

стр. 3 ф. № 441/у

Ф С (В Ф С)			б о й ы н ш а		
по ФС (ВФС)					
биологиялық биологический контроль			бақылау		
пирогендік пирогенность			уыттылығы немесе зиянсыздығы токсичность или безвредность		

зерттеу нөмірі номер исслед.	зерттеу күні дата исслед.	нәтиже результат	зерттеу номер исслед.	нөмірі	зерттеу дата исслед.	күні	нәтиже результат
19	20	21	22		23		24

продолжение таблицы

ФС (ВФС) бойынша по ФС (ВФС)			ТТБ-нің қорытындысы Заключение ОТК	ТТБ-нің қ о л ы подпись ОТК	талдау аналитический паспорт		
бактериологиялық бақылау бактериологический контроль					нөмірі номер	берілу күні дата выдачи	алушының қолы подпись получателя
зерттеу нөмірі номер исслед.	зерттеу күні дата исслед.	нәтиже результат					
25	26	27	28	29	30	31	32

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 442/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 442/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ТАЛДАУ ТӨЛҚҰЖАТЫ АНАЛИТИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ

No

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

На _____

[illegible]

серияда (в серии)

Шыққан күні (Дата выпуска) _____

Жарамдылық мерзімі (Срок годности) _____

Талдау (Анализ выполнен по) _____ бойынша жүргізілді

[illegible]

Қорытынды (Заключение) _____

20__ жылғы (года) " __ " _____

ТТБ меңгерушісі (Заведующий ОТК) _____

қолы (подпись)

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 443/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 443/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

ӨНІМНІҢ ДАЙЫН ӨНІМ ҚОЙМАСЫНА БЕРІЛУІН ТІРКЕУ
ЖУРНАЛЫ
ЖУРНАЛ
РЕГИСТРАЦИИ ВЫДАЧИ ПРОДУКЦИИ НА СКЛАДЕ ГОТОВОЙ
ПРОДУКЦИИ

өнімнің атауы (наименование продукции)

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

1. Ведется в ОКК или лицами, на которых возложен контроль качества продукции при предъявлении и подписании накладной на выдачу продукции

2. Страницы должны быть пронумерованы, прошнурованы, скреплены печатью и подписью руководителя организации

1. СББ немесе өнімді беру жөнелтпе құжатын ұсыну немесе оған қол қою барысында өнімге сапалық бақылау жүктелген адамдар жүргізеді.

2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс

Р / с № п/п	Берілген күні	Серия нөмірі	Жөнелтпе құжаттың	Талдау төлқұжаты бойынша По аналитическому паспорту			Дайын өнім қоймасына берілді Выдано на складе готовой продукции			Жауапты адамның қолы Подпись
				Ыдыс саны			Ыдыс саны			

	Дата выдачи	Номер серии	нөмірі Номер накладной	Коли- чество сосудов	Ыдыс көлемі Объем сосуда	Барлығы Всего л	Коли- чество сосудов	Ыдыс көлемі Объем сосуда	Барлығы, л Всего, л	ответст- венного лица
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 444/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 444/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

САПАНЫ БАҚЫЛАУ БӨЛІМШЕСІ (СББ) ЖАРАМСЫЗ ДЕП ТАПҚАН ҚАН ПРЕПАРАТТАРЫН ТІРКЕУ ЖУРНАЛЫ ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПРЕПАРАТОВ КРОВИ, ЗАБРАКОВАННЫХ ОТДЕЛЕНИЕМ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА (ОКК)

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

1. СББ немесе өнімнің сапасын
қадағалау жүктелген адамдар
жүргізеді
2. Журнал беттері нөмірленуі,
1. Ведется в ОКК или лицами, на
которых возложен контроль качества
п р о д у к ц и и
2. Страницы должны быть

тігілуі, мөрмен және ұйым пронумерованы, прошнурованы,
басшысының қолымен бекітілуі тиіс скреплены печатью и подписью
руководителя организации

р / с № п/п	Өнімнің атауы Наимено- вание продукции	Серия нөмірлері Номера серий	Мөлшері (л, сауыт, амп.) Количество (л, фл., амп.)	Өнім қандай көрсетімдер бойынша жарамсыз деп табылды По каким показаниям забракована продукция	Күні Дата	Қабылданған шаралар (қайта өңдеуге жіберілді, жойылды және т.б.) Принятые меры (направлено на переработку уничтожено и пр.)	СББ-ға жауапты тұлғаның қолы Подпись ответственного лица ОКК
1	2	3	4	5	6	7	8

A4 форматы

Формат A4

	К Ұ Ж Ж бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 444-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 444-1/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

**дайындаушы кәсіпорынның атауы (наименование
предприятия-изготовителя)**

Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) есепке алу

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

учета рекламации (претензий) на продукцию

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Журнал

беттері

нөмірленуі,

Страницы

должны

быть

тігілуі,

мөрмен

бекітіліп,

ТББ

пронумерованы,

прошнурованы,

бастығының қолы қойылуы тиіс

скреплены

печатью,

подписаны

начальником ОТК

Р / с № п/п	Өнімнің атауы, серия нөмірі, Н Т Қ Наименование продукции, номер серии, НТК	Рекламация түскен күн Д а т а поступления рекламации	Өнімге рекламация білдірген ұйымның атауы Наименование организации, предъявившей рекламацию	Рекламация мазмұны Содержание рекламации	Жарамсыз деп табылған өнімнің қ ұ н ы Стоимость забракованной продукции
1	2	3	4	5	6

продолжение таблицы

Қайтарылған өнімнің мөлшері Количество возвращенной продукции	Рекламацияның қаралған күні Д а т а рассмотрения рекламации	Қабылданған ш е ш і м Принятое решение	Ақауларды (болдырмау) қабылданған іс-шаралар Меры, принятые по устранению (недопущению) дефектов	Рекламациядан болған шығын Потери от рекламации
7	8	9	10	11

А4 форматы

Формат А4

	К Ұ Ж Ж б о й ы н ш а ұ й ы м к о д ы
	Код организации по ОКПО _____

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 445/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Форма № 445/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан 23 ноября 2010 года № 907

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

МҰРАҒАТТЫҚ ҮЛГІЛЕР МЕН ОЛАРДЫ БАҚЫЛАУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТІРКЕУДІ ЕСЕПКЕ АЛУ

ЖУРНАЛЫ

ЖУРНАЛ

УЧЕТА АРХИВНЫХ ОБРАЗЦОВ И РЕГИСТРАЦИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ИХ КОНТРОЛЯ

Сноска. Форма с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

- Нысан қан қызметі ұйымдары 1. Форма применяется для учета
шығаратын, арбитраждық талдау образцов препаратов, выпускаемых
жүргізуге арналған препараттар организациями службы крови и
үлгілерін есепке алу және предназначенных для выполнения
препараттарды сақтау барысында арбитражных анализов, а также для
олардың сапасын бақылау үшін наблюдения за качеством препаратов в
қолданылады. процессе их хранения
- Журнал ТТБ-де үлгілердің 2. Журнал ведется в ОТК и
түсуі және оларды талдау заполняется по мере поступления
барысында жүргізіледі. образцов и проведения их анализа
- Журнал беттері нөмірленуі, 3. Страницы должны быть
тігілуі, мөрмен және ұйым пронумерованы, прошнурованы,
басшысының қолымен бекітілуі скреплены печатью и подписью
тііс руководителя организации.

[illegible]

продолжение таблицы

[illegible]

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	БСН бойынша ұйым коды Код организации по БИН	_____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қ а з а қ с т а н Р е с п у б л и к а с ы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446/е нысанды медициналық құжаттама	
Ұйымның Наименование	атауы организации	Медицинская документация форма 446/ у утверждена приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "23" ноября 2010 года № 907	

При наличии медицинской информационной системы форма ведется в электронном виде.

Сноска. Приложение дополнено формой в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 31.07.2012 № 514 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования); с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Донорлық / дербес сақтауға арналған
кіндік қан үлгілерін банктеу процедурасын тіркеу журналы
(Журнал регистрации процедуры банкирования образцов плацентарной крови для донорского/персонального хранения)

20__ жылғы(года) "___" ____ басталды(начато)			20__ жылғы(года) "___" _____ аяқталды(окончено)		
1. Журналды зертхананың жауапты адамы толтырады (журнал заполняется ответственным лицом лаборатории)					
2. Журнал беттері нөмірленуі, тігілуі, мөрмен және ұйым басшысының қолымен бекітілуі тиіс (страницы нумеруются, прошнуровываются, скрепляются печатью и подписью руководителя организации)					
			Донор-әйел және нәресте туралы мәліметтер (Данные о женщине-доноре и новорожденном)	Кіндік қан жөніндегі мәліметтер	Донордың перифериялық қанның трансфузиялық инфекцияларға тексеру нәтижелері

Р/с № (п)	Кіндік қанды жинау(күні, уақыты, жинау орыны) (Сбор плацентарной крови (дата, время, место сбора))	Кіндік қанды жеткізу (күні, уақыты) (Доставка плацентарной крови (дата, время))	Аты-жөні(болған жағдайда) туған күні, қан тобы, резус, ұлты, мекен ж а й ы ФИО(при его наличии) дата рождения, группа крови, R h , национальность , домашний адрес)	Жүктілік, босану реті (Беременность , роды по счету) Нәрістің жынысы және салмағы (Поли вес ребенка)	(жалпы, жұмыс, таза салмағы, дозада*10 ^{^9} ЯЖ) (Данные по ПК (общий, рабочий, чистый вес , ЯСК, *10 ^{^9} в дозе))	(Результаты обследования периферической крови донора на трансфузионные инфекции)			
						Маркерлер (Маркеры)	Күні (Дата)	Зерттеу (№ исследования)	Нәтиже (Результат)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
						АИТВ-1,2 (ВИЧ-1,2)			
						ВГВ			
						ВГС			
						Мерез (Сифилис)			
						П Т Р (ПЦР)			

Иммуногематологиялық зерттеу күні және нәтижелері (Дата и результаты иммуногематологического исследования)	Процессингке рұқсат беру жөнінде белгі Рұқсат берілген жағдайда штрих-код қ о ю / жарамсыз жағдайда – себебін көрсету (Отметка о допуске к процессингу. В случае допуска присвоить штрих-код, п р и выбраковке - указать причину)	Өнім (ГДЖ үлгісі) туралы мәліметтер (Данные о продукте (образце ГСК))			HLA-типирлеу нәтижелері (Результаты HLA-типирования)	Алу күні (бақылау және трансплатацияға беру) (Дата изъятия (выдачи на контроль, трансплантацию))	Еск (Пр)
		Процессинг және криоконсервация туралы мәліметтер бөліп алу әдісі, мұздату күні, сақтау орны (криомұздатқыш) (Данные о процессинге и криоконсервации , метод выделения, дата заморозки, место хранения (криохранилище))	Көлемі , мл ЯЖ, дозада *10 ^{^7} CD34+ , % CD34+ , *10 ^{^6} /кг (Объем , мл ЯСК, *10 ^{^7} в дозе CD34+ , % CD34+ , *10 ^{^6} /кг)	Стерильдікке тексеру (нәтижені алу күні, талдау №, нәтиже) (Исследование н а стерильность (дата получения результата, № анализа, результат))			

11	12	13	14	15	16	17	18
А н а с ы (М а т ь)							
Кіндік қаны (Плацентарная кровь)							

Форма

А4 форматы

Формат А4

	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 446-1/е нысанды медициналық құжаттама
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская документация Ф о р м а № 4 4 6 - 1 / у утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан "23" ноября 2010 года № 907

Сноска. Форма № 446-1/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

Ф о р м а т А4 форматы	А 4	ҚҰЖЖ бойынша ұйым коды Код организации по ОКПО _____
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы "23" қарашадағы № 907

Министерство здравоохранения Республики Казахстан	бұйрығымен № 446-2/е нысанды медициналық құжаттама	бекітілген
Ұйымның атауы Наименование организации	Медицинская Ф о р м а у т в е р ж д е н а и.о. Министра Р е с п у б л и к и "23" ноября 2010 года № 907	документация 4 4 6 - 2 / у п р и к а з о м з д р а в о о х р а н е н и я К а з а х с т а н

Сноска. Форма № 446-2/у исключена приказом Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Приложение 7
к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Приказ дополнен приложением 7-1 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 05.09.2011 № 583 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования); в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 29.12.2018 № ҚР ДСМ-48 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Денсаулық сақтау ұйымдарының есеп медициналық құжаттамасының формалардың тізімі және оларды сақтау мерзімдері/
Перечень форм первичной учетной медицинской документации организаций здравоохранения и сроки их хранения

1. СТАЦИОНАРДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕП ҚҰЖАТТАМАСЫ/ МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В СТАЦИОНАРЕ

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта больного туберкулезом	ТБ 01/у	А4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет

2	Туберкулезге шалдыққан iv категориялық науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта больного туберкулезом категории IV	ТБ 01/у – категория IV	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
3	Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеу журналы (облыс, қала, аудан) Журнал регистрации больных туберкулезом область, город, район	ТБ 03/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
4	Туберкулезбен ауыратын iv санаттағы науқастарды тіркеу журналы/ Журнал регистрации больных туберкулезом категории IV	ТБ 11/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
5	Туберкулезге қарсы препараттарды есепке алу журналы (дәріханалық қоймалармен туберкулезге қарсы ұйымдарының бөлімшелеріне) Журнал учета противотуберкулезных препаратов (для аптечных складов и отделений противотуберкулезных организаций)	ТБ 12/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
6	Стационарлық науқастың медициналық картасы/ Медицинская карта стационарного больного	003/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет
7	Жүктілікті үзудің медициналық картасы/ Медицинская карта прерывания беременности	003-1/у	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
8	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және диагностикалық стандарттардың қабылдануы мен таратылуын тіркеу журналы/ Журнал регистрации поступления и выдачи крови, ее компонентов, препаратов, диагностических стандартов	005-2/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
9	Медициналық ұйымдарда қанның компоненттері мен препараттарын есептен шығаруды және жоюды тіркеу журналы/ Журнал регистрации списания и утилизации компонентов и препаратов крови в медицинских организациях	005-4/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
10	Ретроплацентарлық қанды жинауды есепке алу журналы/Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
11	Науқастар мен стационардың төсек қорының қозғалыстарын есепке алу парағы/ Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	007/у	A4	Бланк	1 жыл/ год
12	Стационардағы операциялық әрекеттерді жазу журналы/ Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	008/у	A4	Журнал	50 жыл/ лет
13	Инфузиялық-трансфузиялық заттарды құюды тіркеу журналы/ Журнал регистрации переливания инфузионно-трансфузионных сред	009/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
14	Қан және оның компоненттері реципиенттерін есепке алу журналы/ Журнал учета реципиентов крови и ее компонентов	009-1/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
15	Стационарда босануды жазу журналы/Журнал записи родов в стационаре	010/у	A4	Журнал	25 жыл/ лет
16	Мәйіттердің келіп түсуі мен берілуін тіркеу журналы/ Журнал регистрации поступлений и выдачи трупов	015/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
17	Биологиялық өлімді констатациялау актісі/ Акт констатации биологической смерти	017/у	A5	Бланк	25 жыл/ лет
18	Транспланттау үшін донор-мәйіттен ағзалар мен тіндерді алу актісі/Акт об изъятии органов тканей у донора - трупа для трансплантации	018/у	A5	Бланк	25 жыл/ лет
19	Ми өлімі негізінде өлімді констатациялау актісі/ Акт констатации смерти на основании смерти мозга	019/у	A4	Бланк	25 жыл/ лет
20	Мәжбүрлеп емдеу үшін наркологиялық ұйымдағы (бөлімшедегі) оқиғаларды тіркеу журналы/ Журнал учета происшествий в наркологической организации для принудительного лечения (отделении	022/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет

	) и учета лиц, содержащихся в изоляторе наркологической организации для принудительного лечения (отделении)				
21	Консервіленген сүйек кемігін есепке алу журналы/ Журнал учета консервированного костного мозга	024/y	A4	Журнал	25 жыл/лет
22	Қатерлі ісік пенауырған стационарлық науқастың медициналық картасынан көшірме /Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием	027-1/y	A4	Бланк	10 жыл/лет
23	Науқаста асқынған түрдегі қатерлі ісік (IV клиникалық топ) анықталған жағдайға толтырылатын хаттама /Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования клиническая группа IV	027-2/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
24	Консервіленген донорлық тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктері) паспорты/ Паспорт консервированной донорской ткани и (или) органа (части органа)	034/y	A5	Бланк	25 жыл/лет
25	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы Статистическая карта выбывшего из стационара	066/y	A4	Бланк	1 жыл/год
26	Наркологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из наркологического стационара	066-1/y	A4	Бланк	1 жыл/год
27	Онкологиялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из онкологического стационара	066-2/y	A4	Бланк	1 жыл/год
28	Психиатриялық стационардан шыққан адамның статистикалық картасы/ Статистическая карта выбывшего из психиатрического стационара	066-3/y	A4	Бланк	1 жыл/год
29	Стационардан шыққан адамның статистикалық картасы (жүкті, босанған әйелге және жаңа туған (өлі туған) нәрестеге)/ Статистическая карта выбывшего из стационара (беременной, родильницы и новорожденного (мертворожденного))	066-5/y	A4	Бланк	1 жыл/год
30	Босану тарихы/ История родов	096/y	A4	Дәптер/Тетрадь	25 жыл/лет
31	Нәрестенің даму тарихы/История развития новорожденного	097/y	A4	Дәптер/Тетрадь	25 жыл/лет
32	Нәрестелер бөлімшесінің (палатасының) журналы Журнал отделения палаты новорожденных	102/y	A4	Дәптер/Тетрадь	5 жыл/лет

2. СТАЦИОНАРЛАР МЕН АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ-ЕМХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕП ҚҰЖАТТАМАСЫ/ МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В СТАЦИОНАРАХ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Р/с № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6

1	Психикалық белсенді затты қолдану және мас болу күйін медициналық куәландыруды тіркеу журналы / Журнал регистрации медицинского освидетельствования для установления психоактивного вещества и состояния опьянения	022-2/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
2	Тәуелсіз сарапшының есеп картасы / Учетная карта независимого эксперта	023/y	A4	Бланк	1 жыл/ год
3	Амбулаториялық, стационарлық наукастың медициналық картасынан көшірме / Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
4	Емшараларды есепке алу журналы / Журнал учета процедур	029/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
5	Ерітілген цитостатиктер есебінің журналы / Журнал учета разведенных цитостатиков	029-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
6	Дәрігерлік-консультациялық комиссияның қорытындыларын жазу журналы / Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии	035/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
7	Дәрігерлік - консультациялық комиссияның қорытындысы / Заключение врачебно - консультационной комиссии	035-1/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
8	Анықтама / Справка	035-2/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
9	ЕурАзЭҚ кіретін елдердегі еңбекші-мигранттың денсаулық жағдайы жөніндегі медициналық қорытынды (Медицинское заключение о состоянии здоровья трудящегося-мигранта государства-члена ЕврАзЭС)	035-3/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
10	Еңбекке жарамсыздық парақтарын тіркеу кітабы / Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/y	A4	Кітап (Книга)	(3 жыл/ года)
11	СӨСҚ жөніндегі іс-шараларды есепке алу журналы / Журнал учета мероприятий по ФЗОЖ	038/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
12	Рентген-диагностикалық бөлімшесінің, УДЗ және компьютерлік томография бөлмесінің жұмысын есепке алу күнделігі / Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения, кабинета УЗИ и компьютерной томографии	039-5/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
13	Эндоскопиялық бөлімшенің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы / Журнал учета работы эндоскопического отделения кабинета	039-7/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
14	Функциялық диагностика бөлімшесінің (бөлмесінің) жұмысын есепке алу журналы / Журнал работы отделения кабинета функциональной диагностики	039-8/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
15	Рентгенологиялық, ультрадыбыстық (УДЗ), компьютерлік-томографиялық (КТ) және магниттік-резонанстық томографиялық (МРТ) зерттеулерді жазу журналы / Журнал записи рентгенологических, ультразвуковых и компьютерно-томографических исследований	050/y	A4	Журнал	6 жыл/ лет
16	Сәуле терапиясының журналы / Журнал лучевой терапии	051-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
17	Инфекциялық ауруларды тіркеу журналы / журнал учета инфекционных заболеваний	060/y	A5	Журнал	3 жыл/ года

18	Мүгедектерді тіркеу және медициналық оңалту журналы / журнал регистрации и реабилитации инвалидов	088-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
19	Пациент/мүгедекті оңалтудың жеке бағдарламасының медициналық бөлігі / Медицинская часть индивидуальной программы реабилитации пациента/инвалида	088-2/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
20	Обыр немесе басқа қатерлі ісік диагнозы өмірінде бірінші рет қойылған науқас туралы Мәлімдеме / Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования	090/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
21	ГБО сеанстарын тіркеу журналы / Журнал регистрации сеансов ГБО	093-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
22	Мас болу немесе мас болуымен байланысты әрекеттер, ішімдікті көп мөлшерде қолдану салдарынан немесе есірткелік жіті ұыттанған уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы Анықтама / Справка о временной нетрудоспособности при заболеваниях вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, злоупотреблением алкоголя или наркотической интоксикацией	094/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
23	Анықтама студенттің, колледж, кәсіби-техникалық училище оқушысының уақытша еңбекке жарамсыздығы туралы, мектепке, мектепке дейінгі балалар ұйымына барушы балалардың ауырғаны, карантинде болуы және басқа да келмеу себептері туралы / Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося колледжа, профессионально-технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детскую дошкольную организацию	095/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
24	Анықтаманың бақылау талоны. Еңбекке уақытша жарамсыздық туралы № _ анықтама / Контрольный талон к справке.Справка о временной нетрудоспособности	095-2/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
25	Телемедицина орталығының телекоммуникация каналын пайдалану туралы тіркеу журналы / Журнал учета использования канала телекоммуникаций телемедицинским центром	099-3/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
26	Сот-психиатриялық сараптаманың қорытындысы/ Заключение судебно-психиатрической экспертизы	100/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
27	Сотталған адамды психиатриялық куәландыру Қорытындысы / Заключение психиатрического освидетельствования осужденного	101/y	A5	Бланк	дмн*
28	ИКСИЭКҰ шарасын өткізу хаттамасы / Протокол проведения процедуры ЭКО ИКСИ	103/y	A4	Бланк	10 жыл/ лет
29	Медициналық туу туралы куәлік/ Медицинское свидетельство о рождении	103-12/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
30	Мәжбүрлеп емдеудегі тұлғаларды психиатриялық куәландырудың Қорытындысы / Заключение психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	104/y	A4	Бланк	дмн*
31	Стационарлық және амбулаториялық сот-психиатриялық сараптаманы тіркеу журналы / Журнал регистрации	105/y	A4	Журнал	

	стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы				3 жыл/ года
32	Сот-психиатриялық сараптама комиссиясының істері (қылмыстық және азаматтық) мен қорытындыларын қабылдауды, беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации приема, выдачи дел уголовных и гражданских и заключений судебно-психиатрических экспертных комиссий	105-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
33	Медициналық қызметтерді көрсету ақаулары есепке алу картасы (МҚАЕ) / Карта учета дефектов оказания медицинских услуг (ДОМУ)	106/y	A4	Бланк	дмн*
34	Қайтыс болуы туралы медициналық куәлік / Медицинское свидетельство о смерти	106-12/y	A4	Бланк	15 жыл/ лет
35	Перинаталдық өлім туралы медициналық куәлік / Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	106-2-12/y	A4	Бланк	15 жыл/ лет
36	Жүкті және босанатын әйелдің алмасу картасы / Обменная карта беременной и родильницы	113/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
37	ЭКҰ тағайындау парағы (Лист назначения ЭКО)	125/y	A4	Бланк	1 жыл / год
38	Медициналық манипуляцияларды жүргізу кезіндегі апаттық жағдайларды тіркеу журналы / Журнал регистрации аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций	135/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
39	АИТВ-инфекциясына қан алуды есепке алу журналы / Журнал учета забора крови на ВИЧ - инфекцию	136/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
40	Тірі туған, өлі туған және 5 жасқа дейінгі қайтыс болған балаларды есепке алу картасы / Карта учета, родившегося живым, мертворожденного и умершего ребенка в возрасте до 5 лет	2009/y	A4	Бланк	1 жыл/ год
41	Ана өлім-жітімін есепке алу картасы / Карта учета материнской смертности	2009-1/y	A4	Бланк	1 жыл/ год

3. АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ-ЕМХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНДА ҚОЛДАНЫЛАТЫН МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕП ҚҰЖАТТАМАСЫ/ МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Р/с № № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Амбулаториялық пациенттің медициналық картасы / Медицинская карта амбулаторного пациента	025/y	A4	Дәптер/Тетрадь	25 жыл/ лет

2	Дәрігердің қабылдауына арналған талон / Талон на прием к врачу	025-4/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
3	Амбулаториялық пациенттің картасы (Карта амбулаторного пациента)	025-5/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
4	Баланы профилактикалық медициналық тексерудің (Скринингтің) статистикалық картасы/ Карта профилактического осмотра (скрининга ребенка)	025-7/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
5	Профилактикалық медициналық тексеріп-қарау (скрининг) амбулаториялық пациенттің үшін картасы / Карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента	025-8/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
6	Баланың медициналық картасы (Мектеп, мектеп-интернат, бала бақша, бүлдіршіндер бақшасы үшін) / Медицинская карта ребенка (для школы, школы-интерната, детского сада, яслей-сада)	026/y	A5	Дәптер/ Тетрадь	10 жыл/ лет
7	Баланың медициналық картасы (балалар үйі үшін) (қыз бала) / Медицинская карта ребенка (для детского дома) (девочка)	026-1/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	10 жыл/ лет
8	Баланың медициналық картасы (балалар үйі үшін) (ұл бала) / Медицинская карта ребенка (для детского дома) (мальчик)	026-2/y	A4	Дәптер/ Тетрадь,	10 жыл/ лет
9	Диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы / Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/y	A5	Бланк	5 жыл/ лет
10	"В" және "С" вирусты гепатиттерге тексерілгендер және ауыратын науқастарды жеке есепке алу картасы (Карта индивидуального учета обследованных и больных вирусными гепатитами "В" и "С")	030-1/e	A4	Бланк	25 жыл (лет)
11	Психикалық (есірткіден) бұзылысы бар адамды бақылау картасы / Карта наблюдения за лицом с психическим (наркологическим) расстройством	030-2/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
12	Диспансерлік бақылаудың тексеру картасы (онко) / Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)	030-6/y	A4	Бланк	25 жыл/ лет
13	Дәрігерлерді үйге шақыртуды жазу кітабы / Книга записи вызовов врачей на дом	031/y	A4	Кітап (Книга)	3 жыл/ года
14	Үйде босануды жазу журналы / Журнал записи родовспоможения на дому	032/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
15	Стоматологиялық емхананың, бөлімшенің, бөлменің стоматолог- (тіс) дәрігерінің жұмысын күнделікті есепке алу парағы / Листок ежедневного учета работы врача стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета	037/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
16	Ортопед (ортодонт) стоматолог- дәрігерінің күнделікті жұмысын есепке алу парағы (Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ортодонта))	037-1/e	A5	Бланк	1 жыл (год)
17	Стоматологиялық науқастың медициналық картасы / Медицинская карта стоматологического больного	043/y	A5	Дәптер/ Тетрадь	5 лет
18	Құтырмаға қарсы көмек алуға келгендер картасы / Карта обратившегося за антирабической помощью	045/y	A5	Бланк	3 года
19	Ауыз қуысын профилактикалық тексеріп-қарауды есепке алу журналы / Журнал учета профилактических осмотров полости рта	049/y	A4	Журнал	1 жыл/ год

20	Профилактикалық флюорографиялық тексеріп-қарау картасы / Карта профилактических флюорографических обследований	052/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
21	Әскерге шақыру жасына дейінгі жастардың емдеу картасы Лечебная карта допризывника	053/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
22	Әскерге шақырғанға дейінгілердің жеке тізімі (жүйелі түрде емдеуге) / Именной список допризывников для систематического лечения	054/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
23	Пациентті/клиентті және көрсетілген әлеуметтік қызметті тіркеу журналы (Журнал регистрации пациента/клиента и оказанных социальных услуг)	055/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
24	Әлеуметтік қызметкермен/ психологпен толтырылатын пациенттің картасы / Карта пациента, заполняемая социальным работником/психологом	055-1/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
25	Медициналық ұйымдарға тіркеу талоны / Талон прикрепления к медицинской организации	057/y	A4	Бланк	1 жыл/ год
26	Дене шынықтырушы мен спортшының дәрігерлік - бақылау картасы / Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена	061/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	3 жыл/ года
27	Профилактикалық екпелердің картасы / Карта профилактических прививок	063/y	A5	Бланк	5 жыл/ лет
28	Профилактикалық екпелерді есепке алу журналы / Журнал учета профилактических прививок	064/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
29	Жаңа туған нәрестелерге (перзентхана) профилактикалық екпелерді есепке алу журналы / Журнал учета профилактических прививок новорожденным роддома	064-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
30	Вакциналар қозғаласының журналы/ Журнал движения вакцин	064-2/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
31	Жаппай басқа іс шаралары, спорттық іс шаралары және дене шынықтыру сабақтарында көрсетілген медициналық көмекті тіркеу журналы / Журнал регистрации медицинской помощи , оказываемой на занятиях физической культурой и спортивных мероприятиях	067/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
32	Амбулаторлық операцияларды жазу журналы / Журнал записи амбулаторных операций	069/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
33	Жолдама алуға анықтама / Справка для получения путевки	070/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
34	Медициналық қорытынды / Медицинское заключение	071/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
35	Санаторийлік - курорттық карта / Санаторно-курортная карта	072/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
36	Балалар санаторийіне жолдама / Путевка в детский санаторий	077/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
37	Сауықтыру лагеріне баратын мектеп оқушысына медициналық анықтамасы / Медицинская справка на школьника, отъезжающего в оздоровительный лагерь	079/y	A5	Бланк	
38	Туберкулезбен ауыратын наукастың амбулаториялық картасы / Амбулаторная карта больного туберкулезом	081/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет

39	Медициналық анықтама (Шет елге шығушыға) / Медицинская справка для выезжающего за границу	082/y	A5	Бланк	
40	Көлік құралын басқаруға рұқсат алу туралы медициналық анықтама / Медицинская справка о допуске к управлению транспортным средством	083/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
41	Көлік құралын басқаруға анықтама беру және одан бас тартуларды тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления и отказов в выдаче медицинской справки на право управления транспортным средством	083-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
42	Жүкті әйелді басқа жұмысқа ауыстыру туралы дәрігердің қорытындысы / Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
43	Дәрігерлік кәсіби-консультациялық қорытынды медициналық анықтама (Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение))	086/y	A5	Бланк	3 жыл/ года
44	Медициналық тексеру қорытындысы (Азаматтық және қызметтік қаруды сатып алуға, сақтауға, сақтауға және алып жүруге рұқсат алуға) / Заключение медицинского осмотра для получения разрешения на приобретение, хранение, хранение и ношение гражданского и служебного оружия	108-1/y	A4	Бланк	3 жыл/ года
45	Жүкті және жаңа босанған әйелдің жеке картасы / Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
46	Баланың даму /История развития ребенка	112/y	A4	Дәптер/ Тетрадь	25 жыл/ лет
47	20 ____ жыл үшін наркологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с наркологического диспансера за 20__ год	127/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
48	20 ____ жыл үшін психоневрологиялық диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с психоневрологического диспансера за 20__ год	127-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
49	20 ____ жыл үшін туберкулезге қарсы диспансерден анықтама беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации предоставления справки с противотуберкулезного диспансера за 20__ год	129/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
50	Тегін немесе жеңілдікті рецепт / Рецепт бесплатный, платный или льготный	130/y	A6	Бланк	1 жыл/ год
51	Ауру баланы күту үшін жұмыстан уақытша босату туралы анықтама / Справка о временном освобождении от работы по уходу за больным ребенком	138/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
52	Амбулаториялық науқастарды тіркеу журналы /Журнал регистрации амбулаторных больных	278/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
53	Тексеріп-қарау кабинетінің (ер, әйел) күн сайын қабылдау журналы / Журнал ежедневного приема смотрового (мужского, женского) кабинета	278-1	A4	Журнал	3 жыл/ года

54	Скринингтен өтуі тиіс пациенттерді есепке алу журналдары / Журнал учета пациентов, подлежащих маммографическому скринингу	278-2	A4	Журнал	3 жыл/ года
55	Туберкулезді күдік тудырған наукастарды тіркеу журналы / Журнал регистрации больных с подозрением на туберкулез	ТБ 15/у	A4	Журнал	5 жыл/ лет
56	Диспансерлік контингентті бақылау картасы / Карта наблюдения за диспансерным контингентом	ТБ 16/у	A5	Бланк	5 жыл/ лет

4. БАСҚА ТҮРЛЕРДІҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕП ҚҰЖАТТАМАСЫ/ МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ДРУГИХ ТИПОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Р/ с № № п/ п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/ Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/ Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	АИТВ-инфекциясын жұқтырғандардың (ИБ (+) ТІРКЕУ журналы/Журнал регистрации ИБ + ВИЧ-инфицированных	060-2/у	A4	Журнал	дмн*
2	Жедел және шұғыл медициналық жәрдем бригадасын шақырту картасы / Карта вызова бригады скорой и неотложной медицинской помощи	110/у	A5	Бланк	2 жыл/ года
3	Учаскелік дәрігерге жіберілетін дабыл парағы / Сигнальный лист участковому врачу	110-1/у	A5	Бланк	2 жыл/ года
4	Санитариялық авиация бригадасын шақыру картасы / Карта вызова бригады санитарной авиации	110-2/у	A5	Бланк	2 жыл/ года
5	Жедел медициналық жәрдем станциясының (сырқатнамасына тігіледі) ілеспе парағы. Жедел медициналық жәрдем станциясының ілеспе парағының талоны (науқас ауруханадан шыққаннан немесе қайтыс болғаннан кейін жедел жәрдем станциясына жіберіледі)/ Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи (подшивается к истории болезни). Талон к сопроводительному листу станции скорой медицинской помощи (после выписки или смерти больного пересылается на станцию скорой помощи) №__	114/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
6	Шақыртулардың қабылдануын, САОМБ (Санитарлы авиация орталығының мобильді бригадасы) орындауын тіркеу журналы/ Журнал регистрации приема вызовов, их выполнение МБСА (Мобильная бригада санитарной авиации)	117/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
7	Санитариялық ұшуға тапсырма / Задание на санитарный полет	118/у	A5	Бланк	1 жыл/ год
8	№ ____Оралымды мәлімдеме / Оперативная заявка № __	118-1/у	A5	Бланк	1 жыл/ год

9	Тапсырма (Консультант-дәрігерге) Тапсырманы орындау туралы анықтама / Задание врачу-консультанту. Справка о выполнении задания.	119/у	A5	Бланк	1 жыл/год
10	Балалар үйіне балаларды қабылдауды есепке алу журналы / Журнал учета приема детей в дом ребенка	121/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
11	Вирусқа қарсы АИТВ ДНК анықтау үшін ПЦР түскен материалды тіркеу журналы (Журнал регистрации материала, поступившего на ПЦР для определения провирусной ДНК ВИЧ)	264-1/у	A4	Журнал	3 жыл/года
12	АИТВ вирустық жүктемесіне түскен материалды тіркеу журналы / Журнал регистрации материала, поступившего на вирусную нагрузку ВИЧ	264-2/у	A4	Журнал	3 жыл/года
13	АИТВ-тың антиретровирустық препараттарға тұрақтылығын анықтау нәтижелерін тіркеу ЖУРНАЛЫ / Журнал регистрации результатов на определение резистентности ВИЧ к антиретровирусным препаратам	264-10/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
14	ИФТ әдісімен зерттеуге түскен материалды тіркеу журналы/ Журнал регистрации материала, поступившего на исследование	266/у	A4	Журнал	3 жыл/года
15	АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы (Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на антитела к ВИЧ)	267/у	A4	Журнал	3 жыл/года
16	____ ИФТ-ға алғашқы оң нәтижелі қан сарысуларын тіркеу журналы Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА на _____	267-3/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
17	ЖИТС-пен ауырған немесе АИТВ-инфекциясын жұқтырған адамдардың оң нәтижелі сарысуының қозғалысын тіркеу журналы / Журнал движения положительных сывороток от ВИЧ-инфицированных	268/у	A4	Журнал	3 жыл/года
18	Жұқтырылған материалдарды залалсыздандыру журналы / Журнал обеззараживания инфицированных материалов	269/у	A4	Журнал	2 жыл/года
19	АИТВ-ға антиденелерді тексеру қорытындысы (ЖИТС РО диагностикалық зертханасы) № _ / Результат исследования на антитела к ВИЧ (диагностическая лаборатория РЦ СПИД) №	270/у	A5	Бланк	1 жыл/год
20	АИТВ-инфекциясын жұқтырып қайтыс болған адамдарды есепке алу журналы Журнал учета летальности при ВИЧ-инфекции	270-2/у	A4	Бланк	3 жыл/года
21	АИТВ-инфекциясын жұқтырған жүкті әйелдер мен жүктіліктің аяқталуын есепке алу журналы / Журнал учета ВИЧ-инфицированных беременных и исходов беременностей	270-3/у	A4	Журнал	5 жыл/лет
22	АИТВ-ға тестке дейін және тесттен кейін кеңес беруді есепке алу журналы / Журнал учета проведения до и после тестового консультирования на ВИЧ	270-4/у	A4	Журнал	3 жыл/года
23	АИТВ-инфекциясын жұқтырған пациенттерге антиретровирустық емдеу жүргізуді есепке алу журналы / Журнал учета проведения антиретровирусного лечения ВИЧ - инфицированным пациентам	270-5/у	A4	Журнал	3 жыл/года

24	АИТВ жұқтырған анадан туған баланы есепке алу журналы / Журнал учета ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери	270-6/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
25	Зертхана қызметкерлерін тексеруді тіркеу журналы / Журнал регистрации обследования сотрудников лаборатории	271/y	A4	Журнал	3 жыл/года
26	АИТВ антиденелерге тексерілгені туралы сертификаттарды беру журналы / Журнал выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ	272/y	A4	Журнал	3 жыл/года
27	ЖИТС РО диагностикалық зертханасына қайта тексеруге түскен қан сарысуының нәтижелерін тіркеу және есепке алу журналы / Журнал регистрации и учета результатов сывороток крови, поступивших на переконтроль в диагностическую лабораторию РЦ СПИД	272-1/y	A4	Бланк	5 жыл/лет
28	АИТВ-инфекциясын тасымалдаушысы болып табылатын адаммен құпия әңгімелесу парағы / Лист конфиденциального собеседования с лицом больным СПИДом или носителем ВИЧ-инфекции	275/y	A4	Бланк	25 жыл/лет
29	Бракераждық журнал / Бракеражный журнал	280/y	A4	Бланк	3 жыл/года
30	CD-4, CD-8 анықтау үшін алынған үлгілердің қорытындысын тіркеу журналы / Журнал учета результатов образцов, поступающих для определения CD-4, CD-8	281-1/y	A4	Журнал	3 жыл/года

5. МЕДИЦИНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ ҚҰРАМЫНДАҒЫ ЗЕРТХАНАЛАРДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕП ҚҰЖАТТАМАСЫ/ МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ЛАБОРАТОРИЙ В СОСТАВЕ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Р/с № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	(№_____ сериялы бақылаудағы сарысудың қайтаөндірілуінің параметрлерін зерттеу нәтижелерін) бақылау картасы / Контрольная карта (контроль воспроизводимости результатов исследования параметров контрольной сыворотки серии №)	200/y	A5	Бланк	1 жыл/год
2	Жолдама / Направление	201/y	A5	Бланк	1 жыл/год
3	Ұлтабарды сүңгілеу картасы / Карта дуоденального зондирования	222/y	A4	Бланк	25 жыл/лет
4	Дуоденал сұйықтығының талдауы (Анализ дуоденального содержимого)	222-1/e	A6	Бланк	25 жыл/лет

5	Жұлын сұйықтығының талдауы / Анализ спинномозговой жидкости	223/y	A5	Бланк	25 жыл/ лет
6	Сүйек кемігі пунктатының талдауы / Анализ пунктата костного мозга	227/y	A5	Бланк	25 жыл/ лет
7	Микробиологиялық зерттеу мен ажыратып алынған культуралардың химиятерапиялық препараттарға сезімталдығын анықтау нәтижелері (Результат микробиологического исследования и определения чувствительности выделенных культур к химиотерапевтическим препаратам)	240/e	A4	Бланк	25 жыл/ лет
8	Ыдыстар мен коректік орталардыбақылау журналы / Журнал контроля посуды и питательных сред	240-4/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
9	Тағамнан улануларды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований пищевых отравлений	240-5/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
10	Микрофлора мен антибиотиктерге сезімталдығына микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований на микрофлору и чувствительность к антибиотикам	240-6/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
11	Қанды гемокультураға микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований крови на гемокультуру	240-7/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
12	Қанды стерильдігіне микробиологиялық зерттеулер журналы / Журнал микробиологических исследований крови на стерильность	240-8/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
13	Емдік балшықтарды микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований лечебных грязей	240-9/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
14	Қанды безгекке зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований крови на малярию	240-10/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
15	Қанды эхинококка зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований крови на эхинококк	240-11/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
16	Күнделікті тұтыну заттары мен қолдар жуындыларын зерттеуді есепке алу журналы / Журнал учета исследований смывов с предметов обихода и рук	240-12/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
17	Балықты описторх пен жалпақ лентец құрттарын жұқтыруына зерттеулерді есепке алу журналы / Журнал учета исследований рыбы на зараженность личинками описторха и широкого лентеца	240-13/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
18	Уытты күл дақылын қайта себу журналы / Журнал пересева токсигенной культуры дифтерии	240-14/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
19	Стафилококкты фаготиптеу журналы / Журнал фаготипирования стафилококка	240-15/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
20	Безгек бойынша қолайсыз жерлерден келген адамдарды диспансерлік есепке алу журналы / Журнал диспансерного учета прибывших лиц из неблагополучных мест по малярии	240-17/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
21	Бастапқы сынама қозғалысының журналы / Журнал движения первичной пробы	250-1/y	A4	Журнал	3 жыл/ года

22	Сәйкессіздіктерді және қабылданған түзету шараларын есепке алу журналы / Журнал учета несоответствий и принятых корректирующих мер	250-2/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
23	Қауіпті-сыни шамаларды анықтау және беру журналы / Журнал выявления и передачи тревожно - критических величин	250-3/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
24	Микробиологиялық және паразитологиялық зерттеулерді тіркеу журналы/ Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований	252/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
25	Микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований	253/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
26	Шайындылардың стерильдігіне микробиологиялық зерттеулердің жұмыс журналы / Рабочий журнал микробиологических исследований смылов на стерильность	253-1/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
27	Ауа сынамаларына микробиологиялық зерттеуді жүргізуді тіркеу журналы / Журнал регистрации микробиологических исследований проб воздуха	253-2/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
28	Микроорганизмдердің химия терапиялық препараттарға сезімталдығын анықтауға арналған зерттеулер мен олардың нәтижесін тіркеу журналы / Журнал регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам	254/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
29	Жабдықтың зертханалық паспорты журналы / Журнал лабораторный паспорт оборудования	255/y	A4	Журнал	
30	Қоректік орталарды даярлау және тексеру журналы / Журнал приготовления и контроля питательных сред	256/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
31	Ауа, бу (автоклав) стерилизаторларының жұмысын тексеру журналы / Журнал контроля работы стерилизатора воздушного, парового автоклава	257/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
32	Стерильдікке зерттеудің жұмыс журналы / Рабочий журнал исследований на стерильность	258/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
33	Серологиялық зерттеулерді тіркеу журналы / Журнал регистрации серологических исследований	259/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
34	Серологиялық зерттеулерді тіркеу (мерезді диагностикалау) журналы / Журнал регистрации серологических исследований диагностика сифилиса	260/y	A4	Журнал	3 жыл/ года
35	Зертханашы дәрігердің күнделікті жұмысын есепке алу парағы / Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта	261/y	A4	Бланк	1 жыл/ год
36	Зертханада жасалған талдаулар санын есептеу жұмыс журналы / Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	262/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
37	кіріс бақылау актісі / Акт входного контроля	263/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
38	Үлгілерді зерттеу үшін қабылдау-өткізу актісі / Акт приёма - передачи образцов для исследования	283/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
	Туберкулездің зертханалық тіркеу журналы (МСАК зертханалары үшін) /				

39	Лабораторный регистрационный журнал для лабораторий ПМСП	ТБ 04/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
40	Культуралық зерттеулерді есепке алу зертханалық журналы (Лабораторный журнал учета культуральных исследований)	ТБ 17/у	A4	Журнал	3 жыл/ года
41	ТМБ дәріге сезімталдығын тестілеу нәтижелерінің зертханалық журналы (Лабораторный журнал результата теста на лекарственную чувствительность МБТ)	ТБ 18/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
42	ВАСТЕС ТМБ дәріге сезімталдық тестісі және культуралық зерттеулерді есепке алу журналы (Журнал учета культуральных исследований и теста на лекарственную чувствительность МБТ проведенного на ВАСТЕС)	ТБ 24/е	A4	Журнал	3 жыл (года)
43	HAIN тест және XpertMTB/RIF нәтижелерін есепке алу журналы (Журнал учета результатов HAIN-теста и XpertMTB/RIF)	ТБ 25/е	A4	Журнал	3 жыл (года)

6. ҚАН ҚЫЗМЕТІ ҰЙЫМДАРЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЕСЕП ҚҰЖАТТАМАСЫ/ МЕДИЦИНСКАЯ УЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ КРОВИ

Р/с № п/п	Форманың атауы/Наименование формы	Форманың нөмірі/Номер формы	Формат	Құжаттың түрі/Вид документа	Сақтау мерзімі/Срок хранения
1	2	3	4	5	6
1	Анықтама (Донорға жұмыс орнына көрсету үшін берілді) (Справка (донору для предъявления по месту работы))	402/у	A6	Бланк	5 жыл/ лет
2	"__" № __ күн сайынғы ведомостан алынған донордың қан үлгісін бастапқы зертханалық зерттеу нәтижелерінің жиынтық ведомосы / Ведомость результатов биохимических и иммуногематологических лабораторных исследований образцов крови доноров за "___" "_____" 20 __ года	405/у	A4	Бланк	5 жыл/ лет
3	___күні донорларды алдын ала зертханалық тексеруден өткізу ведомосы (Ведомость предварительного лабораторного обследования доноров за _____)	405-1/у	A4	Бланк	5 жыл/ лет
4	Үлгілерді трансфузиялық инфекцияларға бастапқы зерттеу нәтижелерін растау ведомосы /Ведомость подтверждения результатов первичного исследования образцов сывороток на трансфузионные инфекции за _____	405-2/у	A4	Бланк	5 жыл/ лет
5	Қан және оның компоненттерінің тұрақты донорының медициналық картасы / Медицинская карта регулярного донора крови и ее компонентов	406/у	A6	Дәптер/ Тетрадь	5 жыл/ лет
6	Қан және оның компоненттері донорының медициналық картасы / Медицинская карта донора крови и ее компонентов	407/у	A4	Бланк	1 жыл/ год

7	Донорлыққа қатысуға ниет білдірген тұлғаларды есепке алу күнделігіжурналы / Дневник учета лиц, обратившихся для участия в донорстве	410/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
8	HLA-типтеу нәтижесі / Результат hla-типирования	410-2/y	A4	Журнал	1 жыл/год
9	HLA-антиденелерді серологиялық және ИФТ әдісімен анықтау нәтижесін тіркеу Журналы / Журнал регистрации результатов определения HLA-антител серологическим и ИФА методами	410-4/y	A4	Журнал	1 жыл/год
10	Типтеудің SSP әдісі үшін ПТР-қоспаларын дайындауды тіркеу журналы / Журнал регистрации приготовления ПЦР-смесей для SSP методики типирования	410-6/y	A4	Журнал	1 жыл/год
11	HLA-типтеу үшін бөлінген ДНК үлгілерін тіркеу журналы / Журнал регистрации выделенных образцов ДНК для HLA-типирования	410-7/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
12	Талдауларды қабылдау және оларды беруді тіркеу журналы / Журнал регистрации приема и выдачи анализов	410-8/y	A4	Журнал	3 года
13	"кросс-матч" үйлесімділігіне сынама нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов пробы на совместимость "кросс-матч"	410-14/y	A4	Журнал	3 жыл/года
14	Донор қанын дайындауды есепке алу журналы / Журнал учета заготовки донорской крови	411/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
15	Қан донорларынан дайындалған қан компоненттерін есепке алу және жарамсызын шығару журналы / Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров крови	411 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
16	Донор қаны компоненттерін плазмацитаферез әдісімен өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства компонентов донорской крови методом плазмацитофереза	412/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
17	Плазма және жасуша донорларынан дайындалған қан компоненттерінің жарамсыздығын есепке алу журналы / Журнал учета и выбраковки компонентов крови, заготовленных от доноров плазмы и клеток	412 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
18	Донор қаны компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства компонентов донорской крови	413/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
19	Донор қанының жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства клеточных компонентов донорской крови	413 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
20	Донор плазмасынан криопреципитатты өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства криопреципитата из донорской плазмы	413 -2/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
21	Вирустазартылған жаңа мұздатылған плазманы өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства плазмы свежемороженой вирусинактивированной	413 -3/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
22	Мұздатылған эритроциттерді өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства эритроцитов замороженных	413 -4/y	A4	Журнал	10 жыл/лет

23	Сауленген донор қаны мен оның жасуша компоненттерін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства облученной донорской крови и ее клеточных компонентов	413 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
24	Донор плазмасының дозасынан фибрин желімін өндіруді есепке алу журналы / Журнал учета производства фибринового клея из дозы донорской плазмы	413 -6/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
25	Донор плазмасы және оның туындыларын мұздату процесін тіркеу журналы / Журнал регистрации процессов замораживания донорской плазмы и ее дериватов	413 -7/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
26	Криоконсервіленген қан компоненттерін өндіру журналы / Журнал производства криоконсервированных компонентов крови	414/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
27	Уақытша оқшауланған сақталудағы қан компоненттерін тіркеу журналы / Журнал регистрации компонентов крови, находящихся на временном изолированном хранении	415/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
28	Ерітінділер бөлмесінің жұмысын есепке алу журналы / Журнал учета работы растворяющей	416/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
29	Медициналық ұйымдардың трансфузия ортасына бергенотінімдерін есепке алу журналы / Журнал учета заявок медицинских организаций на трансфузионные среды	417/y	A4	Журнал	1 жыл/ год
30	Қанды және оның компоненттерін жарамсыздығыбойынша есептен шығаруды тіркеу журналы / Журнал регистрации списания компонентов крови по браку	418/y	A4	Журнал	10 жыл/ лет
31	Карантиндеудегі лейкоциттің плазманы тіркеу журналы / Журнал регистрации плазмы _____ вид плазмы, находящейся на карантинизации	419/y	A3	Бланк	1 жыл/ год
32	Карантиндеудегі _____ (плазманың түрі) плазманың кірісі мен шығысының журналы / Журнал прихода и расхода плазмы _____ (вид плазмы), находящейся на карантинизации	420/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
33	Трансфузиялық заттарға ақылы немесе тегін негіздегіотінім / Заявка на трансфузионные среды на платной или бесплатной основе	421/y	A5	Бланк	1 жыл/ год
34	Қанды және жасуша компоненттерін-эритроциттерді беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи крови и клеточных компонентов - эритроцитов	422/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
35	Өнімді беру бөлімшесінде қан компоненттерін есептен шығару журналы/ Журнал списания компонентов крови в отделении выдачи продукции	422 -1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
36	Плазма мен криопреципитатты беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи плазмы и криопреципитата	422 -2/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
37	Жасушалық қан компоненттерін - тромбоциттерді, лейкоциттерді беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи клеточных компонентов крови - тромбоцитов, лейкоцитов	422 -3/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
38	Стандартты диагностикумдарды беруді есепке алу журналы / Журнал учета выдачи стандартных диагностикумов	422 -4/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
39	Қан препараттардың босатуды есепке алу журналы / Журнал учета выдачи препаратов крови	422 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет

40	Қанның, оның компоненттері мен препараттарының және каналмастырғылардың өнімді беру бөлімшесі бойынша қозғалысын есепке алу ведомосы / Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по отделению выдачи продукции	423/y	A4	Бланк	5 жыл/ лет
41	Қан компоненттерін есептен шығару туралы Акті / Акт списания компонентов крови	424/y	A4	Бланк	10 жыл/ лет
42	Донорлардың зертханалық зерттеу үшін түскен қан үлгілерін тіркеу журналы / Журнал регистрации образцов крови, поступивших для лабораторных исследований	425 /y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
43	Донорлардың бастапқы зертханалық тексерулерін тіркеу журналы / Журнал регистрации первичного лабораторного обследования доноров	425 -1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
44	МҰ түскен қанның иммуногематологиялық зерттеуінің нәтижелерін тіркеу журналы (Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований крови, поступившей из МО)	425 -3/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
45	Стандартты (консервіленген) эритроциттерді дайындау журналы / Журнал изготовления стандартных консервированных эритроцитов	425 -4/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
46	Донор қанының иммуногематологиялық зерттеулерінің нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов иммуногематологических исследований донорской крови	425 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
47	Жеке және арнайы іріктелген донор қанын тіркеу журналы (Журнал регистрации индивидуального и специального подбора донорской крови)	425 -6/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
48	Донор қанының биохимиялық зерттеулері нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов биохимических исследований донорской крови	425 -8/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
49	"Референс-зертханалары үшін "Иммуногематология" бөлімі бойынша дайындалған бақылау панелін тіркеу журналы / Журнал регистрации изготовленной контрольной панели по разделу "Иммуногематология" для референс-лаборатории"	426-1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
50	Скринингке түскен сарысуларды есепке алу журналы (Журнал учета поступления сывороток на скрининг)	431-1/e	A4	Журнал	5 жыл/ лет
51	Бастапқы-позитивті сарысуының үлгілерін трансфузиялық инфекцияларға қайта зерттеуді тіркеу журналы / Журнал регистрации повторных исследований первично-позитивных образцов сывороток на трансфузионные инфекции	433-1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
52	Гемотрансмиссивті инфекция зертханасының ақылы қызметін тіркеу журналы / Журнал регистрации платных услуг лаборатории диагностики гемотрансмиссивных инфекций	433 -2/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
53	Гемотрансмиссивті індетте ПЦР-ның оң нәтижелі донорларды тіркеу журналы / Журнал регистрации доноров с положительными результатами ПЦР на гемотрансмиссивные инфекции	433 -3/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет

54	Қан препараттарын трансфузиялық инфекцияларға зерттеуді тіркеу Журналы / Журнал регистрации исследований препаратов крови на трансфузионные инфекции	433 -5/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
55	Донор қанын зертханалық тестілеудің нәтижелері / Результаты лабораторного тестирования крови донора	433-6/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
56	АИТВ антиденелеріне ИФТ-дағы (ИХЛТ) оң нәтижелі қан сарысуларының мониторингін тіркеу журналы / Журнал мониторинга положительных сывороток в ИФА (ИХЛА) на маркеры к ВИЧ	433 -7/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
57	Өнімді мұздату процесін жазужурналы / Журнал записи процесса замораживания продукта	434/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
58	Плазманың түсуін тіркеу журналы / Журнал регистрации поступления плазмы	434 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
59	Плазманы фракциялауға беру журналы / Журнал передачи плазмы на фракционирование	434 -2/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
60	Өнім қозғалысының журналы / Журнал движения продукции	434 -3/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
61	Альбумин ерітіндісін өндірудің техникалық үдерісі журналы/ Журнал технологического процесса производства раствора альбумина	434 -4/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
62	Адам иммуноглобулинін өндірудің технологиялық үдерісі журналы / Журнал технологического процесса производства иммуноглобулина человека	434 -5/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
63	Жөнелтпе құжаттың №____ (Накладная №____ (Плазманың атауы және мөлшері (литр) / Наименование плазмы и ее количество в литрах)	434 -6/y	A4	Бланк	10 жыл/лет
64	Өнімді лиофилизациялау процесін жазу/ журналы / Журнал записи процесса лиофилизации продукта	435/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
65	Қан компоненттерінің сапасын бақылау нәтижелерін тіркеужурналы / Журнал регистрации результатов контроля качества компонентов крови	436/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
66	Қызметкерлердің қолдарын тазалаудың және донордың шынтақ бүгілетін жер терісінің тиімділігін микробиологиялық зерттеу журналы / Журнал бактериологических исследований эффективности обработки рук персонала и кожи локтевых сгибов доноров	436 -1/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
67	ЖҚП мен криопреципитат сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу Ж У Р Н А Л Ы / Журнал регистрации результатов контроля качества СЗП и криопреципитата	436 -2/y	A4	Журнал	10 жыл/лет
68	Қан компоненттері мен препараттарын өндіруге арналған негізгі материалдарды, реагенттерді, ерітінділерді, медициналық мақсаттағы бұйымдарға кіріс бақылау жүргізу ж у р н а л ы / Журнал входного контроля основных материалов, реагентов, растворов, изделий медицинского назначения для производства компонентов и препаратов крови	437/y	A4	Журнал	5 жыл/лет
	Шөлмектер мен тығындарды өңдеу сапасын бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации				

69	результатов контроля и качества обработки бутылок и пробок	438/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
70	Сапаны бақылау бөліміне (СББ) ұсынылған өнімдерді көзбен бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов контроля качества продукции, предъявляемых отделу контроля качества (ОКК)	439/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
71	Қан компоненттерінің, препараттарының, каналмастырғышзаттардың сынақ үлгілерін Республикалық сапаны бақылау зертханасында сапасын тексеруге іріктеп алу АКТІСІ / Акт отбора проб компонентов, препаратов крови, кровезаменителей для проверки их качества в Республиканскую лабораторию контроля качества	439-4/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
72	Биологиялық бақылау нәтижелерін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов биологического контроля	440/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
73	Препараттарды, ерітінділер мен инъекцияға арналған суды фс (вфс)-ке сәйкестексеру нәтижелерін және талдау төлқұжаттарының берілуін тіркеу журналы / Журнал регистрации результатов контроля препаратов, растворов и воды для инъекций в соответствии с ФС ВФС и выдачи аналитических паспортов	441/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
74	Талдау төлқұжаты / Аналитический паспорт	442/y	A4	Бланк	қ у а дмн*
75	Өнімнің дайын өнім қоймасына берілуін тіркеу журналы / Журнал регистрации выдачи продукции на складе готовой продукции	443/y	A4	Журнал	қ у а дмн*
76	Сапаны бақылау бөлімшесі (сбб) жарамсыз деп тапқан қан препараттарын тіркеу журналы / Журнал регистрации препаратов крови, забракованных отделением контроля качества (ОКК)	444/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
77	Өнімге білдірілген рекламацияларды (наразылықтарды) есепке алу журналы / Журнал учета рекламации претензий на продукцию	444-1/y	A4	Журнал	5 жыл/ лет
78	Мұрағаттық үлгілер мен оларды бақылау нәтижелерін тіркеуді есепке алу журналы / Журнал учета архивных образцов и регистрации результатов их контроля	445/y	A4	Журнал	қ у а дмн*
79	Кіндік қан донорының перифериялық қан мен кіндік қанды қабылдауды тіркеу журналы / Журнал регистрации процедуры банкирования образцов плацентарной крови для донорского/персонального хранения	446/y	A4	Журнал	қ у а дмн*

Приложение 8 к приказу
и.о. Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 23 ноября 2010 года № 907

Сноска. Правый верхний угол в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 24.03.2017 № 92 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

форма

Сноска. Приказ дополнен приложением 7-2 в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 28.06.2012 № 439 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

А 4 Формат А4	ф о р м а т ы	Қ Ұ Ж Ж Код организации по ОКПО	б о й ы н ш а	ұ й ы м	к о д ы
Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 106/е нысанды медициналық құжаттама			
Ұ й ы м н ы ң Наименование организации	а т а у ы	Медицинская документация Утверждена и.о. Министра Республики от 23 ноября 2010 года № 907	Форма № 106/у приказом здравоохранения Казахстан		

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТТЕРДІ КӨРСЕТУ АҚАУЛАРЫН ЕСЕПКЕ АЛУ КАРТАСЫ (МҚАЕ) КАРТА УЧЕТА ДЕФЕКТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (ДОМУ)

1. Картаның
тіркеу нөмірі КТН
Регистрационный РНК
номер карты

2. Карта:

— бірінші рет (первичная)

— екінші рет (вторичная)

3. Тегі (фамилия)_____ аты (имя)_____

әкесінің аты (отчество) _____

4. Ұлты (национальность) _____

5. Туған күні (Дата рождения) / _____ / _____ / _____ /

кк/аа/ жжжж (дд/мм/гггг)

6. Жасы (возраст) _____

толық жасы (полных лет)

7. Тұрғылықты жері (Место жительства) _____

елі, облысы, әкімшілік ауданы (страна, область, административный район)

елді мекен, көше, үй, пәтер (населенный пункт, улица, дом, кв.)

8. Медициналық қызметтерді көрсетуде ақаулар жіберген медициналық

ұйымдар (Медицинская организация на уровне которой допущены дефекты

оказания медицинских услуг) _____

9. Жолдаған ұйымның диагнозы (Диагноз направившей организации)

АХЖ-10 коды

(Код МКБ-10)

10. Қорытынды диагноз (Диагноз заключительный)

АХЖ-10 коды

(Код МКБ-10)

а) негізгі (основной):	
б) қосарласқан (сопутствующий):	
с) асқынулар (осложнения):	

Медициналық көмек сапасын сараптамалық бағалау

Экспертная оценка качества медицинской помощи

I. МҚАЕ амбулаториялық көмек көрсету деңгейінде (керектісін сызу)

ДОМУ на амбулаторно-поликлиническом уровне (нужное подчеркнуть):

0 – белгісіз (неизвестно);

1 – бақыланбаған (не наблюдался);

2 – ақаулар табылмады (дефектов не выявлено);

3 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);

4 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):

4.1 – зерттеп-қаралмаған (не обследован),

4.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау толық емес

(неполное лабораторно-инструментальное обследование),

4.3 – бейінді мамандардың консультациялық көмегінің жеткіліксіздігі

(недостатки консультативной помощи профильных специалистов);

5 – шағымдар мен анамнездердің сипаттамасы

(описания жалоб и анамнезов):

5.1 – толық (полные),

5.2 – толық емес (не полные),

5.3 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),

5.4 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),

5.5 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

6 – науқас жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау

(недооценка тяжести состояния больного);

7 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін толық есепке

алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов

лабораторно-инструментального обследования);

8 – барабар емес терапия (неадекватная терапия):

8.1 – емдеу жүргізілмеген (лечение не проведено),

8.2 – толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),

8.3 – айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

9 – емдеуге жатқызудың болмауы (отсутствие госпитализации):

9.1 – ұсынылған (рекомендовано),

9.2 – ұсынылмаған (не рекомендовано);

10 – кешіктіріп емдеуге жатқызу (запоздалая госпитализация);

11 – созылмалы нысанды ауруы бар науқастарды диспансерлеудің

сапасы мен жүйелілігі (качество и регулярность диспансеризации

больных с хроническими формами заболеваний):

11.1 – стандарттар сақталған (стандарты соблюдаются),

11.2 – стандарттар сақталмаған (стандарты не соблюдаются),

11.3 – диспансерлеу жасалмаған (диспансеризация не проводилась);

12 – емдеу нәтижесі (результаты лечения):

12.1 – өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын

(предотвратимый),

12.2 – нәтижесі "нашарлау" (исход "ухудшение") сараптамалық

бағалау (экспертная оценка),

12.3 – нәтижесі "өзгеріссіз" (исход "без перемен") сараптамалық

бағалау (экспертная оценка),

12.4 – амбулаториялық-емханалық деңгейде емдеудің тиімсіздігі

салдарынан стационарға емдеуге жатқызу (госпитализация в стационар,

вследствие неэффективности лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне);

13 – ұсынымның болуы (наличие рекомендаций):

13.1 – жоқ (отсутствуют),

13.2 – толық емес (не полные),

13.3 – толық (полные).

II. МҚАЕ стационар деңгейінде (керектісін сызу)

ДОМУ на уровне стационара (нужное подчеркнуть):

0 – стационарға емдеуге жатқызуға дейін тасымалдаудың бұзылуы

(нарушение транспортировки до госпитализации в стационар);

1 – ақаулар анықталмаған (дефектов не выявлено);

2 – ауруханаға жатқызу ақаулары (дефекты госпитализации):

2.1 – емдеуге жатқызудан негізделмеген бас тарту

(необоснованный отказ в госпитализации),

2.2 – көрсетілген медициналық қызметтердің сапасына шағымдар

(жалобы на качество оказанных медицинских услуг),

2.3 – ТМККК-ге кіретін медициналық көмекті көрсету кезінде

пациенттен дәрі-дәрмектер мен қаржы қаражатын тарту

(привлечение медикаментов и денежных средств пациента при оказании

медицинской помощи, входящей в ГОБМП),

2.4 – өлім жағдайы (случаи летальных исходов) алдын-алуға болатын

(предотвратимые),

2.5 – емдеу нәтижесінде туындаған асқыну жағдайлары

(случаи осложнений, возникающих в результате лечения),

2.6 – аурудың "нашарлау" нәтижесі болған жағдайлар

(случаи с исходом заболевания "ухудшение") сараптамалық бағалау

(экспертная оценка),

2.7 – аурудың "өзгеріссіз" нәтижесі болған жағдайлар

(случаи с исходом заболевания "без перемен") сараптамалық бағалау

(экспертная оценка),

2.8 – жолданған және клиникалық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары

(случаи расхождения направительного и клинического диагнозов),

2.9 – клиникалық және морфологиялық диагноздардың сәйкессіздік жағдайлары

(случаи расхождения клинического и морфологического диагнозов);

3 – алдыңғы емдеуге жатқызу кезінде стационардан мерзімінен бұрын шығару

(досрочная выписка из стационара при предыдущих госпитализациях);

4 – шағым мен анамнездер сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

4.1 – толық емес (не полные),

4.2 – диагнозға сәйкес келмейді (не соответствуют диагнозу),

4.3 – анамнез көрсетілмеген (анамнез не указан),

4.4 – анамнез толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

5 – диагностиканың жеткіліксіздігі (недостатки диагностики):

5.1 – толық емес (неполная),

5.2 – уақтылы емес (несвоевременная),

5.3 – жағдайдын ауырлығын дұрыс бағаламау (недооценка тяжести состояния),

5.4 – динамикалық бақылаудың жоқтығы (отсутствие динамического наблюдения);

6 – диагноздағы қателіктер (ошибка в диагнозе):

6.1 – толық диагноз (диагноз полный) барлық диагноздар

көрсетілген: негізгі, қосарласқан, асқынулар

(указаны все диагнозы: основной, сопутствующий, осложнения),

6.2 – диагнозы толық емес (диагноз не полный),

6.3 – диагнозы белгіленбеген (диагноз не установлен);

7 – стационарда наукастың қысқа мерзімде болуы

(кратковременное пребывание больного в стационаре) 3 тәуліктен аз (менее 3 суток);

8 – зерттеп-қарау кемшіліктері (недостатки обследования):

8.1 – анамнездік және клиникалық деректерді дұрыс есепке алмау

(недоучет анамнестических и клинических данных),

8.2 – зертханалық-аспаптық зерттеп-қарау нәтижесін дұрыс есепке

алмау немесе асыра бағалау (недоучет или переоценка результатов

лабораторно-инструментального обследования),

8.3 - жоғары білікті мамандардың консультациялық көмегінің жетіспеушілігі

(недостаточность консультативной помощи высококвалифицированных специалистов),

8.4 - консультанттар қорытындысын дұрыс есепке алмау немесе асыра бағалау

(недоучет или переоценка заключений консультантов),

8.5 - айғақтарсыз зерттеп-қарауды тағайындау

(назначение обследований без показаний),

8.6 - дәрігерлер консилиумы (консилиум врачей) айғақтар бойынша

(по показаниям):

8.6.1 - толық және уақтылы жасалған (проведен в полном объеме и своевременно),

8.6.2 – жасалмаған (не проведен);

9 – барабар терапия берілмеген (неадекватная терапия):

9.1 - толық көлемде жүргізілмеген (проведено не в полном объеме),

9.2 - айғақтарсыз тағайындау (назначения без показаний);

10 - бейінді мамандардың қатысуынсыз көмек көрсетілген (айғақтар бойынша)

оказание помощи без участия профильных специалистов (по показаниям);

11 - шұғыл араласуды жүргізудегі кемшіліктер

(недостатки в проведении оперативного вмешательства):

11.1 - кешіктірілген шұғыл араласулар (запоздалое оперативное вмешательство),

11.2 - шұғыл араласудың барабар емес көлемі мен әдісі

(неадекватный объем и метод оперативного вмешательства),

11.3 - операция кезінде техникалық ақаулар (технические дефекты при операции),

11.4 - тиісті айғақтарсыз операциялар (операции без должных показаний),

11.5 - барабар емес анестезия (неадекватная анестезия),

11.6 - мүмкін асқынулардың профилактикасының болмауы

(отсутствие профилактики возможных осложнений),

11.7 - трансфузиялық заттардың болмауы (отсутствие трансфузионных средств);

12 - шағым мен анамнездердің сипаттамасы (описания жалоб и анамнезов):

12.1 – толық (полные),

12.2 – толық емес (не полные),

12.3 - диагнозына сәйкес емес (не соответствуют диагнозу),

12.4 - анамнезі көрсетілмеген (анамнез не указан),

12.5 - анамнезі толық ашылмаған (анамнез не раскрыт полностью);

13 - емдеу нәтижелері (результаты лечения):

13.1 - өлім жағдайы (летальный исход) алдын-алуға болатын (предотвратимый),

13.2 - нәтижесі "нашарлау" (исход "ухудшение") сараптамалық бағалау

(экспертная оценка),

13.3 - нәтижесі "өзгеріссіз" (исход "без перемен") сараптамалық бағалау

(экспертная оценка);

14 - ұсынымдардың болуы (наличие рекомендаций):

14.1 – жоқ (отсутствуют),

14.2 – толық емес (не полные),

14.3 – толық (полные).

III. Патологоанатомиялық зерттеулердің және/немесе

сот-медицинасы сараптамаларының нәтижелері

Результаты патологоанатомических исследований

и/или судебно-медицинских экспертиз

1. Патологоанатомиялық ашу немесе сот-медициналық сараптама нәтижесі								Опера- циялық және
Результаты патологоанатомического вскрытия или судебно-медицинской экспертизы								биопсиялық материал- дарды зерттеу (Исследо- вание операцион- ного и биопсий- ного материала)
Патолого- анатомиялық немесе сот- медициналық диагноз/АХЖ- 10 коды (Патолого- анатомичес- кий или судебно- медицинский диагноз/код по МКБ-10)	Клиникалық және патолого- анато- миялық, сот-медици- налық диагноз- дардыңқұ- састығы (Совпадение клиничес- кого и патолого- анатомичес- кого, судебно-	Клиникалық және патологоанатомиялық (сот-медициналық) диагноздардың айырмашылықтары (Расхождение клинического и патологоанатоми- ческого (судебно- медицинского) диагнозов			Ятрогения (Ятрогении)			Гисто- логиялық қорытынды (гистологи- ческое
		I санат (кате	I I санат (кате	III санат (кате	I санат (кате	II санат (кате	III санат (кате	

	медицинс- к о г о диагнозов)	-го- рия)	-го- рия)	-го - рия)	-го - рия)	-го - рия)	-го - рия)	диаг- ноз)	заклю- чение)
а негізгі (основной)/ (код)									
в қосар- ласқан (сопутст- вующий)/ (код)									
с асқыну (осложнения)/ (код)									

IV. Пациенттің тәртіп бұзушылығы (керектісін сызу):

Нарушения со стороны пациента (нужное подчеркнуть):

0 - ескертулер жоқ (нет замечаний);

1 - дәрігердің бақылауы тұрақты емес (нерегулярное наблюдение врача);

2 - дәрігерлердің ұсынымын орындау (выполнение рекомендаций врачей):

2.1 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындау

(регулярное выполнение рекомендаций врачей),

2.2 - дәрігерлердің ұсынымын тұрақты орындамау

(нерегулярное выполнение рекомендаций врачей),

2.3 - дәрігерлердің ұсынымын орындамау (невыполнение рекомендаций);

3 - криминалдық араласу (криминальное вмешательство);

4 - ұсынылған амбулаториялық емделуден бас тарту

(отказ от предложенного амбулаторного лечения);

5 - емдеуге жатқызудан бас тарту (отказ от госпитализации);

6 - медициналық көмекке жүгінуді кешіктіру

(задержка с обращением за медицинской помощью);

7 - стационардан өз еркімен кету (самовольный уход из стационара).

V. МҚАЕ алдын алуға болатын факторлар (керектісін сызу)

Факторы, которые могли бы предотвратить ДОМУ (нужное подчеркнуть):

1 - пациентті уақтылы емдеуге жатқызу (своевременная госпитализация пациента);

2 - әлеуметтік саламаттылық (социальное благополучие);

3 - патологиялық жағдайды ерте диагностикалау

(более ранняя диагностика патологического состояния);

4 - зерттеудің қосымша әдістері (дополнительные методы

исследования) УДЗ, рентгенодиагностика және т.б. зерттеулер

(УЗИ, рентгенодиагностика и др. исследования);

5 - клиникалық және зертханалық деректерді, консультанттар

қорытындыларын дұрыс түсіндіру (правильная трактовка данных клинических

и лабораторных исследований, заключений консультантов);

6 - уақтылы барабар емдеу оның ішінде оперативтік

(своевременное адекватное лечение, в т.ч. оперативное);

7 - мамандардың біліктілігі (квалификация специалистов).

VI. Қосымша мәлімет (керектісін сызу)

Дополнительные сведения (нужное подчеркнуть):

0 - деректер жоқ (данных нет);

1 - ятрогендік себептер (ятрогенные причины):

1.1 – бар (нет), 1.2 – жоқ (есть) _____

VII. Өлімінің алдын алу (керектісін сызу)

Предотвратимость смерти (нужное подчеркнуть):

1 – алдын-алуға болатын (предотвратима);

2 – шартты алдын-алуға болатын (условно предотвратима);

3 – алдын-алу мүмкін емес (непредвратима).

Картаны толтыру күні (Дата заполнения карты) " __ " _____ 20 __ ж. (г.)

Оператордың Т.А.Ә.(Ф.И.О. оператора) _____

Қартаның енгізілген күні (Дата ввода карты) " __ " _____ 20 __ ж. (г.)

Примечание: расшифровка аббревиатур

АХЖ-10 коды – аурудың халықаралық жіктемесінің X қайта қаралымы бойынша коды

Код МКБ - 10 – код по Международной классификации болезней X пересмотра

ТМККК – тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі

ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

УДЗ – ультрадыбыстық зерттеу

**Перечень
приказов Министерства здравоохранения
Республики Казахстан, признанных отмененными**

- 1) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";
- 2) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 июля 2007 года № 450 "О внесении изменений и дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";
- 3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 сентября 2008 года № 488 "О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332";
- 4) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 13 октября 2009 года № 523 "О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";
- 5) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2009 года № 809 "О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";

6) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2009 года № 861 "О внесении изменения и дополнения в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения";

7) Подпункт 1) пункта 1 приказа Министра здравоохранения РК от 9 февраля 2010 года № 86 "О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан";

8) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 апреля 2010 года № 288 "О внесении изменений и дополнений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июля 2005 года № 332 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения".