Задача 1.

1. Оформите документацию.

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

Министерство здравоохранения РФ Форма № 001/у

 наименование учреждения

 Утверждена Минздравом СССР

 04.10.80 г. № 1030

**ЖУРНАЛ**

**учета приема больных и отказов в госпитализации**

**Начат "01" января 2020 г. Окончен "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Поступление | ФИО | Дата рождения | Постоянное место жительства или адрес родственников, близких и № телефона | Каким учреждением был направлен или доставлен | Отделение, в которое помещен больной |
| дата | час |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 1 | 05.05.2020 | 22:00 | Белкина В.И | 1983 | ул. Обороны, 15-345 | Скорая помощь | пульмонологическое отделение МБУЗ ГБ № 2 |
| 2 | 06.05.2020 | 08:00 | Климова М.И. | 2002 | ул. Никитина 4-42 | Скорая помощь | пульмонологическое отделение МБУЗ ГБ № 2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| № карты стационарного больного (истории родов) | Диагноз направившего учреждения | Выписан, переведен в другой стационар, умер (вписать и указать дату и название стационара, куда переведен) | Отметка о сообщении родственникам или учреждению | Если не был госпитализирован | Примечание |
| указать причину ипринятые меры | отказ в приеме первичный,повторный (вписать) |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 30 | пневмония нижней доли правого легкого | 14.02.2020 | Есть |  - | - | - |
| 13 | Острый бронхит | 15.05.2020 | Есть  | \_ | \_ | Травма руки |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

 Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

 форма № 003/у

Министерство здравоохранения РФ Утверждена Минздравом СССР

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

**МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № 30**

**стационарного больного**

Дата и время поступления 05.05.2020 22:00 .

Дата и время выписк 14.05.2020 12:00 .

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

Отделение пульмонологическом МБУЗ ГБ № 2 палата № 13 .

Переведен в отделение .

Проведено койко-дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_9\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Группа крови 2 Резус-принадлежность положительный .

Побочное действие лекарств (непереносимость) нет .

название препарата, характер побочного действия

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

1. Фамилия, имя, отчество Белкина В.И 2. Пол женский .

3. Возраст 37 (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца – дней)

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

ул. Обороны, 15-345

вписать адрес, указав для приезжих - область, район,

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

населенный пункт, адрес родственников и № телефона

5. Место работы, профессия или должность дворником в организации ЖКО - 2

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

для учащихся - место учебы; для детей - название детского учреждения, школы;

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

для инвалидов - род и группа инвалидности, иов – да, нет подчеркнуть

6. Кем направлен больной скорая помощь

 название лечебного учреждения

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет

через \_\_24\_\_\_\_\_\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы;

госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения пневмония

9. Диагноз при поступлении пневмония нижней доли правого легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  10. Диагноз клинический  |  | Дата установления |
|  пневмония нижней доли правого легкого  |  | 06.05.2020 |

 Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

Министерство здравоохранения РФ Форма № 058/у

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Утверждена Минздравом СССР

 наименование учреждения 04.10.80 г. № 1030

**ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ**

**об инфекционном заболевании, пищевом, остром**

**профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку**

1. Диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_педикулез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)

2. Фамилия, имя, отчество \_\_Белкина Валентина Игоревна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Пол \_\_\_\_\_\_\_ж\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) \_\_\_37\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5. Адрес, населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_Красноярск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_район

улица ул. Обороны дом № \_\_15\_ кв. №\_\_345\_\_\_

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

 (индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)

6. Наименование и адрес места работы (учебы, детского учреждения)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дворником в организации ЖКО- 2 .

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

7. Даты:

заболевания \_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

первичного обращения (выявления) \_\_\_\_\_05.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

установления диагноза \_\_\_\_\_05.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

последующего посещения детского учреждения, школы

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

госпитализации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_да\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Оборотная сторона ф. № 058/у

8. Место госпитализации \_\_\_\_\_\_ пульмонологическом МБУЗ ГБ № 2\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Если отравление - указать, где оно произошло, чем отравлен

пострадавший \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и

дополнительные сведения \_\_\_\_\_\_противопедикулезная обработка \_\_\_

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

11. Дата и час первичной сигнализации (по телефону и пр.) в СЭС

\_\_\_\_\_\_\_\_\_05.05.2020 11:00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Кто принял сообщение \_\_\_\_\_\_\_\_\_Мельнина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Дата и час отсылки извещения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_05.05.2020 16:00\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись пославшего извещение \_\_\_\_\_\_\_\_х\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный № \_\_\_\_\_55\_\_\_\_\_\_\_\_ в журнале ф. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_67\_\_\_\_\_\_\_\_\_

санэпидстанции.

 Подпись получившего извещение \_\_\_\_\_\_\_х\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Министерство здравоохранения РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ наименование учреждения |  |  Медицинская документацияФорма № 060/уУтверждена Минздравом СССР04.10.80 г. № 1030 |

**ЖУРНАЛ**

**учета инфекционных заболеваний**

|  |  |
| --- | --- |
| **Начат « 01 »** **января 20 20 г.** | **Окончен « \_\_\_\_ »** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Дата и часы сообщения (приема) по телефону и дата отсылки (получения) первичного экстренного извещения, кто передал, кто принял | Наименование лечебного учреждения, сделавшего сообщение | Фамилия, имя, отчество больного | Возраст (для детей до 3 лет указать месяц и год рождения) | Домашний адрес (город, село, улица, дом №, кв. №) | Наименование места работы, учебы, дошкольного детского учреждения, группа, класс, дата последнего посещения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | 05.05.2020 11:00 | Краевая больница | Белкина Валентина Игоревна | 37 | ул. Обороны 15-345 | дворником в организации ЖКО- 2  |
| 2 | 05.05.2020 13:45 | Краевая больница | Игоренко Григорий васильевич | 46 | ул. Кутузова 24-67 | Учитель в сош 16 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

разворот ф. № 060/у

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Дата заболевания | Диагноз и дата его установления | Дата, место госпитализации | Дата первичного обращения | Измененный (уточненный) диагноз и дата его установления | Дата эпид. обследования. Фамилия обследовавшего | Сообщено о заболеваниях (в СЭС по месту постоянного жительства, в детское учреждение по месту учебы, работы и др.) | Лабораторное обследование и его результат | Примечание |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 01.05.2020 | педикулез | 05.05.2020 | 05.05.2020 |  - | Феликсова | в СЭС по месту постоянного жительства | педикулез |  - |
| 09.04.2020 | гепатит | 06.05.2020 | 06.05.2020 |  - | Оранова | в детское учреждение по месту работы | гепатит |  - |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_\_

 Медицинская документация

 Министерство здравоохранения РФ Форма № 066/у

 Утверждена Минздравом СССР

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 04.10.80 г. № 1030

 наименование учреждения

**СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА**

**выбывшего из стационара**

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_Белкина В.И.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Пол Муж. Дата рождения \_\_\_\_\_1983.22.13\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Жен. год, месяц, число

2. Проживает постоянно (адрес) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ул.Никитина 3-45 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |   | 7. Исход заболевания |
| Житель (подчеркнуть): города - 1,  |  | (подчеркнуть): |
| села - 2  |  | 1) выписан - 1 |
| 3. Кем направлен больной  |  | 2) умер - 2 |
| \_\_\_\_\_скорая помощь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  | 3) переведен - 3 |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  | 7 а. Дата выписки, смерти |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  | 2020 г. маймесяц |
| Отделение \_\_\_\_пульмонологическое\_\_\_  |  | 14число 11.00 час. |
| Профиль коек \_\_\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. Доставлен в стационар по  |  | 7 б. Проведено дней \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_9\_\_\_\_\_ |
| экстренным показаниям (подчеркнуть): |  |  |
| да - 1, нет - 2  |  | 8. Диагноз, направившего |
| 5. Через сколько часов после  |  | учреждения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| заболевания (получения травмы)  |  | \_\_\_\_\_\_\_бронхит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (подчеркнуть):  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1) в первые 6 часов - 1  |  | 9. Госпитализирован в данном году по данного заболевания: |
| 2) 7-24 час. - 2  |  |  |
| 3) позднее 24-х час. - 3  |  |  |
| 6. Дата поступления в стац.  |  | впервые - 1 |
| 2020 г. май месяц  |  | повторно - 2 |
| 05число 10.00 час.  |

10. Диагноз стационара

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Основной | Осложнения | Сопутствующиезаболевания |  |
| Клинический заключительный  | бронхит | нет |  |
|  |  |
|  | 10 а  |
| Патологоанатомический  |  |  |  |
|  |  |
|  | 10 б  |

11. В случае смерти (указать причину):

 I. Непосредственная причина смерти а) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (заболевание или осложнениеосновного заболевания)

 Заболевание, вызвавшее или б) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 обусловившее непосредственную

 причину смерти:

 Основное заболевание указывается в) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 последним

 II. Другие важные заболевания, способствовавшие
 смертельному исходу, но не связанные с заболеванием или его
 осложнением, послужившим непосредственной причиной смерти.

12. Хирургические операции

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата, час | Название операции а | Осложнения б |  |
|  |  |  | 11 а |
|  |  |  |
|  |  |  | 11 б |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

13. Обследован на RW "06" 2020 г. Результат \_\_\_\_\_\_\_отрицательный\_\_\_\_\_\_\_\_

14. Инвалид Отечественной войны (подчеркнуть): да - 1, нет - 2

 Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_х\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

