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 и принятые  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 документация  Форма № 060/у  Утверждена Минздравом СССР  04.10.80 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 | Сопутствующие заболевания |  | | |
| 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

