

Министерство здравоохранения РФ
Наименование учреждения СМД

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация Ф № 958-у

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ -1

Об инфекционном заболевании, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку.

1. Диагноз Острая кишечная инфекция
2. Фамилия, имя, отчество Иванов Иван Иванович
3. пол муж
4. возраст 5н
5. Адрес, населенный пункт Краснозвук
улица Вени дом № 7 кв. № 8
6. Наименование и адрес работы (учебы, детского учреждения) дду №13
7. Дата последнего посещения места работы (учебы) 10.05.2024
8. Дата заболевания 11.05.2024
9. Дата первичного обращения 13.05.2024
10. Дата установления диагноза 13.05.2024
11. Дата и место госпитализации 13.05.2024 в СМД
12. Если отравление – указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший
13. Дополнительные сведения
в контакте с больными не был, за пределами города в течение 7 д. не был
14. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия
маша 342 - пекар ресторан "Плутусна"
папа 40н водителем такси
15. Дата первичной сигнализации (по тел.) в эпидотдел 13.05.2024 19:48
16. Дата и час отсылки извещения 13.05.2024 19:48
17. Подпись посланного извещения Мильник
18. Кто принял сообщение
19. Регистрационный № _____ в журнале эпидотдела № _____
20. Подпись получившего извещение

Составляется медработником, выявившем при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, острое отравление или при подозрении на них, а также при изменении диагноза.
Посылается эпидотдел Роспотребнадзора не позднее 12 часов с момента выявления больного.
В случае сообщения об изменении диагноза п.1, указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.
Извещение составляется также на случай укусов, опаривания, ослюбления домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством

№ 13.05.2024
печм Shigella Zornae

Министерство здравоохранения РФ
Наименование учреждения С.С.М.И.

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация Ф № 958-у

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ - 2

Об инфекционном заболевании, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку.

1. Диагноз дизентерия
2. Фамилия, имя, отчество Иванов Иван Сергеевич
3. пол муж
4. возраст 5л
5. Адрес, населенный пункт 2. Крайний
улица Весны дом № 7 кв. № 8
6. Наименование и адрес работы (учебы, детского учреждения) ДДУ № 13
7. Дата последнего посещения места работы (учебы) 10.05.2024
8. Дата заболевания 11.05.2024
9. Дата первичного обращения 13.05.2024
10. Дата установления диагноза 16.05.2024 10:02
11. Дата и место госпитализации 16.05.2024 С.С.М.И.
12. Если отравление – указать, где оно произошло, чем отравлен пострадавший
13. Дополнительные сведения в контакте с больными детьми, за пределами города в том же не встречал
14. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия мама 342 невакцинирован "Пупушка"
мама 40л водитесь такси
15. Дата первичной сигнализации (по тел.) в эпидотдел 16.05.2024 10:02
16. Дата и час отсылки извещения 16.05.2024 19:48
17. Подпись пославшего извещение Мещеряков
18. Кто принял сообщение
19. Регистрационный № _____ в журнале эпидотдела № _____
20. Подпись получившего извещение

Составляется медработником, выявившем при любых обстоятельствах инфекционное заболевание, острое отравление или при подозрении на них, а также при изменении диагноза.
Посылается в СЭС по месту выявления больного не позднее 12 часов с момента выявления больного.
В случае сообщения об изменении диагноза п.1, указывается измененный диагноз, дата его установления и первоначальный диагноз.
Извещение составляется также на случай укусов, оцарапывания, ослонения домашними или дикими животными, которые следует рассматривать как подозрение на заболевание бешенством

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ

Ф.И.О. Иванов Иван Кривич
 дата рождения 11.01.2019
 место жительства г. Краснодар ул. Вино 7, кв. 8
 место работы, учебы ФРУ №13 дата последнего посещения места работы, учебы, ДОУ 10.05.24
 диагноз по экстренному извещению ОРВИ
 дата заболевания 11.05.2024 дата обращения 13.05.2024
 дата госпитализации 13.05.2024 место госпитализации БСМП

Клиническая картина:

Температура 38 боли в животе интенсивные
 тошнота да рвота да
 жидкий стул ДА/НЕТ кратность 4 цвет темно-зеленый
 примеси слизь характер стула жидкий
 насморк ДА/НЕТ боли в горле ДА/НЕТ головная боль ДА/НЕТ

Эпидемиологический анамнез:

Были ли среди членов семьи симптомы инфекционного заболевания ДА/НЕТ

ФИО Иванов Иван Иванович

Водный фактор: водоснабжение: водопровод, колонка, колодец (подчеркнуть)

Питьевой режим: из водопроводной сети, кипячение ДА/НЕТ, фильтрованная ДА/НЕТ

бутилированная ДА/НЕТ, минеральные воды ДА/НЕТ, соки ДА/НЕТ

Пищевой фактор (учитывается период за 3 дня до заболевания).

Условия питания детей: питается только дома, питается только в ДОУ, питается дома и в ДОУ, питается только в сети общественного питания, питается дома и в сети общественного питания указать

Молоко: у частных лиц разливное в упаковке кипячение ДА/НЕТ
 место приобретения Детская

Сметана: у частных лиц из магазина

место приобретения Детская

Творог: у частных лиц из магазина

место приобретения Детская

Молочнокислые продукты: у частных лиц из магазина
 место приобретения

Овощи: зеленый лук, укроп, редис, огурцы, помидоры, свежая капуста

Способ обработки: моются водой из под крана, ошпариваются кипятком, не обрабатываются

Фрукты: яблоки, груши, сливы, виноград и т.д.

Способ обработки: моются водой из под крана, ошпариваются кипятком, не обрабатываются

Колбасы: сырскопченые, вареные, термическая обработка ДА/НЕТ

место приобретения Детская

Курица: копченая, гриль, вареная, готовые продукты из мяса курицы промышленного производства

место приобретения Красный Яр

Готовые мясные продукты (какие) —

место приобретения

Рыба промышленного производства (соленая, копченая, сушеная) —

место приобретения

Полуфабрикаты (пельмени, вареники, блины)

место приобретения Машина-машина

Готовая продукция:

салаты: овощные, мясные, с курицей, рыбные, из морепродуктов, наличие яйца в салате ДА/НЕТ

заправка: сметана, майонез, растительное масло.

Торты: белковые, со сливками, сметанные, с масляным кремом —

место приобретения

Вторые блюда (котлеты, мясо, печень, рыба, курица и др.) —

степень термической обработки

Другие подозрительные продукты

Условия, способствующие возникновению заболевания термич не обраб мяса

Направление в бактериологическую лабораторию

Фамилия, имя, отчество *Иванов И. С.*
Возраст *51*
Адрес *Венки 7, кв. 8*
Место работы, учебы *гду №13*
Цель обследования *ОЖН*
Материал *ном*
Исследование *Бактериологическое*
Забор осуществил *Миньшик*
Дата и время забора *13.05.2024 18:54*
Дата и время доставки в лабораторию *13.05.2024 19:09*
Результат *рост Shigetta Zonae*
Результат выдал *Петров*
Дата выдачи результата *16.05.2024*

Направление в бактериологическую лабораторию

Фамилия, имя, отчество *Иванов С. И.*
Возраст *40*
Адрес *Венки 7, кв. 8*
Место работы, учебы *водителем такси*
Цель обследования *поштат по ОЖН*
Материал *ном*
Исследование *Бактериологическое*
Забор осуществил *Миньшик*
Дата и время забора *14.05.2024 08:47*
Дата и время доставки в лабораторию *14.05.2024 10:13*
Результат *БТКН не обн.*
Результат выдал *Петров*
Дата выдачи результата *17.05.2024*

Направление в бактериологическую лабораторию

Фамилия, имя, отчество *Иванов И. С.*
Возраст *51*
Адрес *Венки 7, кв. 8*
Место работы, учебы *гду №13*
Цель обследования *диспансер. наблюд.*
Материал *ном*
Исследование *Бактер.*
Забор осуществил *Миньшик*
Дата и время забора *14.06.2024 9:48*
Дата и время доставки в лабораторию *14.06.2024 10:14*
Результат *БТКН не обн.*
Результат выдал *Петров*
Дата выдачи результата *17.06.2024*

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА N 315 стационарного больного

Дата и время поступления 13.05.2024 18:10

Дата и время выписки 24.05.2024

Отделение интенсив. терапия палата N 9

Переведен в отделение 10

Проведено койко-дней 10

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

Группа крови II Резус-принадлежность +

Побочное действие лекарств (непереносимость)

1. Фамилия, имя, отчество Иванов Иван Сергеевич

2. Пол муж. Возраст 5 (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца - дней)

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

адрес 2. Красноярск ул. Ветви д.7 кв.8

адрес родственников и N телефона 2. Красноярск ул. Ветви д.7 кв.8 89999999999
Иван Иванович
(папа)

5. Место работы, профессия или должность ДДУ N13

6. Кем направлен больной СМТ название ЛПО

7. Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет через 2 часов после начала заболевания, получения травмы; госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения ОКН

9. Диагноз при поступлении ОКН

Диагноз клинический | Дата установления

диштансия | 16.05.24

На педикюлез осмотрен не обнаружен подпись Минин

Код формы по ОКУД _____

Код учреждения по ОКПО _____

Министерство здравоохранения
РФ

Медицинская документация
Форма N 004/у
Утверждена Минздравом СССР
04.10.80 г. N 1030

наименование учреждения _____

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

Карта N 315 Фамилия, имя, о. больного Иванов И. С. Палата N 9

Дата			13.05	14.05	15.05	16.05	17.05	18.05	19.05	20.05	21.05	22.05	23.05				
День болезни			3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
День пребывания в стационаре			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
П	АД	Т град.	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У	В	У
140	200	41															
120	175	40															
100	150	39															
90	125	38															
80	100	37															
70	75	36															
60	50	35															
Дыхание																	
Вес																	
Выпито жидкости																	
Стул																	
Ванна																	

Продолжение