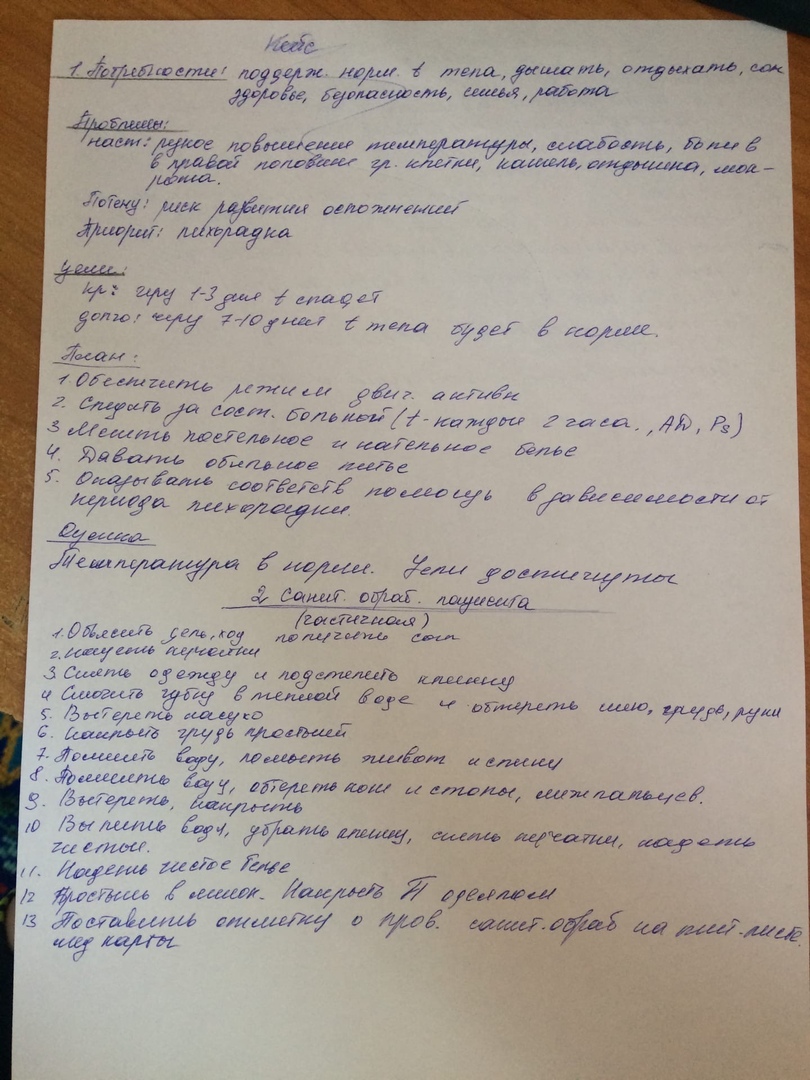
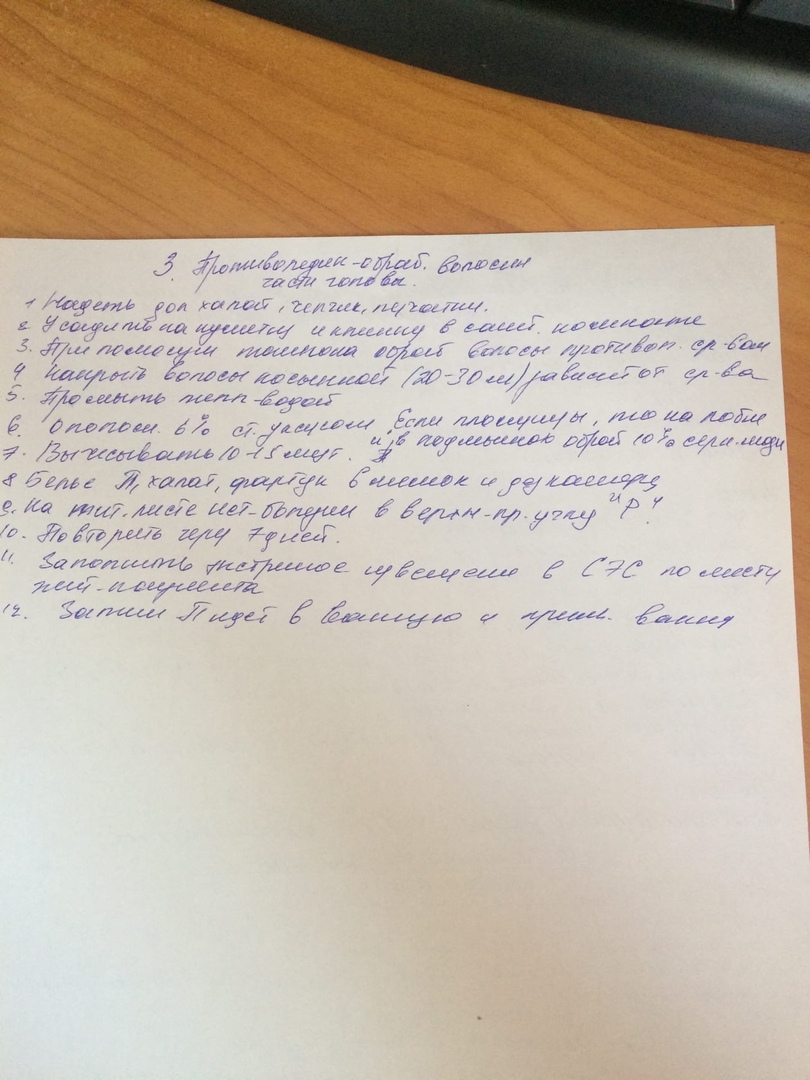
1. Тест. 19/22
2. Задача



3.

Код формы по ОКУД \_\_\_\_1275\_\_\_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_246\_\_\_\_\_

Медицинская документация

форма № 003/у

Утверждена Минздравом СССР

КГБУЗ «Новоселовкая РБ» 04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА № \_\_1\_\_\_

стационарного больного

Дата и время поступления\_20.05.2020\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время выписки\_\_\_\_20.06.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_Хиругия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ палата № \_\_\_\_\_\_\_\_\_25\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Переведен в отделение \_\_\_Терапевтическое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Проведено койко-дней \_\_\_\_30\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Группа крови \_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Резус-принадлежность\_\_\_\_\_Положительная\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Побочное действие лекарств (непереносимость) \_\_\_\_нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

название препарата, характер побочного действия

\_\_\_ Ампициллин, побочного действия нет\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_Петров Олег Михайлович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол \_\_мужской\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Возраст \_\_\_50\_\_\_ (полных лет, для детей: до 1 года - месяцев, до 1 месяца – дней)

4. Постоянное место жительства: город, село (подчеркнуть) \_г.Красноярск Ул. Ленина 23 кв. 403

вписать адрес, указав для приезжих - область, район,

\_ г.Красноярск Ул. Ленина 23 кв. 403\_89234564657\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

населенный пункт, адрес родственников и № телефона

5. Место работы, профессия или должность\_\_УПФРФ специалист\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

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

6. Кем направлен больной \_\_\_\_\_\_\_Поликлиника № 14 г. Красноярск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

название лечебного учреждения

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

через \_\_\_\_\_\_\_3\_\_ часов после начала заболевания, получения травмы;

госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

8. Диагноз направившего учреждения\_\_\_\_\_Острый гастрит\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

9. Диагноз при поступлении\_\_\_\_Острый гастрит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Диагноз клинический Дата установления

\_\_\_Острый гастрит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_23.05.2020\_\_\_\_ \_\_\_\_

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

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

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

Код формы по ОКУД \_\_\_\_3455\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_45453\_\_\_\_\_

Медицинская документация

Форма № 058/у

\_ГКБУЗ «Новоселовская РБ» 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 \_\_\_\_\_\_\_Пневмония\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подтвержден лабораторно: да, нет (подчеркнуть)

2. Фамилия, имя, отчество \_\_Петров Иван Иванович\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3. Пол \_\_\_мужской\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Возраст (для детей до 14 лет - дата рождения) \_\_\_\_50 лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5. Адрес, населенный пункт \_\_\_\_\_г. Красноярск\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ район

улица \_\_\_\_\_Ленина\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дом № \_55\_\_\_\_\_\_\_ кв. №\_\_\_\_\_22\_\_\_

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

(индивидуальная, коммунальная, общежитие - вписать)

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

\_Ул. Урицкого 230. УПФРФ

7. Даты:

заболевания \_\_\_11.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

первичного обращения (выявления) \_\_\_11.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

установления диагноза \_\_\_\_13.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

последующего посещения детского учреждения, школы

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

госпитализации \_\_11.05.2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оборотная сторона ф. № 058/у

8. Место госпитализации \_\_\_\_ Ул. Урицкого 230. УПФРФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

пострадавший \_\_\_\_\_\_\_\_---\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

10. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и

дополнительные сведения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_11.05.2020 13:25\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия сообщившего \_\_\_\_\_Анисимов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кто принял сообщение \_\_\_\_\_Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Дата и час отсылки извещения \_\_\_11.05.2020 13:35\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пославшего извещение \_\_\_\_\_Анисимов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный № \_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_ в журнале ф. № 060/у \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

санэпидстанции.

Подпись получившего извещение \_\_\_\_\_Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_466\_\_\_\_\_\_\_

Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_455\_

Медицинская документация

Форма № 066/у

Утверждена Минздравом СССР

КГБУЗ «Новоселовская РБ» 04.10.80 г. № 1030

наименование учреждения

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА

выбывшего из стационара

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_Петрова Анна Федровна

Пол Муж. Дата рождения жен. 20.04.1995

Жен. год, месяц, число

2. Проживает постоянно (адрес) \_Г. Красноярск Ул. Ленина 24 кв.23\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Исход заболевания

Житель (подчеркнуть): города - 1, (подчеркнуть):

села - 2 1) выписан - 1

3. Кем направлен больной 2) умер - 2

\_\_Поликниника № 14\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3) переведен - 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 7 а. Дата выписки, смерти

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_05\_\_\_\_\_\_\_ месяц

Отделение \_12\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_11\_\_\_\_ число \_\_13\_\_\_ час.

Профиль коек \_\_\_\_12\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Доставлен в стационар по 7 б. Проведено дней 14

экстренным показаниям (подчеркнуть):

да - 1, нет - 2 8. Диагноз, направившего

5. Через сколько часов после учреждения \_\_\_2\_\_\_\_

заболевания (получения травмы) \_\_\_\_24\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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. \_\_\_\_\_04\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяц повторно - 2

\_\_\_\_\_29\_\_\_\_\_\_\_\_ число \_\_\_14\_\_\_\_\_\_ час.

10. Диагноз стационара

Основной Осложнения Сопутствующие заболевания

Хроническая ангина эндогенный перибронхит -

Клинический

Хроническая ангина - -

заключительный

Хроническая ангина - 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 ". 23. ." 2020 г. Результат \_\_\_\_Отрицательный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Подпись \_\_\_САСИНА\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Интеллектуальная карта

**определения частоты дыхательных движений**

**Показания:**контроль за состоянием пациента

норме 16-18 в минуту.



**Противопоказания:**

нет

Даже боги покоряются дыханию Эроса и пьют нектар бессмертия из его чаши.

4.      Внести полученные цифровые данные в лист наблюдения

2.      Положить свою руку на лучевую артерию пациента, как для подсчета пульса (чтобы отвлечь внимание пациента)

3.      Подсчитать число движений грудной клетки или эпигастральной области за 1 минуту (вдох и выдох считается за 1 дыхательное движение)

1.      Придать пациенту удобное положение, усадить или уложить его

Частое дыхание - тахинноэ.

Редкое дыхание - брадинноэ