

Отделение _____ профиль койки _____

Группа крови _____ Гепатит _____

Резус - фактор _____ Педикулез _____

палата № _____ RW _____

палата № _____ Санобработка _____

Медсестра _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО БОЛЬНОГО № _____

Место для
штампа
способа оплаты

1. Дата, время поступления _____ 2. Дата выписки _____

3. Фамилия, имя, отчество _____

4. Непереносимость лекарств _____

5. Число, месяц, год рождения _____ 6. Пол больного: муж. - жен.

7. При поступлении: рост _____ вес _____

8. Адрес _____

9. Место работы _____

10. Должность _____

11. ИОВ; инвалид труда, детства: группа 1, 2, 3; УОВ; воин - интернационалист: чернобылец; мать - одиночка

12. Сведения о родственниках _____

13. Направившее учреждение _____

14. Диагноз направившего учреждения _____

15. Диагноз при поступлении _____

16. Госпитализация: экстренная - 1/ плановая - 2/ неотложная-3. 17. Первично - 1; повторно - 2.

18. Давность заболевания _____

19. Диагноз клинический:

Основной _____

Сопутствующий _____

20. Диагноз заключительный клинический, коды по МКБ - 10:

Основной _____

Осложнения основного _____

Сопутствующий _____

21. Исход лечения: выздоровление - 1; улучшение - 2; без перемен - 3; ухудшение - 4; умер - 5; умер в первые сутки - 6.

22. Перевод в другое ЛПУ: нет/да Куда _____

23. Причина смерти _____

24. С режимом ознакомлен(а) _____ (подпись пациента)

25. Отметка постовой медицинской сестры стационарного отделения о дате, времени поступления пациента из приемного отделения

(подпись)

26. Тип травмы (выбрать):

- связанная с производством: в промышленности, строительстве - 1, в сельском хозяйстве - 2, дорожно - транспортная - 3, прочая - 4.
 - не связанная с производством: бытовая - 5, уличная - 6, дорожно - транспортная - 7, дошкольная - 8, школьная - 9, спортивная - 10, во время игр в оздоровительном учреждении - 11, на прогулке в оздоровительном учреждении - 12, на спортивном мероприятии в оздоровительном учреждении - 13, прочая в оздоровительном учреждении - 14, прочая - 15.

26-а: Причина телесных повреждений насильственного характера (выбрать):

1- телесные повреждения, связанные с огнестрельными колото - резанными, рубленными ранами, переломами, обморожениями, ушибами, сотрясением мозга и т.д.; 2- телесные повреждения и отравления, связанные с покушением на самоубийство; 3- телесные повреждения и отравления, полученные при ожогах кислотами и различными токсическими веществами; 4- ранения и травмы, полученные при взрывах и других чрезвычайных происшествиях; 5- травмы и ранения, связанные с неосторожным обращением с огнестрельным оружием и боеприпасами; 6- травмы, полученные в результате дорожно - транспортных происшествий; 7- телесные повреждения и травмы, связанные с неудовлетворительным состоянием строительных конструкций, зданий, сооружений и нарушениями техники безопасности на производстве; 8- иные телесные повреждения при подозрении на насильственный характер их прохождения.

27. Хирургическое лечение:

Дата, время операции	Кем проведена (1-врачи при-емн. отд. /2-врачи стац. отд.)	Название операции, код	План./ экстр.	Хирург (таб. №)	Особенности операции*	Кол-во биоматериала, направленного на морфологическое исследование	Ассистенты		Метод обезболивания (код)	Анестезиолог
							1 (таб. №)	2 (таб. №)		

* указать код (коды): ОСН - основная операция; Л - с использованием лазерной аппаратуры; К - с использованием криогенной аппаратуры;

Э - с использованием эндоскопической аппаратуры; МИ - малоинвазивная операция; МХ - микрохирургическая операция;

О - органосохраняющая операция; В - высокотехнологичная операция.

28. Осложнения при лечении

Дата (дд.мм.гггг)	Осложнения (код)	Причина осложнений (1-из-за болезни, 2- ятрогенная, 3-техническое оснащение)	Экспертиза осложнения (1-осложнение, приведшее к смерти больного; 2-осложнение опасное для жизни больного, но не приведшее к смерти; 3- осложнение, вызвавшее удлинение пребывания больного в больнице)

29. Сведения о проведении заседаний врачебной комиссии:

30. Трудоспособность: восстановлена - 1, временно утрачена - 3, стойко утрачена в связи с данным заболеванием - 4, стойко утрачена по другим причинам - 5, направлен на МСЭ - 6.

31. Отметка о выдаче листка нетрудоспособности (справки): открыт / продлен / закрыт

Указать число дней нахождения на б/л до поступления в стационар _____

№ _____ с _____ по _____ № _____ с _____ по _____

№ _____ с _____ по _____ № _____ с _____ по _____

32. Особые отметки**33. Проведено всего койко-дней больным _____**

Реним.	3 кат.	2 кат.	1 кат.	Таб. №	Фамилия врача, выписывающего больного	Подпись

34. Способ оплаты оказанной медицинской помощи:

Общие сведения, обязательные для заполнения:

Страховая компания: _____

Серия, № полиса _____

Паспорт (свидетельство о рождении):

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

Кем выдан, код подразделения _____

Обведите номер и заполните один из разделов:

I. В рамках обязательного медицинского страхования по клинико - затратным группам заболеваний (КСГЗ)
(на лицевой стороне медицинской карты не должно стоять никакого штампа)

Номер КСГЗ основного заболевания	<input type="text"/>	Код по МКБ - 10 основного заболевания для подачи в страховую медицинскую компанию в реестре оказанной медицинской помощи терапевтической КСГЗ коду по МКБ - 10 основного заболевания, указанного в п. 20)	<input type="text"/>
Номер КСГЗ сопутствующего заболевания (указывается в случае указания в п. 20 кода по МКБ - 10 сопутствующего заболевания)	<input type="text"/>	Табельный номер врача для подачи в страховую медицинскую компанию в реестре оказанной медицинской помощи (указывается только в случае несоответствия профиля КСГЗ специальности врача, выписывающего пациента из стационара)	<input type="text"/>

II. В рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)
(на лицевой стороне медицинской карты должен стоять штамп №ВМП"

Источник финансирования высокотехнологичной медицинской помощи (нужное подчеркнуть):

- за счет средств ОМС ("базовая" программа ВМП)
- за счет средств областного бюджета ("сверхбазовая" программа ВМП)

Код вида ВМП

Код метода лечения

III. За счет средств Фонда социального страхования (ФСС)
(на лицевой стороне медицинской карты должен стоять штамп "ФСС")

IV. В рамках добровольного медицинского страхования (ДМС)
(на лицевой стороне медицинской карты должен стоять штамп "ДМС")

V. За счет личных средств пациента
(на лицевой стороне карты должен стоять штамп "ПЛАТНО")

Дополнительные сведения (дата, номер договора и пр. _____

VI. В рамках договоров с юридическими лицами (в т. ч. с другими ЛПУ)
(на лицевой стороне медицинской карты должен стоять штамп "ДОГОВОР")

Место для вклеивания копий документов пациента

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

Я _____ года рождения,
(фамилия, имя, отчество – полностью)
проживающий(ая) по адресу: _____

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных

граждан:

Я, паспорт: _____, выдан _____ являюсь
законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица,
признанного недееспособным: _____

(Ф. И. О. ребенка или недееспособного гражданина - полностью, год рождения)

-Я ознакомлен (ознакомлена) с распорядком и правилами лечеб-
но-охранительного режима, установленного в данном лечебно-профилактическом учреждении и обязуюсь их соблюдать;
-В соответствии со ст.20 Федерального закона РФ от 21 ноября 2011 г, № 323 - ФЗ «Об основах
охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даю добровольное информированное согласие
на проявление мне (представляемому) медицинских вмешательств:

- опрос, осмотр медицинскими работниками;
- опрос, осмотр сотрудниками кафедр ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России совместно со студентами при осуществлении образовательной деятельности;
- проведение профилактических, исследовательских» диагностических, лечебных, реабилитационных видов медицинских обследований, медицинских манипуляций, операций в стационарных условиях;
- проведение лекарственной терапии по назначению врачей,

-Я информирован (информирована) о целях, характере и неблагоприятных эффектах
диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда
здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения;
-Я извещен (извещена) о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать
назначенные препараты и выполнять другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом
ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не назначенных лекарств и методов
лечения;

-Я предупрежден (предупреждена) и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-
охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов,
самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное
самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья;

-Я информирован (информирована) о запрете курения в зданиях и на территории ГБУЗ ТО
«ОКБ N2», а также о необходимости прекращения потребления табака, негативно влияющего на мое
здоровье и здоровье окружающих лиц.

- В случае несогласия с назначаемым медицинским вмешательством, информирую о дан-
ном факте лечащего врача (врача-консультанта) и подпишу от каз от проведения медицинского
вмешательства.

-Я ознакомлен(а) и согласен (согласна) со всеми пунктами настоящего документа, положе-
ния которого мне разъяснены, мною приняты и добровольно даю свое согласие на обследование и
лечение в предложенном объеме.

Информация о лицах, которым разрешаю получать сведения, составляющую врачебную тайну:

“ _____ ” _____ 20__ года.

Подпись пациента/
законного представителя

✓

Расписался в моем присутствии:

Врач _____ (подпись)
(Должность, И. О. Фамилия)

✓

Место для вклеивания протоколов заседания подкомиссии врачебной комиссии

СОГЛАСИЕ
Субъекта персональных данных, обратившегося в медицинскую организацию,
на обработку его персональных данных

Я, _____
Ф. И. О. полностью _____
паспорт _____, выдан _____
серия и номер _____
_____ дата и наименование выдавшего органа
проживающий по адресу: _____
по месту регистрации _____

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ ТО «ОБ № 4» (г. Ишим) (далее — Оператор) моих персональных данных, включающих фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и адрес рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, место работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведет» об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах специальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

- установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико - социальных услуг, в медико - профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи.
- осуществление контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико-профилактических мероприятий;
- оплаты оказанных по программе обязательного и добровольно») медицинского страхования медицинских услуг;
- ведения учета оказанной медицинской помощи,
- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая- свор, запись, сбор речевой информации в ходе приема, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, пережму обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также, учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении. Оператор вправе осуществлять обработку моих персональных данных централизованно в Единой государственной информационной* системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать мои персональные данные, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайму, с использованием средств антомагнзатт и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде « следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;
- пенсионному фонду Российской Федерации, включая сто территориальные органы
- страховым медицинским организациям, осуществляющим мое страхование;
- организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико-статистической информации;
- органам управления здравоохранением Российской Федерации, органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов) и органам управления здравоохранения Российской Федерации муниципальных образований (без автономных округов),
- иным медицинским организациям Российской Федерации (регионального и федерального уровней) на законном основании осуществляющих свою медицинскую деятельность, для установления мне медицинского диагноза, определения тактики лечения, оказания медицинских и медико-соштальных уедут, и медико-профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно, в случае если согласие не отозвало в письменной форме.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного заявления, который может быть направлен я адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора,
В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей медико-статистической информации.

СОГЛАСИЕ

законного представителя субъекта персональных данных на обработку персональных данных субъекта персональных данных обратившегося в медицинскую организацию

Я, _____
Ф. И. О. полностью _____
паспорт _____, выдан _____
(серия и номер) (дата и наименование выдавшего органа)
проживающий по адресу: _____
(по месту регистрации)
являющийся законным представителем _____
(родителем, усыновителем, опекуном, попечителем)
представляемого _____
(фамилия, имя, отчество сына (дочери), усыновленного (удочеренной), подопечного (подопечной))
дата рождения " _____ " _____ г. _____
(реквизиты документа, удостоверяющего личность (при наличии))
проживающего по адресу: _____
(по месту регистрации)
(реквизиты документа, подтверждающего полномочии представителя)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ ТО «ОБ № 4» (г. Ишим), (далее — Оператор) персональных данных представляемого, включающих: фамилию, имя, отчество, год, месяц, дату и место рождения, пол, гражданство, место жительства, в том числе сведения о регистрации по месту жительства, месту проживания, месту работы, социальное положение (статус), реквизиты документа, удостоверяющего личность (серия, номер, дата выдачи, наименование и код подразделения органа выдавшего документ), реквизиты полисов медицинского страхования, страховой номер индивидуального счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), сведения об оказанной медицинской помощи, сведения о мерах социальной поддержки, данные о состоянии здоровья, в том числе, содержащие врачебную тайну в целях:

- установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг, в медико - профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну;
- защиты моих прав на получение качественной медицинской помощи;
- осуществления контроля качества оказанных мне медицинских услуг, проведения медико - профилактических мероприятий;
- оплаты оказанных по программе обязательной и добровольного медицинского страхования медицинских услуг;
- ведения учета оказанной медицинской помощи;
- формирования медицинских статистических данных в формах медико-статистического наблюдения;
- обеспечения соблюдения законов Российской Федерации и иных нормативных правовых актов Российской Федерации.

Предоставляю Оператору право осуществлять при обработке моих персональных данных все действия (операции) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, сбор речевой информации в ходе приема, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), название, использование, передачу, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Оператор вправе обрабатывать персональные данные представляемого посредством внесения их в информационные хранилища (электронную базу данных, списки, реестры, регистры), а также учетные и отчетные формы в электронном и бумажном исполнении.

Оператор вправе осуществлять обработку персональных данных представляемого централизованно в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения, отраслевой информационной системе здравоохранения Тюменской области.

Оператор имеет право получать и передавать персональные данные представляемого, в том числе содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, с использованием средств автоматизации и без использования таких средств, на материальных носителях, в том числе в бумажном виде в следующие государственные органы, организации (учреждения):

- федеральному и территориальному фондам обязательного медицинского страхования;
- пенсионному фонду Российской Федерации, включая его территориальные органы;
- страховым медицинским организациям, осуществляющим страхование представляемого;
- организациям (учреждениям), осуществляющим на законном основании обработку медико - статистической информации;
- органам управления здравоохранением Российской Федерации, органам управления здравоохранением Тюменской области (без автономных округов) и органам управления здравоохранения Российской Федерации муниципальных образований (без автономных округов).

- иным медицинским организациям Российской Федерации (регионального и федерального уровней) на законном основании осуществляющих свою медицинскую деятельность для установления мне медицинского диагноза, определения тактики лечения, оказания медицинских и медико - социальных услуг, в медико - профилактических целях при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Передача персональных данных представляемого иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

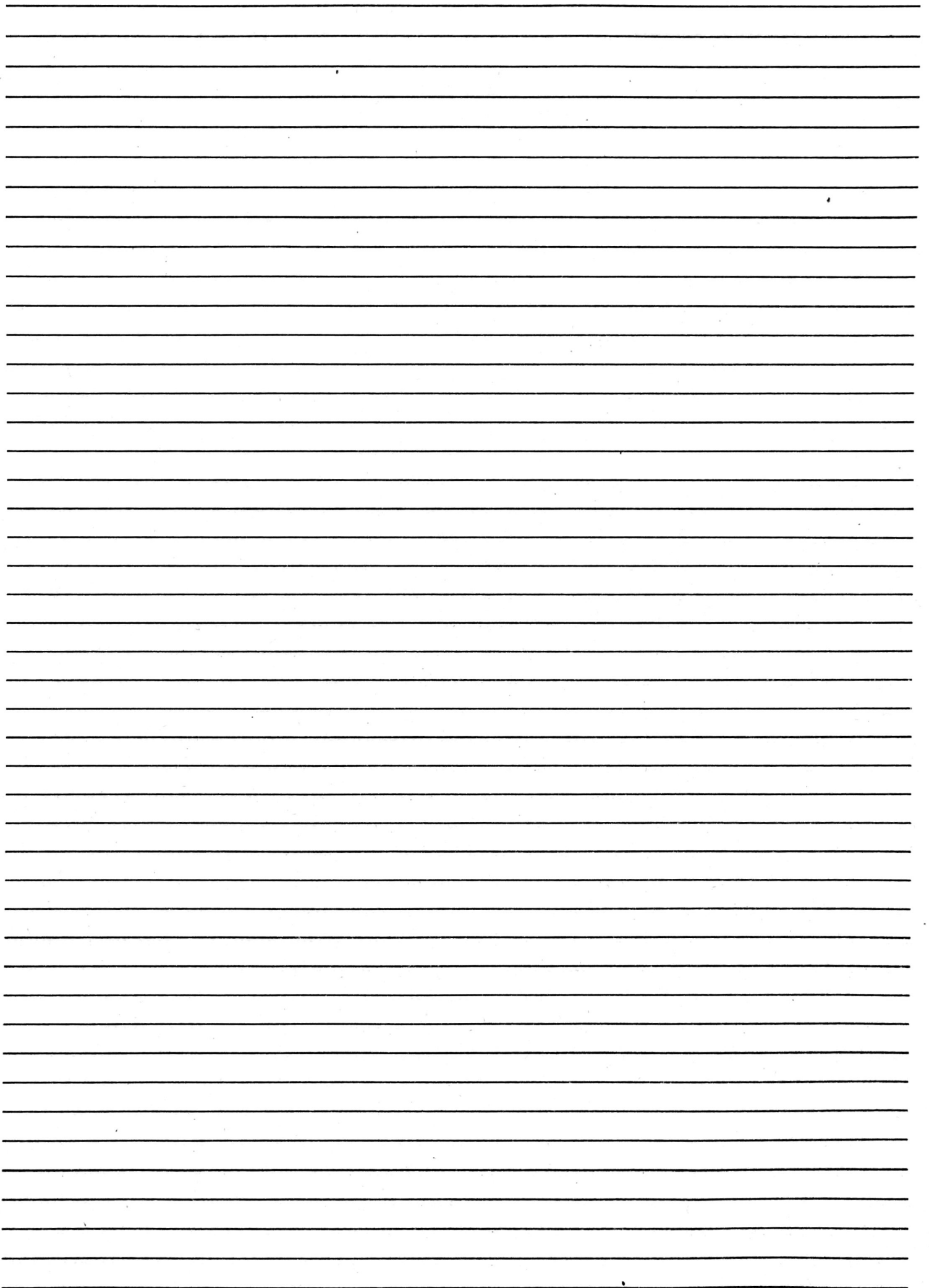
Настоящее согласие дано мной _____ и действует бессрочно, в случае если согласие не отозвано в письменной форме.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных Оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной представляемому до этого медицинской помощи и предоставления соответствующей статистической информации.

Подпись законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя) субъекта персональных данных.

Подпись законного представителя (родителя, усыновителя, опекуна, попечителя) субъекта персональных данных _____



ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

На основании ст. ст. 20, 54 Федерального закона от 21.11.2011 №323 - ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"

Я, _____

(Фамилия, имя, отчество)

пациент, родитель, законный представитель, опекун, попечитель, представитель пациента

(нужное подчеркнуть)

(фамилия, имя, отчество пациента)

Даю согласие на медицинское вмешательство:

(заполняется врачом - указать вид и название медицинского вмешательства: операция, пункция, процедура и т.д.)

Даю согласие на анестезиологическое пособие:

(заполняется врачом - анестезиологом - указать вид анестезиологического пособия: анестезия местная, общая, эпидуральная)

Мне, в доступной форме объяснены и понятны суть моего (пациента) заболевания и опасности, связанные с дальнейшим развитием моего заболевания. Я понимаю необходимость проведения медицинского вмешательства (оперативного лечения). Решение вопроса о методе и объеме вмешательства доверяю оперирующему хирургу (лечащему врачу).

Я информирован(а) о возможных осложнениях, связанных с заболеванием и/или характером вмешательства, анестезиологического пособия, о степени оперативного и манипуляционного риска, а также их последствиях.

Я даю и уполномочиваю врачей выполнить любую процедуру, манипуляцию или дополнительное вмешательство, которое может потребоваться в целях лечения, а также в связи с возникновением непредвиденных ситуаций, осложнений в ходе операции (медицинского вмешательства), анестезиологического пособия и в послеоперационном периоде.

Я заверяю, что рассказал(а) о всех мне известных, перенесенных мною сопутствующих заболеваниях, их осложнениях, их осложнениях и ранее выполненных операциях У меня имеется повышенная чувствительность к медикаментам, лекарственная непереносимость: _____

Я подтверждаю, что после объяснений был/а возможность задать дополнительные вопросы врачу. Мне известно, что я могу не давать согласия на медицинское вмешательство.

Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятен и что полученные разъяснения, также мне понятны и меня удовлетворяют:

Дата " _____ " _____ 20__ г.

Подпись пациента (родителя, законного представителя, опекуна, попечителя, представителя пациента) _____

Лечащий врач / Ф. И. О. _____ Подпись _____

_____ адрес

Протокол трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов

1. Ф. И. О. реципиента: _____

№ медицинской карты: _____

2. Группа крови реципиента:

3. Резус - принадлежность:

4. Фенотип:

5. Определение резус - принадлежности реципиента проводилось:

в лаборатории/экспресс-методом:

6. Исследование антител: выявлены/не выявлены:

7. Трансфузионный анамнез: трансфузии были/не были:

8. Трансфузии по индивидуальному подбору в прошлом: были/не были

9. Реакции и (или) осложнения, возникшие у реципиента в связи с трансфузией (переливанием)
донорской крови и (или) ее компонентов:

10. Акушерский анамнез (количество беременностей):

11. Особенности течения (самопроизвольные аборты, гемолитическая болезнь новорожденного и
другое):

12. Медицинские показания к проведению трансфузии (переливанию) донорской крови и (или) ее компонентов: _____ Hb, г/л _____ Ht, % _____
13. Макроскопическая оценка и (или) ее компонентов: пригодна к переливанию не пригодна к переливанию
14. Дата трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов: " _____ " _____ 20 _____ г.
15. Время начала трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов реципиенту: _____
16. Время окончания трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов реципиенту: _____
17. Данные с этикетки контейнера с кровью и (или) ее компонента: _____
18. Наименование компонента крови: _____
19. Наименование организации, заготовившей донорскую кровь и (или) ее компоненты: _____

20. Дата заготовки крови и (или) ее компонентов: _____
21. Срок годности донорской крови и (или) ее компонентов: _____
22. № контейнера донорской крови и (или) ее компонентов: _____
23. Объем донорской крови и (или) ее компонентов (мл): _____
24. Код донора донорской крови и (или) ее компонентов (ФИО донора): _____
25. Группа крови донора крови и (или) ее компонентов: _____
26. Резус - принадлежность донора крови и (или) ее компонентов: _____

27. Перед трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов проведены контрольные проверки показателей:

Группа крови реципиента: _____
 Резус - принадлежность реципиента: _____
 Группа крови донора¹: _____
 Резус принадлежность донора¹: _____

28. При определении показателей использовались реактивы: **целиклоны (ООО "Гематолог")**:

анти А серия:	годен до:
анти В серия:	годен до:
анти АВ серия:	годен до:
анти D супер серия:	годен до:

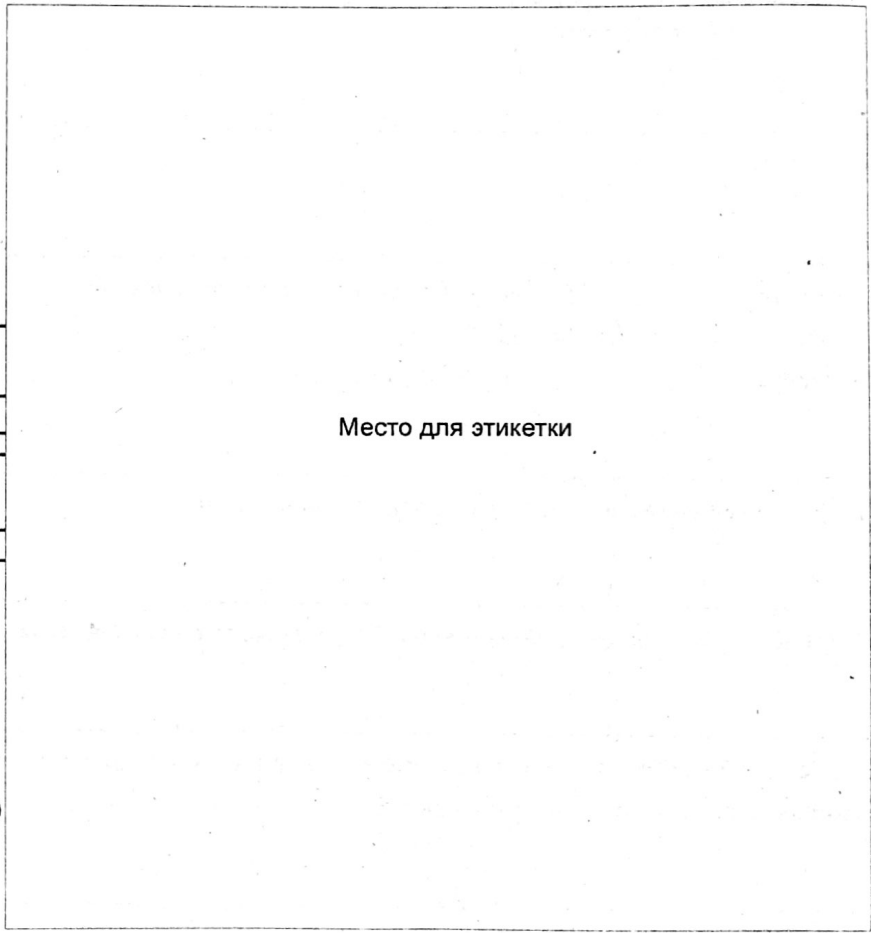
(наименование с указанием серии и срока годности)
 29. Проведены пробы на индивидуальную совместимость¹: **по системе ABO**
Rh с 33% полиглюкином № _____ до _____
 (указать метод, используемые реактивы (наименование, серию, срок годности), результат проведения каждой пробы)

30. Биологическая проба: _____
 (указать метод, результат проведения пробы)

31. Способ трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов: _____

32. Осложнения во время трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов: _____

33. Наблюдение за состоянием реципиента: _____



	Артериальное давление, мм рт. ст.	Частота пульса, уд./мин.	Температура, °С	Диурез, цвет мочи
Перед переливанием				
Через 1 час после переливания				
Через 2 часа после переливания				
Через 3 часа после переливания ²	-----	-----	-----	-----

34. Врач, проводивший трансфузию (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов: _____
 (ФИО) _____ (подпись)

35. Медицинская сестра, сестра анестезист: _____
 (ФИО) _____ (подпись)

¹ Указывает при проведении трансфузии (переливания) эритроцитосодержащих сред
² Указывается при проведении трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов в амбулаторных условиях

Патологоанатомическое (гистологическое) заключение

Место для
вклейки
эпикриза

**Лист учета дозовых нагрузок
пациента при рентгенологических исследованиях**

№ п/п	Дата	Вид исследования, количество и вид процедур	Эффективная доза за исследование, мЗв	Примечание

Экспертиза медицинской карты стационарного больного

Медицинская карта проверена в соответствии с приказами по учреждению
"О внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности",
"Об утверждении формы и правил ведения медицинской карты стационарного
больного".

Заведующий отделением _____

Медицинская карта проверена врачом - методистом экспертного отдела в
соответствии с приказами по учреждению, регламентирующими правилами ведения и
оформления медицинской карты стационарного больного.

_____ 20__ г. _____
подпись

Фамилия, И. О.

СТАТИСТИЧЕСКАЯ КАРТА ВЫБИВШЕГО ИЗ СТАЦИОНАРА
круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении,
дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому
№ медицинской карта _____

1. Код пациента _____ 2. Ф.И.О. _____
3. Пол: муж 1 жен 2 4. Дата и место рождения _____
5. Порядковый номер новорожденного _____
6. Документ, удостов. личность: название, серия, номер _____
7. Адрес: регистрация по месту жительства _____
- Код терр. проживания: _____ 8. Житель: город 1 село 2
9. Социальный статус: Работает 1 ; Не работает 2 ; Учащийся 3 ; Пенсионер 4
Военнослуж. ; Код _____ ; Член семьи военнослужащего
10. Категория льготности: инв. ВОВ ; участник ВОВ ; воин-интернац.
лицо, подвергшееся радиационному облучению ; в т.ч. в Чернобыле ; инв. I гр. ;
инв. II гр. ; инв. III гр. ; ребенок-инвалид ; инв. с детства ; прочие
11. Наименование страховой организации _____ серия _____ номер _____
Если нет полиса, указывается тип документа, подтверждающий факт страхования:
Полис старого образца, полис нового образца, временное свидетельство _____ серия _____ номер _____
12. Вид оплаты: ОМС 1 Бюджет 2 Платные услуги 3 в т.ч. ДМС 4 Другое 5
13. Кем направлен _____ № напр. _____ Дата _____
14. Кем доставлен _____ Код _____ Номер наряда _____
15. Диагноз направившего учреждения _____
16. Диагноз приемного отделения _____
17. Доставлен в состоянии опьянения: Алкогольного 1 Наркотического 2
18. Госпитализирован по поводу данного заболевания в текущем году:
первично 1 ; повторно 2 ; по экстренным показаниям 3 ; в плановом порядке 4 ;
19. Доставлен в стационар от начала заболевания (получения травмы):
в первые 6 часов 1 ; в теч. 7-24 часов 2 ; позднее 24-х часов 3
20. Травма: - производственная: промышленная 1 ; транспортная 2 ; в т.ч. ДТП 3 с/хоз 4 прочие
не производственная: бытовая 6 ; уличная 7 ; транспортная 8 , в т.ч. ДТП 9
школьная 10 ; спортивная 11 ; противоправная 12 ; прочие 13
21. Дата поступления в приемное отделение _____ Время _____
Подпись врача приемного отделения _____ Код _____
22. Дата выписки (смерти) _____ Время _____
23. Исход госпитализации: выписан (выздоровление) 1 ; улучшение 2 ; без перемен 3 ; ухудшение 4 ; умер
24. Результат обращения: выписан 1 ; переведен в др. ЛПУ 2 ; переведен в ДС 3 ; переведен в круглосуточный
стационар 4 ; переведен на другой профиль коек 5 ; лечение прервано по инициативе пациента 6 ;
лечение прервано по инициативе МО 7 ; лечение продолжено 8 ; самовольно прерванное лечение 9 ;
умер 10 ; умер в приемном покое 11
25. Продолжительность госпитализации (койко-дни) _____
26. Листок нетрудоспособности: открыт _____ закрыт _____
- 26а. По уходу за больным Полных лет _____ Пол: муж. 1 жен. 2

27. Статус представителя пациента: 0 - отсутствует, 1 - родитель, 2 - усыновитель, 3 - опекун ребенка (физ. лицо), 4 - опекун (Представитель реб. от соц. учреждения), 5 - попечитель

28. Движение пациента по отделениям:

№ п/п	Код отделения	Профиль коек	Фамилия врача	Дата поступления	Дата выписки, перевода 3)	Код диагноза по МКБ	Код медицинского стандарта 1)	Код прерванного случая 2)	Вид оплаты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									
2									
3									

29. Хирургические операции (обозначить: основную операцию, использование спец. аппаратуры):

Дата, час	Код хирурга	Код отделения	Основная операция	Операция		Осложнение		Анестезия*	Использ. спец. аппаратуры			Вид оплаты
				наименование	код	наименование	код		энд.	лазер	криог.	

* Анестезия: общая - 1, местная - 2

30. RW 1 AIDS 2

31. Диагноз стационара (при выписке):

	Основное заболевание	Код МКБ	Осложнения	Код МКБ	Сопутствующие заболевания	Код МКБ
Клинический заключительный						
Патолого-анатомический						

32. Код МЭС (медико-экономического стандарта)

основного _____ сопутствующего _____ заболевания

33. Дефекты госпитального этапа: несвоевременность госпитализации - 1; недостаточный объем клиничко-диагностического обследования - 2; неправильная тактика лечения - 3; несовпадение диагноза - 4.

Заведующий отделения _____ 1) Проставляется в случае утверждения в субъекте Российской Федерации в установленном порядке
(Фамилия, подпись) 2) Заполняется при использовании в системе оплаты

ГБУЗ ТО "Областная Больница № 4" г. Ишим

Согласие на обработку персональных данных

Основание: Федеральный закон Российской Федерации от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ "О персональных данных"

Я, Ф.И.О. _____

по адресу _____

паспорт, другое _____

номер основного документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи и выдавшем органе предоставляю свои персональные данные и даю согласие на их обработку своей волей и в своем интересе с целью внесения их в автоматизированную систему оперативного управления и анализа информации об оказании медицинской помощи в ЛПУ.

Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие: информация согласно формам медицинской учетной документации, используемой в стационарах.

Перечень действий с персональными данными, на совершение которых дается согласие: сбор, статистическая обработка и хранение.

Общее описание используемых оператором способов обработки персональных данных: устный опрос, внесение записей в электронную базу данных.

Срок, в течение которого действует согласие - 25 лет.

Порядок отзыва данного согласия: по письменному заявлению субъекта персональных данных на имя руководителя ЛПУ.

" _____ " _____ 20__ г. Подпись _____

**Памятка для пациента
Уважаемый пациент!**

При поступлении в стационарное отделение _____
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения
ознакомьтесь, пожалуйста, с правилами которые должны строго
соблюдаться во время пребывания в учреждении с целью достижения максимального
положительного лечебного результата.

С «01» июня 2013 года вступил в силу закон «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», согласно пункта 2 части 1 статьи 12 Федерального закона от 23.02.2013 № 15-ФЗ, **Пациенту запрещается курение табака на территориях и в помещениях**

За нарушение установленного Федеральным законом запрета курения табака на отдельных территориях, в помещениях, влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от пятисот до одной тысячи пятисот рублей (ст. 6.24 КоАП РФ от 30.12.2001 № 195-ФЗ).

С настоящей Памяткой ознакомлен(а) _____
(подпись, фамилия, инициалы пациента)

С настоящей Памяткой ознакомил (а): _____