

Стр.1

наименование
медицинской организации _____
адрес _____

«Медицинская карта пациента, состоящего на учете фтизиатра» № _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число ____ месяц ____ год ____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число ____ месяц ____ год ____
4. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____
район _____ город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
5. Место проживания город _____ населенный пункт _____
улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____
6. Полис ОМС: серия _____ N _____ 8. СНИЛС _____
7. Гражданство _____ 10. Документ _____ : серия ____ N _____
8. Занятость: работает - 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу - 2;
пенсионер - 3, студент - 4, не работает - 5, прочие - 6
- 9 Место работы _____
10. Взят на диспансерное наблюдение

Дата начала наблюдения	Дата прекращения наблюдения	Диагноз	Код МКБ-10

11. Изменение места жительства

Дата	Новый адрес места жительства (регистрации)

Стр. 2 Лист уточнённых диагнозов

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Врач, подпись

Стр.3 Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения



ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ПРИКАЗ

«22» апреля 2019 г.

№ 835

Кемерово

**Об утверждении унифицированной формы
медицинской карты пациента, состоящего на учете у фтизиатра,
условиях и порядков по ее заполнению**

Во исполнение Приказа Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» в целях упорядочения ведения и повышения качества заполнения первичной медицинской документации в противотуберкулезных учреждениях Кемеровской области

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Установить форму «Медицинская карта пациента, состоящего на учете фтизиатра» (Приложение № 1), подлежащую применению в медицинских организациях государственной системы здравоохранения Кемеровской области, имеющих в составе туберкулезные кабинеты и туберкулезные отделения.

2. Утвердить Порядок заполнения формы «Медицинская карта пациента, состоящего на учете фтизиатра» согласно (Приложение № 2).

3. Главным врачам государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Кемеровский областной клинический фтизиопульмонологический медицинский центр» (И.Ю. Осинцева), государственного казенного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Новокузнецкий клинический противотуберкулезный диспансер» (И.Ю. Осинцева), государственного бюджетного учреждения здравоохранения Кемеровской области «Прокопьевский противотуберкулезный диспансер» (Г.Л.Никотина), обеспечить ведение медицинской документации по установленной форме.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника департамента Зеленину Е.М.

Начальник департамента



М.В. Малин

КОПИЯ ВЕРНА

Периферические л/у _____
 Отеки _____
 Дыхательная система: ЧД _____

 Сердечно-сосудистая система: АД _____ ЧСС _____

 Пищеварительная система: _____

 Физиологические отправления _____
 Предварительный диагноз: _____

 План обследования: ОАК, ОАМ, б/х, RW, ВИЧ, ВГС, HBsAg, ЭКГ, ФВД, люм м/ск _____,
 посев _____,
 МГМ _____, Gx _____
 Пр. Манту, Диаскинтест,
 Консультация рентгенолога.
 Врач _____

Стр. 6 Данные о контактных лицах

ФИО	Степень родства	Сфера занятости (организация)	Дата, результат ФЛГ

Стр. 7 Первичное посещение очага туберкулеза дата _____
 Отдельная квартира, коммунальная квартира, общежитие, частный дом _____

Число комнат в квартире _____ этаж _____ лифт (есть, нет)
 Семья больного занимает _____ комнат, метраж ____ м2 ____ м2 ____ м2 ____ м2.
 Всего м2 _____
 Больной занимает отдельную (смежную, изолированную) комнату _____ м2.
 В одной комнате ____ м2 с больным проживает ____ чел., в т.ч. детей _____
 Санитарно-гигиеническая оценка квартиры, комнаты больного;
 (сухая, сырая, солнечная, темная, теплая, холодная, грязная, чистая,
 заставленная вещами, просторная - подчеркнуть).
 Отопление _____ канализация _____ вентиляция _____
 Помещение нуждается в ремонте: да, нет, мелком, среднем, капитальном, не
 подходит для проживания
 Проведение дезинфекции наряд № _____ дата _____

--	--	--

Стр. 4 Иммунологические пробы

Дата проведения	Наименование пробы, доза	результат

Стр. 5 Первичный прием

Дата _____

Жалобы _____

Анамнез заболевания: Туберкулез в анамнезе _____

ФЛГ _____

Экспертно-трудовой анамнез _____

Анамнез жизни: _____

Образование _____

Место работы _____

Жилищные условия _____

Перенесенные заболевания: Вен. Заболевания _____ ВИЧ _____

Вир. гепатит _____

Хронические заболевания _____

Травмы _____

Операции _____

Аллергические реакции _____

Гемотрансфузии _____

МЛС _____

Курение _____, прием алкоголя _____,

прием наркотиков _____

Гинекологический

анамнез _____

Данные объективного осмотра:

Общее состояние _____

Состояние питания _____ рост _____ вес _____

Кожные покровы _____

ТОРАКАЛЬНЫЙ ХИРУРГ

Дата

Жалобы: _____

Объективно: _____

Заключение: _____

Врач: _____

Стр. 9 Исследования на МБТ (бактериограмма)

Дата забора материала	Патологический материал	Номер исследования	результат	Дата выдачи результата

Стр. 10 Состояние трудоспособности пациента

Учет временной нетрудоспособности				Динамика стойкой нетрудоспособности		
Дата выдачи листов нетрудоспособности			Диагноз (код МКБ – X)	Дата освидетельствования бюро МСЭ	Группа инвалидности	Вследствие туберкулеза, др. заболеваний (указать)
с . . .	по . . .	№ листка нетрудоспособности				

Стр. 11 Динамическое наблюдение

Дата _____

Жалобы: _____

Данные наблюдения в динамике: _____

Диагноз: _____

Назначения (исследования, консультации): _____

Рекомендации: _____

Врач: _____

ВРАЧ-ОТОЛАРИНГОЛОГ

Дата _____ Возраст: _____

Жалобы:

Анамнез заболевания: _____

НОС: носовое дыхание: свободно, умеренно затруднено, затруднено. Слизистая носа: розовая, гиперемирована, отёчна, умеренно влажная, сухая. Носовые ходы: свободны, заполнены _____ секретом по среднему носовому ходу, корочки. Носовая перегородка: по средней линии, смещена вправо, влево. Носоглотка: свободна, аденоидная вегетация до ____ степени, слизь.

ГЛОТКА: Слизистая задней стенки глотки: розовая, гиперемирована, сухая, влажная, покрыта ____ Миндалины: ____ степени, лакуны: чистые, казеозные пробки, жидкий гной. Нёбные дужки: физиологической окраски, гиперемированы, отёчны, не спаяны с небными миндалинами.

ГОРТАНЬ: голосовые складки перламутрово-серые, симметричные, ровные, гиперемированы, отёчны, подвижны, при фонации смыкаются плотно, подвижность ограничена.

АД – слуховой проход свободен, чист, б/п серая, световой конус узкий, широкий, втянута, выбухает, ш. р. ____

АС – слуховой проход свободен, чист, б/п серая, световой конус узкий, широкий, втянута, выбухает, ш. р. ____

Диагноз:

Лечение:

ОФТАЛЬМОЛОГ

Дата

Жалобы: _____

OD

Vis= OS ВГД \ мм.рт.ст

Объективно: Положение глаз и век _____

Конъюнктивы: _____

Роговица:

Передняя камера: _____

Радужка: _____

Зрачки: _____

Хрусталик: _____

Глазное дно: _____

Заключение:

Врач:

с документом, удостоверяющим личность, пункт 10 - указывается документ, удостоверяющий личность пациента.

Пункт 11 – «Занятость» заполняется со слов пациента или родственников;

В позиции «пенсионер» указывают неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

В позиции «студент» указываются обучающиеся в образовательных организациях;

В позиции «не работает» указываются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней;

В позиции «прочие» указываются лица, которые заняты домашним хозяйством, и лица без определенного места жительства.

В пункте 12 указывается место работы со слов пациента.

В пункте 13 указывается первичный диагноз при постановке на диспансерный учёт.

В пункте 14 отражается перемена адреса места жительства пациента.

10.2. При заполнении Стр. 2 указываются все установленные заключительные (уточненные) диагнозы, Ф.И.О. и подпись врача.

10.3. При заполнении Стр. 3 указываются сведения о полученных дозах облучения при рентгенологических исследованиях.

10.4. При заполнении Стр. 4 указываются данные о проведении иммунодиагностических проб.

10.5. На Стр. 5 производятся записи врача-фтизиатра путем заполнения соответствующих строк.

10.6. При заполнении Стр. 6 отражаются данные о лицах, находящихся в контакте с пациентом: ФИО, степень родства (или иное отношение), место работы, результаты флюорографического обследования, для детей указать образовательное учреждение, класс, группу, дату передачи фтизиопедиатру.

10.7. При заполнении Стр. 7 указываются жилищные условия пациента.

10.8. При заполнении Стр. 8 производятся записи врачей-специалистов путем заполнения соответствующих строк.

10.9. При заполнении Стр. 9 указываются результаты исследования материала на микобактерии туберкулеза (МБТ), данные устойчивости возбудителя к препаратам. Допускается вклеивание распечатанных результатов анализов из АСУ «Баклаборатория».

10.10. При заполнении Стр. 10 указываются данные о выданных листках и сроках временной нетрудоспособности. При наличии у пациента(ки) инвалидности указывают группу инвалидности и дату ее установления.

10.11. В Стр. 11 вносятся записи о состоянии пациента при наблюдении в динамике. Результаты функциональных и лабораторных исследований подклеиваются в хронологическом порядке.

Порядок заполнения формы
«Медицинская карта пациента, состоящего на учете фтизиатра»

1. Форма «Медицинская карта пациента, состоящего на учете фтизиатра» (далее - Карта) является основным учетным медицинским документом амбулаторных структурных подразделений противотуберкулезных учреждений, туберкулезных кабинетов, оказывающих помощь взрослому населению

2. Карта заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента, на бумажном носителе.

2.1. Карта формируется на бумажном носителе.

При наличии технической возможности и на условиях соблюдения требований законодательства о защите персональных данных и сохранения врачебной тайны, карта ведется в электронном виде.

3. Карта заполняется врачами.

4. Карты хранятся в кабинете участкового врача.

5. Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинской организации при первом обращении пациента за медицинской помощью.

6. На титульном листе Карты проставляется полное наименование медицинской организации в соответствии с ее учредительными документами, код ОГРН, указывается номер Карты - индивидуальный номер учета Карт, установленный медицинской организацией.

7. В Карте отражается характер течения заболевания, а также все диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в их последовательности.

8. Карта заполняется на каждое посещение пациента. Ведется Карта путем заполнения соответствующих разделов.

9. Записи производятся на русском языке, аккуратно, без сокращений, все необходимые в Карте исправления осуществляются незамедлительно, подтверждаются подписью врача, заполняющего Карту. Допускается запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке.

10. При заполнении Карты:

10.1. На титульном листе в пункте 1 проставляют дату первичного заполнения Карты.

Пункты 2 - 6 Карты заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента.

Пункт 7 включает серию и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования, пункт 8 - страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), в пункте 9 указывается гражданство в соответствии