



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

П Р И К А З

23 мая 2017 г.

Донецк

№ 2110

О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12 марта 2015 г. № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от форм собственности и ведомственной подчиненности»



С целью усовершенствования статистического учета в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики, в соответствии с подпунктом 7.15 пункта 7, пунктами 11, 13 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10 января 2015 г. № 1-33,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12 марта 2015 г. № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от форм собственности и ведомственной подчиненности», зарегистрированный в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 20 мая 2015 г. под регистрационным № 141 (далее – Приказ), следующие изменения:

1.1. Изложить форму первичной учетной документации № 016/у «Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда в стационаре, отделении или по профилю коек» в новой редакции, прилагается;

1.2. Дополнить Приказ пунктами 1.31., 1.32., изложив их в следующей редакции:

«1.31. Форму первичной учетной документации № 003-6/у «Протокол химиотерапии, гормонотерапии» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается;

1.32. Форму первичной учетной документации № 45-2/у «Карта обращения за антирабической помощью (первичное, повторное)» и Инструкцию по ее заполнению, прилагается.».

2. Сектору правового обеспечения отдела правового и кадрового обеспечения Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики обеспечить представление настоящего Приказа в Министерство юстиции Донецкой Народной Республики для его государственной регистрации.

3. Контроль исполнения настоящего Приказа оставляю за собой.

4. Настоящий Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

УТВЕРЖДЕНА
 Приказом Министерства здравоохранения
 Донецкой Народной Республики от 12 марта 2015 г.
 № 312 (в редакции Приказа Министерства
 здравоохранения Донецкой Народной Республики от
 23 ноября 2017 г. № 2110)

Наименование министерства, другого органа исполнительной власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого принадлежит учреждение здравоохранения _____ _____ _____	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ
Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма _____ _____	Форма первичной учетной документации № 016/у
Код _____	УТВЕРЖДЕНО Приказ МЗ Донецкой Народной Республики № _____

СВОДНАЯ ВЕДОМОСТЬ
 учета движения больных и коечного фонда в стационаре, отделении или по профилю коек _____ (вписать наименование)
 за 20 ____ год

Наименование месяцев	Число коек в пределах сметы фактически развернутых + свернутых на ремонт на конец отчетного периода	Среднемесячных (головных) коек	Находилось больных на начало отчетного периода	За отчетный период								Находилось больных на конец отчетного периода	Проведено всеми больными койко-дней	в том числе сельскими жителями	Число койко-дней закрытия	Кроме того, проведено койко-дней матерями с больными детьми	
				поступило больных				переведены больные внутри больницы		выписано больных							Умерло
				из них				из других отделений	в другие отделения	всего	в том числе переведены в другие стационары (из гр.9)						
				всего	сельских жителей	детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно	из них сельских										
А	1	2	3	4	5	6	6-а	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Январь																	
Февраль																	
Март																	
Апрель																	
Май																	
Июнь																	
За полугодие																	
Июль																	
Август																	
Сентябрь																	
Октябрь																	
Ноябрь																	
Декабрь																	
За год																	

Подпись _____

1	Сводная ведомость заполняется ежемесячно в каждом отделении, по каждому профилю коек и в стационаре в целом (на отдельных бланках формы № 016/у) на основании подсчета записей за все дни месяца в листках ежедневного учета формы № 007/у.	4	Число койко-дней, проведенных больными за отчетный период, проставляется только на основании записей из формы № 007/у.
2	В графе 2 за каждый месяц указывается среднемесячное число коек; за год – среднегодовое число коек.	5	Число проведенных больными койко-дней (графа 13) получается путем сложения данных граф 11 и 13 формы № 007/у; число койко-дней закрытия – из графы 4 формы № 007/у; число койко-дней, проведенных матерями при больных детях, – из графы 16 формы № 007/у
3	Для определения среднемесячного числа коек (для графы 2) подсчитываются за месяц данные графы 3 формы № 007/у и полученная сумма делится на число календарных дней месяца; для определения числа среднегодовых коек складываются записи в графе 2 формы № 016/у и полученная сумма делится на 12.	6	Данные сводной ведомости - формы № 016/у - служат для заполнения таблицы 1, раздела III «Отчета учреждения здравоохранения» (формы № 20).

И.о. министра

А.А. Оприщенко

Подписи	Сестра														
	Врач														
	Сестра														

Суммарные дозы фактически использованных препаратов		
№ п/п	Наименование	Суммарная доза
Токсичность лечения		
№ п/п	Наименование	Степень

Ф.И.О. врача _____

Подпись врача _____

И.о. министра



А.А. Оприщенко

УТВЕРЖДЕНА
Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики от 12
марта 2015 г. № 312
(в редакции Приказа
Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики от 23
ноября 2017 г. № 2110)

ИНСТРУКЦИЯ
по заполнению формы первичной учетной документации № 003-6/у
«Протокол химиотерапии, гормонотерапии»

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 003-6/у «Протокол химиотерапии, гормонотерапии» (далее – форма № 003-6/у). Введение формы № 003-6/у является обязательным для учреждений (отделений) онкологического профиля.

2. Форма № 003-6/у является оперативным документом, который предназначается для регистрации режима пребывания больного в стационаре, назначенных ему препаратов, с указанием способа введения и доз.

3. Форма № 003-6/у заполняется лечащим врачом в день начала химиотерапевтического лечения в стационаре с внесением необходимых корректив в период лечения больного.

4. В графе «Назначение» необходимо указать способ введения препарата, его кратность, дозировку.

5. В графе «Исполнитель» указывается Ф.И.О. медицинского работника, назначившего и выполнившего процедуру.

6. Для хранения формы № 003-6/у на период лечения больных в стационаре отводится специальная папка в каждом отделении.

7. Ежедневно младшим специалистом с медицинским образованием ставятся отметки о выполнении назначений, заверенные его подписью.

8. В форме № 003-6/у по завершении лечения назначенным препаратом необходимо в графе с соответствующей датой написать слово «ОТМЕНА» и заверить подписью врача.

9. После выписки больного из стационара, форма № 003-6/у клеивается в «Медицинскую карту стационарного больного» (форма № 003/у, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.2015 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от форм собственности и ведомственной подчиненности», зарегистрированным в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 20 мая 2015 г. под регистрационным № 141) и хранится вместе с ней 25 лет.

10. Записи названия препаратов и способов их введения ведутся на русском языке, разборчиво.

11. В случае ведения формы № 003-6/у в электронном формате в нее должна быть включена вся информация, которая содержится в утвержденном бумажном варианте.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

УТВЕРЖДЕНА

Приказом Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики от 12
марта 2015 г. № 312 (в редакции Приказа
Министерства здравоохранения Донецкой
Народной Республики от 23 ноября 2017 г.
№ 2110)

Наименование министерства, другого органа исполнительной
власти, предприятия, учреждения, организации, к сфере
управления которого принадлежит учреждение здравоохранения

Наименование и местонахождение (полный почтовый адрес)
учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма

Идентификационный код

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Форма первичной учетной документации

№ 045-2/у

УТВЕРЖДЕНО

Приказом Министерства здравоохранения
Донецкой Народной Республики

№

КАРТА

обращения за антирабической помощью (первично, повторно)

нужное подчеркнуть

« ____ » _____ года

(дата обращения)

1. Фамилия, имя, отчество _____

2. Возраст _____ 3. Место проживания/пребывания _____

телефон _____

4. Место работы, должность _____

5. Дата травмы: укуса, оцарапывания, ослонения и т.д. (необходимое подчеркнуть или вписать)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, месяц, год, часы, минуты)

6. В какое учреждение здравоохранения обратился пациент по поводу травмы и когда _____

(число, месяц, год, часы, минуты)

7. Описание повреждений и их локализация _____

8. Данные о животном, которое нанесло травму (укусило, оцарапало, ослонило и т.д.) _____

9. Обстоятельства нанесения травмы (укуса, оцарапывания, ослонения и т.д.) _____

10. Бешенство животного подтверждено ветеринарным врачом: клинически, лабораторно; не подтверждено
(необходимое подчеркнуть, вписать) _____

11. Животное осталось здорово, пало, убито (дата гибели), неизвестно (необходимое подчеркнуть, вписать)

12. Диагноз: первичный _____ _____
_____ заключительный _____
13. Первичная обработка укуса, оцарапывания, ослюнения _____ _____
14. Анамнез пациента:
а) заболевания нервной системы _____
б) употребляет ли спиртные напитки, как часто _____
в) получал ли в прошлом антирабические прививки, когда, сколько _____
г) другие сведения _____
15. Сведения об экстренной профилактике столбняка
16. Назначение прививок (число, месяц, год) _____ (смотреть таблицу 1)
17. Назначенный режим (госпитализация, амбулаторное лечение) _____
18. Введение антирабического гамма-глобулина: дата, серия _____
19. Реакция на внутрикожную пробу:
покраснение _____
отек _____
десенсибилизация: одномоментная, двухмоментная (подчеркнуть) _____
Суточная доза _____ разовая доза _____
Повторное введение:
дата « ____ » _____ года доза _____ серия вакцины _____
дата « ____ » _____ года доза _____ серия вакцины _____
20. Сведения о проведении противошоковой, антигистаминной терапии _____
21. Осложнения во время проведения прививок _____

27. Курс прививок полностью закончен; отменен, поскольку животное оказалось здорово; прерван самовольно и т.д. (необходимое подчеркнуть или вписать) _____

28. Мероприятия, принятые по продолжению прерванных прививок _____

29. Сведения о диспансерном наблюдении _____

30. Прочие сведения _____

таблица 1

№ п/п	Схема иммунизации (дни)	Дата (число, месяц, год)		Наименование, серия, срок годности вакцины	Доза	Место введения	Наличие или отсутствие ПВР/ПВО	Подпись лица, проводившего прививку
		по схеме вакцинации	проведения вакцинации					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

С правилами поведения во время прививок и в поствакцинальный период ознакомлен

(фамилия, имя отчество пациента)

Лечащий врач _____
(фамилия)

_____ (подпись)

И.о. министра

А.А. Оприщенко

УТВЕРЖДЕНА
Приказом Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики от 12
марта 2015 г. № 312
(в редакции Приказа
Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики от 23
ноября 2017 г. № 2110)

Инструкция
по заполнению формы первичной учетной документации № 045-2/у
«Карта обращения за антирабической помощью» (первично, повторно)

1. Настоящая Инструкция определяет порядок заполнения формы первичной учетной документации № 045-2/у «Карта обращения за антирабической помощью» (первично, повторно) (далее – форма № 045-2/у).

2. Форма № 045-2/у заполняется на каждого пациента, независимо от места его постоянного проживания (регистрации), ответственным лицом учреждения здравоохранения, которое имеет право на оказание антирабической помощи.

3. Форма № 045-2/у заполняется:

3.1. в двух экземплярах, если пациент получает антирабическое лечение в условиях одного учреждения здравоохранения, один из которых после окончания курса экстренной специализированной антирабической помощи и/или наблюдения за животным, которое укусило, оцарапало или ослюнило пострадавшего, направляется в территориальный орган Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, а другой остается в учреждении здравоохранения, которое оказывало антирабическую помощь;

3.2. в трех экземплярах, если пациент направляется или убывает в другое учреждение здравоохранения. Один экземпляр после оказания первичной медицинской помощи или неполного (незавершенного) курса экстренной специализированной антирабической помощи и/или надзора за животным, которое укусило, оцарапало или ослюнило пострадавшего, направляется в территориальный орган Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, второй экземпляр – в учреждение здравоохранения, куда направляется/убывает пациент, третий - остается в учреждении здравоохранения, которое оказывало антирабическую помощь.

4. В верхнем левом углу формы указывается название министерства, другого центрального органа исполнительной власти, органа местного самоуправления, в сфере управления которого находится учреждение, ответственные лица которого заполнили форму № 045-2/у, его наименование, местонахождение (полный почтовый адрес) и идентификационный код.

5. В форме № 045-2/у обязательно указывается дата ее заполнения.

6. Ответственное лицо учреждения здравоохранения при первичном обращении или изменении диагноза, кроме заполнения формы 045-2/у, обязано срочно, в день обращения пациента, сообщать по телефону дежурному персоналу территориального органа Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики о каждом случае обращения за антирабической помощью/изменении диагноза с последующей передачей формы № 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (утверждена приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.2015 № 012.1/285 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности», зарегистрированный в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 09.09.2015 под регистрационным № 467) на бумажном носителе.

7. Все пункты формы № 045-2/у заполняются медицинским персоналом учреждения здравоохранения, в которое обратился пострадавший за получением помощи.

8. В пунктах 1 - 3 формы № 045-2/у указываются данные о пациенте: фамилия, имя, отчество, дата рождения, место проживания/регистрации согласно паспортным данным (или место пребывания). В случае, если пациентом является ребенок, указывается место проживания /регистрации/пребывания его родителей или других законных представителей.

9. Пункт 4 заполняется со слов пострадавшего.

10. В пункте 5 указываются дата нанесения (число, месяц, год, часы и минуты) и вид травмы (укус, оцарапывание, ослюнение, их комбинация, повреждение кожных покровов и попадание инфицированного материала на слизистые оболочки при разделке туш животных, умерших от бешенства, или при вскрытии трупов людей, умерших от бешенства).

11. В пункте 6 указываются наименование учреждения здравоохранения, в которое обратился пациент первично/повторно по поводу травмы, а также число, месяц, год, часы, минуты обращения.

12. В пункте 7 описываются полученные повреждения (вид) с указанием их анатомической локализации, размеры ран: длина, ширина (по наибольшему поперечнику), глубина (поверхностная, глубокая), количество укусов (хваток), вид кровотечения и его интенсивность.

13. В пункте 8 указать вид животного, если установлен. При укусах собаками, котами отразить «домашнее», «бродячее (бродячее)» или «сторожевая» (для собак). Если животное домашнее или сторожевая собака, – породу, кличку, сведения о прививках, его (ее) местонахождение, размеры и окрас.

При укусах дикими плотоядными животными, летучими мышами и др., учесть их место обитания (цирковое, зоопарковое, содержащееся на звероферме, в домашних условиях или обитающее в дикой природе).

Если вид не установлен – «неизвестен/не установлен».

14. В пункте 9 детально описывается место и обстоятельства, при которых пострадавшему нанесена травма (укус, оцарапывание, ослонение и т.д.) со слов пострадавшего и/или родителей (опекуна).

15. В пункте 10 указываются данные о подтверждении/не подтверждении бешенства у животного, которое нанесло повреждения пострадавшему. Обязательно подчеркивается метод установления диагноза бешенства или не установления. Указывается дата взятия животного под ветеринарное наблюдение с заключением результата осмотра, дата установления или неустановления диагноза бешенства у животного, кем установлено, с указанием учреждения ветеринарной медицины. При лабораторном методе – указать лабораторию, номер и дату результата исследования патологического материала.

16. В пункте 11 указывается состояние животного после нанесения травмы пострадавшему: «осталось здорово», «пало» или «убито», «неизвестно». Необходимо подчеркнуть. Если животное пало или убито, указать дату, состояние животного и поведение на момент гибели. В случаях не направления патологического материала для лабораторного исследования - отразить место нахождения трупа и/или метод утилизации, кем и когда утилизировано. При исчезновении животного - указать дату, состояние животного и поведение на момент исчезновения.

17. В пункте 12 лечащий врач вносит первичный и заключительный диагноз с указанием категории укуса и даты его установления.

18. В пункте 13 указать сведения об оказании первой медицинской помощи (всех видов травм): способ и средства обработки ран и их краев, объем хирургических вмешательств (иссечения нежизнеспособных тканей, наложение наводящих швов, лигирование сосудов и др.).

19. В пункте 14 лечащий врач заполняет анамнез жизни пострадавшего: наличие заболеваний нервной системы, употребление спиртных напитков и их частота, получение ранее антирабических прививок (когда, курс: условный/безусловный, комбинированный, полный/прерванный) и другие сведения, в т.ч. аллергологический анамнез.

20. В пункте 15 указываются сведения об экстренной профилактике столбняка.

21. В пункте 16 указываются назначенные прививки (схема), даты их проведения (число, месяц, год), наименование препарата, доза и место введения. При первичном обращении и/или направлении пострадавшего в другое учреждение здравоохранения для получения специализированного антирабического лечения, указать его рекомендуемый объем.

Курс проводимой вакцинации вносится в Таблицу 1 (приложение 1).

22. Пункт 17 содержит информацию о назначенном режиме (госпитализация, амбулаторное лечение). Нужно подчеркнуть. В случае изменения режима вписать с указанием причины.

23. В пункт 18 вносятся сведения о введении антирабического гамма - глобулина с указанием даты и наименования, серии, срока годности препарата, расчета суточной дозы.

24. В пункте 19 при введении гетерологичного антирабического гамма - глобулина отмечаются реакции на внутрикожную пробу: покраснение, отек, десенсибилизация (одно - или двухмоментная), суточная и разовая доза с кратностью введения, повторное введение с указанием даты, дозы, серии антирабического гамма - глобулина.

25. В пункт 20 вносятся сведения об антигистаминной и противошоковой терапии.

26. В пункт 21 подчеркнуть наличие или отсутствие реакции/осложнения на введение антирабического гамма - глобулина и при проведении прививок. В случае их развития указать вид.

27. В пункте 22 путем подчеркивания и записи указывается информация относительно курса специализированного антирабического лечения: отказ от лечения, полностью закончен, отменен, т.к. животное оказалось здоровым, прерванный: самовольно, по причине резидуальной смерти или из-за отказа в ходе лечения и подобное.

28. В пункте 23 указываются мероприятия, которые приняты для продолжения прерванных прививок.

29. В пункте 24 подчеркнуть необходимость диспансерного наблюдения.

30. В пункт 25 вносятся прочие сведения, такие как изменение даты прививки по причине состояния здоровья или несвоевременной явки и другие.

31. Персонал учреждения здравоохранения, оказавший антирабическую помощь пострадавшему, обязан разборчиво внести информацию во все предусмотренные формой пункты согласно поставленным в ней вопросам и заполнить графы Таблицы 1 (приложение 1).

32. Форма № 045-2/у подписывается лечащим врачом, который осматривал больного, назначал и проводил необходимое лечение.

33. Срок хранения формы № 045-2/у - 3 года.

И.о. министра



А.А. Оприщенко

Приложение 1
 к Инструкции по заполнению
 формы первичной учетной
 документации № 045-2/у
 «Карта обращения за
 антирабической помощью»
 (первично, повторно) (пункты
 21, 31)

Таблица 1

№ п/п	Схема имму- низации (дни)	Дата (число, месяц, год)		Наименование, серия, срок годности вакцины	Доза	Место введе- ния	Наличие или отсутст- вие ПВР/ ПВО	Подпись лица, прово- дившего прививку
		по схеме иммунизации	проведения вакцинации					

С правилами поведения во время и после окончания курса прививок
 ознакомлен, памятку получил _____ (инициалы, фамилия больного)
 _____ (подпись)

Лечащий врач _____ (инициалы, фамилия врача)
 _____ (подпись)