

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Е. В. ЯКОВЛЕВА, Р. В. ХУРСА

**ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ДОКУМЕНТАЦИИ ВРАЧА
АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2018

УДК 616-08-039.57(075.8)
ББК 53.4я73
Я46

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 18.10.2017 г., протокол № 2

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета Т. П. Павлович; канд. мед. наук, зав. каф. общей врачебной практики Белорусской медицинской академии последипломного образования Л. С. Богуш

Яковлева, Е. В.

Я46 Оформление медицинской документации врача амбулаторной практики : учебно-методическое пособие / Е. В. Яковлева, Р. В. Хурса. – Минск : БГМУ, 2018. – 91 с.

ISBN 978-985-567-942-5.

Содержатся указания по оформлению основной медицинской документации врача амбулаторной практики.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов лечебного факультета, врачей-интернов.

УДК 616-08-039.57(075.8)

ББК 53.4я73

ISBN 978-985-567-942-5

© Яковлева Е. В., Хурса Р. В., 2018

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2018

ВВЕДЕНИЕ

Качественная и доступная медицинская помощь — важнейшее направление развития системы здравоохранения Республики Беларусь, ключевая роль в которой принадлежит первичной медицинской помощи, оказываемой преимущественно в амбулаторных условиях.

Ведение медицинской документации — неотъемлемая часть практической деятельности врачей всех специальностей, работающих в амбулаторных условиях, позволяющая мониторировать состояние здоровья пациентов, обеспечивающая преемственность и контроль качества работы медицинского персонала, формирование статистики на всех уровнях системы здравоохранения и др.

Медицинская документация включает в себя широкий спектр документов учетного и отчетного характера, среди которых есть как утвержденные формы документов, так и произвольные.

Документ утвержденной формы имеет обязательный характер для использования во всех учреждениях здравоохранения Республики Беларусь, причем утверждается его содержание (графы), а бланки печатают сами учреждения.

Примером документов неутвержденной формы являются направления на исследования, на консультации, на госпитализацию, в процедурный кабинет для оказания неотложной помощи, вкладыши в медицинскую карту для оформления плана диспансерного наблюдения и др., цель которых оперативно обеспечить текущую работу врача.

Развитие информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении и уровень оснащения компьютерами учреждений здравоохранения позволяют перейти к ведению медицинской документации в электронном виде с обеспечением сохранения врачебной тайны. В частности, в ряде учреждений здравоохранения успешно внедрены автоматизированные информационные системы «Электронный рецепт» и «Электронная медицинская карта» и др. Однако неоспоримые преимущества электронного документооборота по сравнению с бумажным — экономия времени врача, унифицированный и аккуратный («читабельный») вид документов, экономия бумаги — требуют строгого соблюдения правил оформления медицинской документации как врачами, так и средним медицинским персоналом, являющимся первейшим помощником врача амбулаторной практики.

Практические навыки по оформлению медицинской документации, их формирование и закрепление — одно из основных направлений учебного процесса на кафедре поликлинической терапии.

ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ ВРАЧА АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ (УТВЕРЖДЕННЫЕ ФОРМЫ)

Документы утвержденной формы, как отмечено выше, являются едиными для всех учреждений здравоохранения Республики Беларусь, имеют свое название и, как правило, номер. Они обычно утверждаются постановлениями и приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь и/или Совета Министров.

Основные утвержденные формы медицинской документации, наиболее часто используемые в амбулаторной терапевтической практике:

– «Паспорт терапевтического участка» (утверждается на уровне управлений и комитетов здравоохранения горисполкомов и облисполкомов);

– «Талон на прием к врачу» (форма № 025-1/у-07);

– «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (форма № 025-2/у);

– «Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма № 025-3/у-07);

– «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 025/у-07);

– «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививок» (форма № 058/у);

– «Медицинская справка о состоянии здоровья» (форма 1 здр/у-10);

– «Выписка из медицинских документов» (форма 1 мед/у-10);

– «Карта учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет» (форма 131/у-ДВ);

– «Карта учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет» (форма 131/у-ДР);

– «Индивидуальный план прохождения диспансеризации» (форма утверждена постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 12.08.2016 г., № 96);

– «Листок нетрудоспособности» (бланк строгой отчетности) и «Справка о временной нетрудоспособности»;

– «Направление на медико-социальную экспертизу» (форма № 2-мсэ/у-09);

– «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)» (форма 106/у-10).

– «Рецепт врача» (формы бланков утверждены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 31.10.2007 г., № 99).

Среди документов произвольной формы наиболее используемыми являются направления на госпитализацию, консультацию, обследование.

ПАСПОРТ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО УЧАСТКА

«Паспорт терапевтического участка» на протяжении многих десятилетий использовался в амбулаторных учреждениях врачами терапевтических участков как документ *неутвержденной формы*, содержащий необходимую в работе информацию об участке: план его территории и наличие производственных объектов на ней, количество населения и его отдельные контингенты, списки инвалидов и др. Затем протоколом рабочего совещания Министерства здравоохранения Республики Беларусь по вопросам улучшения организации амбулаторно-поликлинической помощи населению от 17.10.2010 г. была утверждена и внедрена форма «Паспорт терапевтического участка». Содержание данной формы имело достаточно схематичный, общий характер, и включало карту участка и информацию о его территории; таблицу переписи населения; количество лиц, имеющих инвалидность и их списки по каждой категории; списки ветеранов и инвалидов Великой Отечественной войны и лиц, приравненных к ним по льготам; количество и списки лиц, состоящих на диспансерном учете по группам ДІ–ДІІІ как у терапевта, так и у врачей-специалистов; количество и списки лиц отдельных категорий; оперативную информацию о числе случаев смерти.

В последующие годы содержание «Паспорта терапевтического участка» конкретизировалось, дополнялось и уточнялось локальными нормативными актами.

Таким образом, форма «Паспорт терапевтического участка» не является единой для амбулаторно-поликлинических учреждений Республики Беларусь. Она утверждается на уровне управлений и комитетов здравоохранения горисполкомов и облисполкомов. В частности, на основании приказа Комитета по здравоохранению Мингорисполкома «Об утверждении примерной формы паспорта участка в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Минска» от 26.09.2017 г. № 625 «Паспорт терапевтического участка» имеет следующую структуру:

I. Раздел «Общая характеристика участка»:

1. Карта участка
2. Информация по территории участка:
 - улицы (переулки), номера домов, этажность домов, наличие домов и входящих кодов;
 - транспортное сообщение;
 - примерное время прибытия на терапевтический участок;
 - протяженность участка (км);
 - предприятия и другие объекты, находящиеся в зоне территориального участка;
 - участковый врач-терапевт (фамилия, инициалы);
 - участковая медсестра (фамилия, инициалы).

3. Таблица переписи населения по участку (обновляется 1 раз в пол-года).

II. Раздел «Контингенты обслуживаемого населения»:

1. Количество лиц, имеющих группу инвалидности по участку (таблица).

2. Инвалиды 1-й группы (списки).

3. Инвалиды 2-й группы (списки).

4. Инвалиды 3-й группы (списки).

5. Ветераны Великой Отечественной войны (ВОВ), лица, пострадавшие от последствий войн (таблица, списочный состав).

6. Отдельные категории граждан (таблица):

– одинокие граждане (списки);

– лица, прибывшие из учреждений уголовно-исправительной системы и лечебно-трудовых профилакториев (ЛТП) (списки);

– часто и длительно болеющие пациенты (списки);

– лица, пострадавшие от аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС) (списки);

– обязанные лица (списки);

– родители детей, находящихся в социально-опасном положении (списки);

– длительно не работающие (списки);

– прикрепленные лица (списки);

– мигранты (списки);

– пациенты, перенесшие туберкулез, пациенты, находящиеся на контролируемом лечении (списки);

– нетранспортабельные лица (списки);

– недееспособные граждане (списки);

– ограниченно дееспособные граждане (списки).

7. Студенты (списки).

8. Лица, страдающие заболеваниями, включенными в перечень согласно постановлению Совета Министров Республики Беларусь № 1650 (таблица контингентов по нозологиям, списки).

III. Раздел «Диспансеризация населения участка»:

1. Итоги диспансеризации по терапевтическому участку в разрезе групп ДІ, ДІІ, ДІІІ.

2. Списки лиц диспансерных групп ДІ и ДІІ на начало года с датой последнего осмотра.

3. Списки лиц, 2 года и более не посещавших поликлинику.

4. Структура диспансерной группы у врача-терапевта (таблица), списки в разрезе нозологий с памяткой о плане наблюдения.

5. Списки лиц, состоящих на диспансерном учете у врачей-специалистов поликлиники и других учреждений здравоохранения города.

6. Кардиологический паспорт участка по группам пациентов с болезнями системы кровообращения (БСК), нуждающихся в постоянном наблюдении (индивидуальный план наблюдения обязателен).

7. Списки лиц, подлежащих высокотехнологическим вмешательствам.

8. Списки пациентов с предопухолевыми заболеваниями (с планом обследований).

9. Списки пациентов с онкологическими заболеваниями 3-й клинической группы.

10. Списки пациентов с онкологическими заболеваниями 4-й клинической группы с отметкой об опеке хосписа.

11. Списки пациентов с неблагоприятным прогнозом исхода заболевания (ежемесячные).

12. Оперативная информация по смертности (анализ с выводами и предложениями, предоставляется еженедельно заведующему отделением).

Правильное оформление и регулярное ведение «Паспорта терапевтического участка» осуществляется участковой медсестрой под контролем участкового врача-терапевта и позволяет планировать и эффективно осуществлять различные виды деятельности, прежде всего профилактическую как основную парадигму амбулаторной медицины.

ТАЛОН НА ПРИЕМ К ВРАЧУ

Для регуляции потока пациентов в поликлинике практикуется предварительная выдача через регистратуру «Талона на прием к врачу» (утвержденная форма № 025-1/у-07) с указанием в нем номера очереди, даты и времени приема, фамилии пациента, фамилии врача и номера кабинета (прил. 1). Прием экстренных пациентов ведется вне очереди независимо от наличия у них талона.

ВЕДОМОСТЬ УЧЕТА ПОСЕЩЕНИЙ, ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ ВРАЧОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

«Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма № 025-3/у-07) позволяет на основании ежедневного учета выполненной работы, как на амбулаторном приеме, так и на дому, проводить анализ количественных показателей, отражающих объем, спектр и эффективность профессиональной деятельности врача (прил. 2). Эта форма ведется врачами всех специальностей, а не только терапевтами (ее заполнение возлагается на медсестру под контролем врача). В ведомости указываются

наименование организации здравоохранения, дата заполнения, Ф.И.О. и должность врача и заполняются на каждое посещение следующие 15 граф:

- 1) порядковый номер;
- 2) адрес по месту жительства пациента;
- 3) фамилия и инициалы пациента;
- 4) дата рождения (число, месяц, год);
- 5) место обслуживания (на дому, в поликлинике);
- 6) цель обращения;
- 7) форма обслуживания;
- 8) случай обращения в году;
- 9) диагноз;
- 10) код по МКБ–10;
- 11) характер заболевания;
- 12) законченный случай;
- 13) артериальное давление (АД);
- 14) вид травмы, обстоятельства;
- 15) зона обслуживания.

По содержанию граф 6, 8, 11 и 12 ведется подсчет общей и первичной заболеваемости. Заболевание регистрируется только при законченном случае заболевания. Законченным считается случай, когда пациент полностью обследован, получил нужные консультации, рекомендации, необходимую коррекцию в лечении и может самостоятельно его продолжать, наступило выздоровление, улучшение состояния, ремиссия заболевания или смерть.

Обращение по поводу острого заболевания несколько раз в течение календарного года всегда расценивается как первичное.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (УТОЧНЕННЫХ) ДИАГНОЗОВ

«Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (форма № 025-2/у) предназначен для учета всей заболеваемости в районе обслуживания учреждения здравоохранения, в городе, области и в стране в целом (прил. 3). Эта форма использовалась на протяжении очень многих лет, однако с введением «Ведомости учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма № 025-3/у-07), дублирующей ее содержание, и компьютеризацией учреждений здравоохранения она практически утратила свое значение, хотя пока не аннулирована.

Статистический талон заполняется на все случаи острых заболеваний и травм, причем всегда со знаком «+» (пункт 6 данного документа), и на

хронические заболевания. При этом статистический талон заполняется только один раз в год: знак «+» ставится при впервые в жизни установленном диагнозе, а знак «-» во всех остальных случаях. Такая же информация о законченных случаях обращения в учреждение здравоохранения дублируется в листе для записи уточненных диагнозов «Медицинской карты амбулаторного больного» (форма № 025/у-07)/ «Статистический талон...» и «Ведомость учета посещений...» ежедневно представляются в кабинет статистики учреждения здравоохранения.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

«Медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 025/у-07) — главный медицинский документ врача амбулаторной практики, в котором отражается состояние и динамика здоровья человека на протяжении длительного периода времени. Это позволяет получить целостное представление о пациенте и принимать адекватные медицинские решения врачам различных специальностей, пользующихся данным пациентом в течение жизни. Ответственность за правильность оформления и ведения данного документа возлагается на врачей амбулаторной практики и, в первую очередь, на участкового врача-терапевта.

«Медицинская карта амбулаторного больного» (прил. 4) заполняется на каждого пациента при первом обращении за получением медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях, и является собственностью медицинской организации. Хранение медицинской карты осуществляется в регистратуре, передача ее на руки пациентам запрещена, а информация, содержащаяся в ней, является конфиденциальной.

«Медицинская карта амбулаторного больного» имеет следующую структуру:

- паспортная часть;
- лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов;
- лист профилактических осмотров с данными опроса и осмотра;
- карта учета профилактических прививок;
- данные о профилактических гинекологических осмотрах для женщин;
- лист учета временной нетрудоспособности;
- лист учета рентгенологических обследований;
- данные анамнеза и дополнения к анамнезу;
- листы для записи врачебных осмотров.

Результаты лабораторных (общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови и т. д.) и инструментальных исследований (электрокардиограмма (ЭКГ), спирограмма, ультразвуковое исследование (УЗИ) и т. д.), заключения специалистов консультативных поликлиник и диагностических центров, эпикризы из стационаров вклеи-

ваются в конце медицинской карты амбулаторного больного или на месте врачебных записей.

Паспортная часть заполняется в регистратуре медицинского учреждения при первом обращении пациента за медицинской помощью. Фамилия, имя, отчество пациента, его пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в Республике Беларусь заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность (паспорт). При отсутствии у пациента постоянного места жительства в Республике Беларусь указывается адрес регистрации по месту пребывания на основании предоставленного документа. Номера телефонов (домашнего, мобильного и рабочего), место работы (наименование и характер производства), профессия, должность записываются со слов пациента. На медицинских картах одиноко проживающих лиц пожилого и старческого возраста записываются координаты ближайших родственников, знакомых или закрепленных за ними сотрудников отдела по социальной помощи гражданам.

На этом листе делаются отметки, важные для врачей всех специальностей: наличие аллергии на лекарственные препараты, о перенесенном вирусном гепатите, относится ли пациент к льготной категории граждан (инвалид ВОВ, инвалиды I, II групп и т. д.) с указанием номера документа, удостоверяющего льготу, а также отмечается группа диспансерного наблюдения.

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов содержит сведения о дате обращения (число, месяц, год), кратком заключительном (уточненном) диагнозе (впервые установленный диагноз, острые заболевания и травмы отмечаются знаком «+», все остальные — «-»), которые удостоверяются разборчивой подписью врача. Информация, занесенная в этот лист, позволяет врачу сразу узнать о патологии, с которой обращался пациент.

Лист профилактических осмотров и данных осмотра заполняется по результатам опроса пациента (одна часть) и после личного осмотра пациента врачом (другая часть) с указанием даты осмотра (в идеале — не реже одного раза в год или при каждом прохождении диспансеризации, если пациент здоров). Этот раздел позволяет врачу контролировать систематичность (регулярность) прохождения пациентом профилактически осмотров и не терять настороженность, прежде всего, в плане раннего выявления онкологических заболеваний.

Лист учета профилактических прививок и гинекологических осмотров (для женщин). В карту учета профилактических прививок заносится информация о прививках против столбняка и дифтерии: дата проведения вакцинаций и ревакцинаций, доза и наименование препарата, его серия, а также местная и общая реакция на препарат (если таковая бы-

ла). Отметку в амбулаторной карте делает медсестра прививочного кабинета, а в случае реакции на прививку — лечащий врач.

Для женщин в этом листе делаются отметки смотрового или гинекологического кабинета: дата профилактического осмотра, диагноз, результаты цитологического исследования, подпись врача или акушерки.

Лист учета временной нетрудоспособности служит для регистрации всех случаев временной нетрудоспособности (ВН) пациента (дата выдачи и дата закрытия листка нетрудоспособности (ЛН), диагноз) с подсчетом количества дней нетрудоспособности по каждому случаю.

Внесение информации о ВН в самостоятельный раздел, несмотря на то что выдача ЛН обязательно отражается в записи врачебного осмотра, позволяет врачу быстро ориентироваться в частоте и длительности ВН у пациента, облегчает оформление направления на МРЭК (при необходимости) и составление периодических отчетов по ВН.

Лист учета рентгенологических исследований содержит информацию о лучевой нагрузке, получаемой при всех видах рентгенологических исследований, проводимых пациенту (дата и вид исследования, доза рентгенологического облучения, подпись врача). Это необходимо для учета полученной пациентом дозы облучения и решения вопроса о кратности и возможности повторных рентгенологических исследований. Данный раздел заполняется в рентгенологическом кабинете.

Данные анамнеза и дополнения к анамнезу. Приводятся сведения, со слов пациента, об имеющихся и перенесенных заболеваниях и операциях, о наследственности и имевшихся аллергических реакциях, об имеющихся факторах риска (курение, злоупотребление алкоголем, психоэмоциональные нагрузки, гиперхолестеринемия, гиподинамия и др.), о профессиональном анамнезе (вредные и опасные условия труда), а также краткая информация об основном заболевании или заболеваниях (имеются в виду хронические заболевания, требующие постоянного наблюдения и лечения): с какого времени считает себя больным, вероятная причина болезни, частота обострений и факторы, их обусловившие, проводимое лечение и его эффективность, частота госпитализаций и санаторно-курортного лечения, состоит ли на диспансерном учете и с какого времени. Этот лист заполняется и подписывается лечащим врачом с указанием даты сбора анамнеза (обычно при первом обращении в это учреждение здравоохранения).

Раздел «Дополнения к анамнезу» заполняется в случае появления с течением времени новых данных о пациенте и вновь открывшихся обстоятельств: аллергических реакций, изменения условий труда и быта, факты лечения в других учреждениях здравоохранения и др. Обязательно отмечается дата внесения дополнения.

Листы для записи врачебных осмотров («дневники»). Количество листов для записи врачебных осмотров, так называемых дневников, зави-

сит от частоты обращений, длительности каждого случая заболевания и т. д., поэтому оно неодинаково у разных пациентов. В этот раздел медицинской карты делают записи врачи всех специальностей, поэтому структура врачебной записи предполагает, прежде всего, указание даты обращения (число, месяц, обязательно — год), название специальности врача, проводящего осмотр, вида осмотра (амбулаторный или на дому), первичный или повторный. Затем следует описание жалоб пациента, сначала главных, потом — второстепенных. Жалобы, излагаемые пациентом в произвольном порядке и, часто, бессистемно, записываются врачом в логической последовательности симптомов. Особо значимые симптомы детализируются, т. е. вначале врач должен выслушать пациента и уточнить детали, и лишь потом записывать. Приводятся сведения о длительности заболевания, его связи с какими-либо факторами, о проводившемся лечении (указываются медикаментозные препараты, «народные» средства и т. д.) и его эффективности.

Объективное исследование пациента проводится в соответствии со схемой, предусмотренной пропедевтикой внутренних болезней, однако в амбулаторных условиях излагается кратко. Указываются результаты объективного исследования с подробным описанием патологических изменений и состояния тех органов и систем, которые имеют отношение к диагнозу. Обязательно измеряется температура, частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), частота дыхания (ЧД), рост и масса тела, определяется индекс массы тела (ИМТ). Исходя из анамнеза заболевания и данных осмотра, формулируется диагноз согласно действующим классификациям. При необходимости указывается план лабораторных и инструментальных исследований. Отмечаются назначенные лечебные мероприятия: рекомендации по режиму, питанию, по медикаментозному лечению (препараты с указанием дозы и кратности приема) и немедикаментозные методы (фитотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура и др.). При необходимости выдачи ЛН в конце записи указывают его номер, дату выдачи и дату следующей явки для осмотра (при котором ЛН может быть закрыт или продлен, о чем также делается запись). Запись врачебного осмотра подтверждается личной подписью врача.

НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, КОНСУЛЬТАЦИЮ, ОБСЛЕДОВАНИЕ

В случае необходимости экстренной или плановой госпитализации, а также при направлении пациентов на консультацию в другое учреждение здравоохранения с целью консультации или обследования заполняется «Направление на госпитализацию, консультацию, обследование». Это направление не является документом утвержденной формы, поэтому

учреждения здравоохранения используют бланки неутвержденной формы (пример приведен в прил. 5).

Осуществление плановой госпитализации требует от участкового врача-терапевта проведения определенной подготовительной работы. Пациент должен быть обследован (лабораторно, рентгенологически, инструментально) в необходимом для имеющегося заболевания объеме, обязательно осмотрен заведующим терапевтическим отделением и, если нужно, — врачами других специальностей. Дату госпитализации согласовывают по телефону заведующие отделениями поликлиники и стационара. После этого терапевт заполняет «Направление на госпитализацию», в котором указывает диагноз, результаты выполненных исследований, проведенное амбулаторное лечение и его эффективность, длительность ВН по данному случаю на амбулаторном этапе, цель и дату госпитализации, при необходимости — анамнестические и физикальные данные. Направление подписывается врачом и заведующим терапевтическим отделением, заверяется печатью поликлиники и выдается пациенту на руки.

При необходимости экстренной госпитализации врач оформляет направление в соответствующее учреждение стационарного типа с указанием диагноза (даже предварительного), результатов исследований (если таковые проводились), указывает причину срочности госпитализации (тяжесть состояния, угроза осложнения и др.) и вид транспортировки — специализированными бригадами или бригадой перевозки службы «Скорой помощи». При направлении на экстренную госпитализацию из дома пациента не требуется подпись заведующего отделением, а само направление может быть оформлено на обычном листе бумаги.

ЭКСТРЕННОЕ ИЗВЕЩЕНИЕ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ ЗАБОЛЕВАНИИ, ПИЩЕВОМ ОТРАВЛЕНИИ, ОСЛОЖНЕНИИ ПОСЛЕ ПРИВИВОК

«Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививок» (форма № 058/у) заполняется с целью уведомления органов, осуществляющих санэпиднадзор о случаях подозрения или диагностики у амбулаторного пациента инфекционного заболевания, пищевого отравления или осложнения после прививок (прил. 6).

При подозрении на инфекционное заболевание или при явном инфекционном заболевании врач передает экстренное сообщение по телефону в территориальный центр гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ), где этот случай регистрируется в «Журнале учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки» (форма № 060/у) под определенным номером, который сообщается врачу.

Бланк экстренного извещения должен быть доставлен в ЦГиЭ течение 12 часов. В нем указывается предполагаемый диагноз, паспортные данные пациента, даты заболевания и обращения, решение о госпитализации или лечении его на дому, фамилия врача, дата и час первичной сигнализации в ЦГиЭ, регистрационный номер в ЦГиЭ.

После окончания случая инфекционного заболевания, когда диагноз подтвержден бактериологически и/или серологически, повторно заполняется экстренное извещение (форма № 058/у) с отметкой «о подтверждении диагноза» с указанием регистрационного номера (того самого, под которым зафиксировано начало данного случая) и отсылается в ЦГиЭ. Если диагноз инфекционного заболевания не подтвердился, то на отсылаемом извещении делается отметка «об изменении диагноза» и указывается заключительный диагноз. Это делает либо терапевт, либо, чаще, врач инфекционного кабинета, либо врач инфекционного стационара (при госпитализации пациента).

Показаниями для госпитализации при инфекционной патологии являются либо клиническая тяжесть состояния пациента, либо его эпидемиологическая опасность для окружающих (независимо от тяжести состояния).

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

«Медицинская справка о состоянии здоровья» (форма 1 здр/у-10) выдается врачами территориальных учреждений здравоохранения (поликлиники), больничными организациями (стационары), а также специализированными учреждениями здравоохранения (психиатрический, наркологический диспансер).

Медицинская справка о состоянии здоровья является унифицированной формой медицинского документа (в том числе, в педиатрической и общей врачебной практике), содержание и объем информации в которой зависят от цели ее предоставления (прил. 7). Заполняется она согласно графам этой формы и содержит необходимую информацию о результатах медицинского наблюдения за пациентом в требуемый интервал времени.

Независимо от цели предоставления, в данный документ обязательно вносятся следующие сведения: фамилия, собственное имя, отчество гражданина, дата рождения, место жительства, цель и дата выдачи медицинской справки о состоянии здоровья, срок ее действия.

Пример заполнения основных граф медицинской справки о состоянии здоровья в зависимости от цели ее предоставления приведен в табл. 1.

**Информация по заполнению основных граф медицинской справки
о состоянии здоровья (форма 1 здр/у-10)**

Вид информации	Пример записи «Заключение»	Срок действия документа
Об инфицировании вирусом иммунодефицита человека	<i>«Инфицирован(а) вирусом иммунодефицита человека»</i>	Без указания срока
Об отсутствии заболеваний, включенных в перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья человека	<i>«Отсутствуют заболевания, включенные в перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья человека»</i>	1 месяц
О годности к работе в данной профессии (вид профессии указывается в графе «Цель выдачи справки»)	<i>«Годен (негоден) к работе в данной профессии»</i>	Без указания срока
Об отсутствии противопоказаний к владению оружием	<i>«Отсутствуют (или имеются) противопоказания к владению оружием, связанные с нарушением зрения, психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией»</i>	3 месяца
О годности к управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами, маломерными судами	<i>«Годен к управлению мотоциклами с рабочим объемом двигателя до 500 кубических сантиметров (категория А)»</i> (или указывается другой вид транспортного средства)	В соответствии со сроками обязательного медицинского переосвидетельствования
О нуждаемости в санаторно-курортном лечении	Формулировка диагноза: <i>«Нуждается в санаторно-курортном лечении».</i> В графе «Рекомендации» указывают профиль рекомендуемого санаторно-курортного лечения	6 месяцев
О состоянии здоровья кандидата в усыновители, опекуны (попечители), приемные родители, родители-воспитатели	<i>«Отсутствуют (имеются) заболевания, при наличии которых данное лицо не может быть кандидатом в усыновители, опекуны (попечители), приемные родители, родители-воспитатели»</i>	1 год
О состоянии здоровья усыновляемого ребенка	Отражается общее заключение о состоянии здоровья ребенка, указывается без сокращений его физическое и нервно-психическое развитие	1 год
О состоянии здоровья ребенка в случаях оформления его в дошкольное учреждение образования или приеме в общеобразовательное учреждение	Указываются сведения об имеющихся диагнозах, группе здоровья по физической культуре ребенка. При оформлении в общеобразовательное учреждение указывается заключение о готовности ребенка к обучению в общеобразовательном учреждении	от 6 месяцев до 1 года

Вид информации	Пример записи «Заключение»	Срок действия документа
О состоянии здоровья учащегося, отъезжающего в летний оздоровительный лагерь	Указываются сведения об имеющихся диагнозах, группе здоровья по физической культуре ребенка. В графе «Рекомендации» — сведения о необходимых ребенку режиме, питании, закаливании	3 дня
О состоянии здоровья ребенка, выезжающего на оздоровление за рубеж	Указывается диагноз основной и сопутствующий с указанием срока ремиссии, заключение о возможности выезда ребенка на оздоровление за рубеж	3 месяца
О состоянии здоровья абитуриентов и лиц моложе 18 лет, поступающих на работу	Врачебное профессионально-консультативное заключение и медицинская группа для занятий физической культурой	6 месяцев
О представлении информации об оформлении ребенка в дошкольное учреждение образования	«Была выдана (не выдана) справка о состоянии здоровья ребенка при оформлении в дошкольное учреждение образования» с указанием даты ее выдачи	6 месяцев
О состоянии здоровья с предоставлением информации о болезнях, домашнем режиме, карантине, отсутствии контакта с инфекционными больными ребенком, посещающего общеобразовательное или дошкольное учреждение образования	Указывается перенесенное заболевание ребенка, домашний режим, карантин и сроки их длительности; был ли ребенок в контакте с инфекционными больными по месту жительства и в организованном коллективе в течение 7–35 дней	3 дня
О пребывании на стационарном лечении (для перерасчета платы за некоторые виды коммунальных услуг)	«Пребывал(а) на стационарном лечении в (указывается больничная организация) с ___ и по ___»	Без указания срока
О подтверждении отсутствия психиатрического и наркологического учета	«Отсутствует (имеется) психиатрический (наркологический) учет»	3 месяца
О результатах химико-токсикологического исследования на наличие алкоголя, наркотических и токсикоманических средств	Запись о результатах химико-токсикологического исследования биологических материалов организма человека, а также смывов с поверхности кожи и слизистых на наличие алкоголя (этилового спирта), наркотических и токсикоманических средств с указанием их концентрации	Без указания срока

Вид информации	Пример записи «Заключение»	Срок действия документа
О результатах медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя, наркотических средств, психотропных, токсических и других одурманивающих веществ или опьянения	<p>– «Отсутствует состояние алкогольного опьянения и (или) состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ»;</p> <p>– «Состояние алкогольного опьянения»;</p> <p>– «Состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ»;</p> <p>– «Состояние алкогольного опьянения и состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ»</p>	<p>Без указания срока.</p> <p>В графе «Дополнительные медицинские сведения» указываются дата, время и место проведения освидетельствования</p>
Об определении возможности участия в физкультурно-спортивных мероприятиях	«Годен к участию в физкультурно-спортивном мероприятии (в том числе к сдаче экзамена по физической культуре)»	6 месяцев

ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

«Выписка из медицинских документов» (форма 1 мед/у-10) оформляется:

- при определении ребенка в дом-интернат (для педиатрической и общей врачебной практики);
- для санаторно-курортного лечения;
- в иных ситуациях.

При выдаче выписки из медицинских документов (прил. 8) при оформлении ребенка в дом-интернат в графе «Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)» указываются сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, хирургических операциях, аллергических реакциях.

В графу «Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, сведения о прививках и прочее)» вносятся:

- сведения из карты профилактических прививок ребенка с указанием вакцинаций и даты их проведения с рождения;
- результаты осмотров врачей (педиатра, хирурга, офтальмолога, отоларинголога, невролога, психиатра и др.) с указанием диагноза и даты осмотра;

– результаты обследования (группа и резус-фактор крови, общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на ВИЧ-инфекцию, маркеры гепатитов В, С, RW, соскоб на энтеробиоз, анализ кала на яйца гельминтов, дизентерию, сальмонеллез, данные дополнительных диагностических исследований) с указанием даты их проведения.

При направлении пациента на санаторно-курортное лечение после приобретения им путевки также оформляется «Выписка из медицинских документов» (форма 1 мед/у-10), которая в настоящее время заменила санаторно-курортную карту, использовавшуюся для этой цели ранее.

В графе «Выписка дана для предоставления» указывается наименование санатория. В графу «Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)» вносятся сведения о перенесенных заболеваниях, о наследственности, аллергологический анамнез с указанием переносимости лекарственных средств.

В графе «Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, сведения о прививках и прочее)» указываются профилактические прививки, сведения о приеме гормональных препаратов, рентгенофлюорографическое обследование, данные лабораторных (общий анализ крови, общий анализ мочи и др.) и инструментальных обследований, жалобы, анамнез заболевания, результаты объективного осмотра, результаты осмотра врачей-специалистов, результаты осмотра на заразные кожные заболевания и педикулез.

В графе «Проведенное лечение» указываются сведения о предшествующем лечении, в том числе санаторно-курортном.

Если дополнительные или обязательные медицинские сведения занимают большой объем, то при заполнении медицинской справки о состоянии здоровья и выписки из медицинских документов они могут располагаться на оборотной стороне этих документов с заверением подписью ответственного за выдачу данного документа должностного лица и печатью учреждения здравоохранения.

При выдаче медицинской справки о состоянии здоровья и выписки из медицинских документов *в иных целях* заполнение данных документов осуществляется в соответствии с требованиями нормативных правовых актов Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

КАРТА УЧЕТА ПРОХОЖДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОМ

«Карта учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет» (форма 131/у-ДВ) или «Карта учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет» (форма 131/у-ДР) оформляются на каждого пациента соответствующего возраста при его обращении в учреждение здравоохранения (поликлиники, диспансеры) на бумажных бланках «мягкой»

и «твердой» формы (прил. 9, 10). Бланк «мягкой» формы вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного, а бланк «твердой» формы (дублирующий) хранится в кабинете врача, что позволяет осуществлять оперативный контроль за диспансеризацией.

При заполнении карты учета прохождения диспансеризации могут быть использованы результаты медицинских осмотров и обследований (лабораторных и инструментальных), проведенных пациенту в течение календарного года до диспансеризации. Для проведения некоторых медицинских обследований по диспансеризации пациенты могут быть направлены в другие учреждения здравоохранения, имеющие соответствующие лечебно-диагностические возможности.

С учетом результатов проведенных исследований и с целью планирования профилактических и реабилитационных медицинских мероприятий лечащий врач, осуществляющий диспансерное динамическое наблюдение, определяет принадлежность пациента к одной из диспансерных групп (ДІ, ДІІ, ДІІІ).

Индивидуальный план прохождения диспансеризации

«Индивидуальный план прохождения диспансеризации» (новая форма, утвержденная постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 12 августа 2016 г., № 96) составляется врачом-специалистом в конце календарного года (ноябрь – декабрь) на следующий календарный год для каждого пациента, взятого на диспансерный учет (прил. 11). В этом документе указываются планируемые и выполненные медицинские обследования с датами назначенного и проведенного медицинского вмешательства.

Индивидуальный план прохождения диспансеризации составляется в двух экземплярах (один вклеивается в медицинскую карту амбулаторного больного, второй предоставляется пациенту), подписывается врачом-специалистом и пациентом либо его законным представителем, заверяется печатью врача.

Листок нетрудоспособности

«Листок нетрудоспособности» является документом строгой отчетности и печатается на гербовой бумаге. Это основной документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность и выполняющий ряд функций (прил. 12). ЛН, прошитые в левом верхнем углу по 10 штук, хранятся в сейфе, выдаются врачу под роспись. Регистрация выданных ЛН и справок осуществляется в одноименных журналах.

Бланк ЛН состоит из двух частей: верхняя часть — контрольный талон к ЛН, нижняя — собственно ЛН, выдаваемый на руки пациенту. Контрольный талон оформляется одновременно с ЛН и окончательно заполняется организацией здравоохранения при закрытии ЛН. В кабинете для регистрации ЛН и справок на каждого врача заводятся одноименные журналы, в которых ежедневно фиксируется информация о выданных ЛН с указанием паспортных данных пациента, места работы, диагноза. При закрытии ЛН врачом пациент обращается в указанный кабинет, предъявляя паспорт, и после отметки в журнале, на ЛН ставится печать учреждения здравоохранения (табл. 2).

Таблица 2

Печати, используемые для удостоверения записей в листке нетрудоспособности

Вид печати	Место печати	Условия использования печати
Личная печать лечащего врача	На подпись врача	– При выдаче и закрытии ЛН; – в случае продления ЛН другим лечащим врачом — на его первую подпись; – при внесении информации о нарушении режима
Личная печать заведующего отделением	На подпись врача в разделе «Освобождение от работы», в графе «Подпись, личная печать врача»	– При продлении ЛН свыше 10 дней ВН; – при выдаче ЛН в стационаре; – при выдаче ЛН как продолжения ранее выданного
Личная печать врача-председателя ВКК	На подпись врача в строке «ВКК»	– При выдаче и (или) продлении ЛН ВКК; – при внесении следующих записей: «Разрешен выезд», «Разрешено открыть ЛН», «Направлен на спелеолечение», «Направлен на медицинскую реабилитацию», «Направлен на санаторно-курортное лечение», «Направлен на МРЭК», «Нарушение режима — не являлся на МРЭК с ___ по ___ (даты)», «Осложненные роды, дата»
Гербовая печать организации здравоохранения	На подпись главного врача в строке «Особые отметки»	Во всех ситуациях, требующих подписи главного врача
Печать МРЭК	В правом нижнем углу ЛН	После проведения медико-социальной экспертизы

Выдача, продление и закрытие ЛН, а также правила заполнения и кодирования ЛН проводятся в строгом соответствии с действующей «Инструкцией о порядке выдачи и оформления листов нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности».

При оформлении ЛН записи производятся на русском или белорусском языках, от руки, разборчиво и четко фиолетовыми, синими или черными чернилами. Возможность внесения исправлений предусмотрена на

левом поле ЛН (на одном бланке допускается не более двух исправлений). Каждое исправление сопровождается записью «Исправленному на «(указать правильное)» верить», заверяется подписью и печатью лечащего врача, а также печатью учреждения здравоохранения «Для листков нетрудоспособности и справок».

Строки ЛН «Фамилия, собственное имя, отчество», «Вид нетрудоспособности», «Заключение о трудоспособности» и раздел «Освобождение от работы» заполняются без сокращений. В остальных строках ЛН допустимы общепринятые сокращения.

При выдаче ЛН врачебно-консультационной комиссией (ВКК) взамен утерянного в верхней части ЛН справа производится запись «Взамен утерянного, серия ____, № _____». В строке «ВКК» указываются дата решения ВКК, фамилия, подпись и личная печать председателя ВКК. В разделе «Освобождение от работы» одной строкой указывается весь период ВН, ставится подпись лечащего врача и заведующего отделением.

ЛН, выданный для предоставления по основному месту работы, является основным, остальные (если пациент работает в нескольких местах) — дополнительными. Отметка «Дополнительный» производится в верхнем правом углу ЛН. Выданный первым ЛН называется первичным, а последующие в течение одного случая ВН — продолжением первичного (в бланке ЛН обозначено место, где делается соответствующая отметка). Если ЛН, выданный пациенту в связи с заболеванием (травмой в быту) закрыт, но на следующий день он снова признан временно нетрудоспособным, новый ЛН ему оформляется как продолжение ранее выданного ЛН, за исключением случаев ВН в связи:

- с несчастным случаем на производстве;
- профессиональным заболеванием;
- уходом за больным членом семьи;
- уходом за ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком;
- уходом за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае его санаторно-курортного лечения, медицинской реабилитации.

Если в течение продолжительного непрерывного случая ВН пациенту выдается несколько ЛН, то в строке «Заключение о трудоспособности» каждого окончившегося бланка, кроме последнего, указывается «Продолжает болеть». В последующих ЛН в строке «Особые отметки» указывается «Продолжение листка нетрудоспособности №...». Начало случая ВН кодируется в соответствии с первичным ЛН.

Кодирование данных в бланке ЛН:

1. Код первичности (позиция 1): при выдаче первого ЛН (первичный) проставляется цифра 1, при выдаче последующих ЛН (продолжение) — 0.

2. Коды даты выдачи ЛН (позиции 2–7) и начала случая ВН (позиции 8–13) шестизначные. Первая пара цифр показывает число, вторая — месяц и третья — год.

3. Код пола (позиция 14): мужской пол шифруется цифрой 1, женский — 2.

4. Код возраста (позиция 15–16) — указывается полное количество лет.

5. Коды врача, выдавшего и закрывшего ЛН (позиции 19–22 и 23–25 соответственно), заполняются только в контрольном талоне и имеют трехзначный номер. Каждому медицинскому работнику, имеющему право выдавать ЛН, приказом главного врача учреждения здравоохранения присваивается свой кодовый номер. Например, если врачу присвоен код 3, он должен шифроваться номером 003, а если 213, то 213. При изменении должности врача в пределах одного учреждения здравоохранения за ним сохраняется присвоенный номер кода.

6. Диагноз заболевания шифруется в соответствии с действующей Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МСКБ или МКБ), в настоящее время — десятого пересмотра (МСКБ–10), принятой в 1989 г., а также в соответствии с ведомственной статистической отчетностью — форма 16-ВН «Отчет о причинах заболеваемости занятого населения с временной утратой трудоспособности». Предварительный диагноз, вызвавший ВН (позиция 17–19 ЛН и 26–28 контрольного талона), шифруется в соответствии с МСКБ–10 трехзначным кодом (иногда — четырехзначным): первая позиция обозначена буквой латинского алфавита, а две другие — цифрами. Заключительный диагноз по МСКБ–10 (позиции 22–25 ЛН и 31–34 контрольного талона) шифруется четырехзначным кодом (впереди ставится 0), а по ф.16-ВН (позиции 20–21 ЛН и 29–30 контрольного талона) — двухзначным кодом.

При выдаче ЛН в случае беременности и родов, в связи с уходом за больным членом семьи, ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет при санаторно-курортном лечении, медицинской реабилитации в центре, позиции 17–19 и 22–25 в ЛН, а также позиции 26–28 и 31–34 контрольного талона не заполняются.

7. Код продолжительности законченного случая (позиция 34–36), в том числе в стационаре (позиция 37–39), проставляется только в контрольном талоне в виде трехзначного кода. Например, если продолжительность заболевания составила 15 дней, а 12 из них пациент находился в стационаре, то код продолжительности законченного случая шифруется 015, а числа дней пребывания в стационаре — 012.

8. Код заключений МРЭК (позиции 26–27) проставляется только в ЛН, шифруется двумя цифрами, и содержит информацию о вынесенном комиссией решении.

Позиция 26 заполняется следующим образом:

- 0 — инвалидность не установлена;
- 1 — инвалидность установлена впервые;
- 2 — переосвидетельствование, установлена та же группа инвалидности;
- 3 — переосвидетельствование, установлена более высокая группа инвалидности;
- 4 — переосвидетельствование, установлена более низкая группа инвалидности.

Позиция 27 заполняется следующим образом:

- 0 — пациент признан трудоспособным;
- 1 — установлена инвалидность I группы;
- 2 — установлена инвалидность II группы;
- 3 — установлена инвалидность III группы;
- 4 — принято решение о продлении временной нетрудоспособности.

Заполнение строк в бланке ЛН. Строка «Наименование организации здравоохранения» заполняется прописью или проставляется штамп-клише учреждения здравоохранения.

Строка «Фамилия, имя, отчество нетрудоспособного» оформляется в соответствии с данными документа, удостоверяющими личность пациента (без сокращения).

Строка «Место работы, профессия» контрольного талона и строка ЛН «Место работы» заполняются со слов пациента, допустимо использование установленного сокращенного наименования учреждения.

В строке «Вид нетрудоспособности» указывается вид ВН:

- заболевание общее;
- заболевание профессиональное;
- несчастный случай на производстве;
- травма в быту;
- последствия травмы (число, месяц, год получения травмы);
- уход за больным членом семьи;
- уход за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом до 18 лет), в случае болезни матери;
- уход за ребенком-инвалидом до 18 лет в случае санаторно-курортного лечения, медицинской реабилитации в центре;
- протезирование;
- протезирование в связи с травмой (число, месяц, год получения травмы);
- карантин;
- беременность и роды.

В этой же строке в случае первичного обращения за медицинской помощью по поводу травмы и при установлении у пациента факта алкогольного опьянения, состояния, вызванного потреблением наркотических, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ делается отметка «Алкогольное опьянение».

В случае алкогольной комы или лечения хронического неосложненного алкоголизма (наркомании, токсикомании) отмечается «заболевание связано с потреблением алкоголя (наркотических, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ)».

Вид ВН «Травма в быту» определяется лечащим врачом при выдаче ЛН на основании данных анамнеза, уточняющих обстоятельства, время и место получения травмы. В случае представления пациентом акта о несчастном случае на производстве по форме Н-1, ВКК учреждения здравоохранения изменяет вид ВН с «Травма в быту» на «Несчастный случай на производстве».

В строке «Режим» отмечается вид предписанного пациенту врачом лечебно-охранительного режима: амбулаторный, стационарный, санаторный, реабилитационный. При изменении режима в строке ЛН «Особые отметки» производится запись «Режим изменен» с указанием вида режима и даты его изменения.

В строки «Особые отметки» информацию вносит как лечащий врач, так и ВКК. Лечащий врач вносит в строки «Особые отметки» без визирования следующую информацию:

– «Собственное имя, дата рождения пациента» — в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 14 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) при лечении в амбулаторных, стационарных условиях, санаторно-курортном лечении, медицинской реабилитации в центре;

– «Собственное имя, дата рождения ребенка, фамилия, инициалы лица, фактически осуществляющего уход» — в случае ухода за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в случае болезни матери;

– «Мальчик (девочка), дата рождения ребенка» — в случае ухода за ребенком в связи со смертью матери в родах (послеродовом периоде);

– «Фамилия, инициалы, дата рождения пациента» — в случае ухода за больным членом семьи в возрасте старше 14 лет при лечении в амбулаторных условиях.

Лечащий врач также вносит в строки «Особые отметки» и заверяет личной печатью следующую информацию:

– «Заболевание связано с забором органа и (или) ткани» — в случае возникновения ВН по причине забора органа и (или) ткани;

– «Заболевание (травма) связано (не связано) с причиной инвалидности» — в случае возникновения ВН у работающих инвалидов, в том числе

при установлении инвалидности в связи с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием;

– «Взят анализ на алкоголь и (или) наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги, токсические или другие одурманивающие вещества» — в случае закрытия ЛН до получения результатов указанного анализа;

– «Отсутствует состояние алкогольного опьянения и (или) состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ»;

– «Состояние алкогольного опьянения»;

– «Состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ»;

– «Состояние алкогольного опьянения и состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ»;

– «Нарушение режима», дата, характер нарушения — в случае нарушения режима, предписанного врачом.

К нарушению режима относятся:

– неявка пациента, находящегося на ЛН, в назначенный день на прием к лечащему врачу, на ВКК;

– самовольный уход пациента из стационара;

– самовольный выход на работу нетрудоспособного пациента;

– несвоевременный приезд (отъезд) в случаях направления на спелеолечение, медицинскую реабилитацию, санаторно-курортное лечение с выдачей ЛН;

– потребление алкоголя (наркотических, средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ);

– отказ от обследования (лечения, госпитализации, медицинской реабилитации), затрудняющий диагностику заболевания, оценку состояния трудоспособности.

ВКК вносит в строки «Особые отметки» и заверяет датой, личной подписью и печатью врача-председателя ВКК следующую информацию:

– «Разрешен выезд» в другой город (страну) для проведения лечения (консультации);

– «Разрешено открыть листок нетрудоспособности» — при открытии ЛН лицу, проживающему вне зоны обслуживания данной организации здравоохранения;

– «Направлен на спелеолечение» — в случае направления на спелеолечение в государственное учреждение «Республиканская больница спелеолечения»;

– «Направлен на медицинскую реабилитацию» — в случае направления в центры медицинской или медико-социальной реабилитации;

– «Направлен на санаторно-курортное лечение» — в случае направления на санаторно-курортное лечение ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет;

– «Направлен на МРЭК» с указанием предполагаемой даты освидетельствования. ВКК продлевает ЛН до предполагаемой даты освидетельствования пациента на МРЭК. Дальнейшее оформление ЛН осуществляется после получения результатов освидетельствования пациента на МРЭК;

– «Нарушение режима — не являлся на МРЭК с ___ по ___ (даты)»;

– «Осложненные роды».

В строке ЛН «ВКК» указывается дата осмотра пациента на ВКК, длительность случая ВН в календарных днях, фамилия, подпись и личная печать председателя ВКК.

В разделе «Освобождение от работы» в первой графе «С какого числа» арабскими цифрами указывается дата (число и месяц, без указания года), с которой пациент освобожден от работы. Во второй графе «По какое число включительно» прописью указывается дата, по которую пациент освобождается от работы. Если ЛН выдается (продлевается) на один день, то во второй графе указывается прописью та же дата, что и в первой графе.

В третьей графе указываются должность врача и его фамилия, а в четвертой — подпись и личная печать, которая ставится только на первую подпись врача в данной графе.

Если заведующий отделением санкционирует продление ЛН впервые по данному случаю ВН, то в третьей и четвертой графах ЛН (ниже реквизитов лечащего врача) он указывает свою должность, ставит подпись и личную печать (при дальнейшем продлении ЛН его личная печать уже не ставится).

В случаях, когда ЛН выдается одномоментно на весь срок ВН, беременности и родов в разделе «Освобождение от работы» в первой и второй графах одной строкой указывается весь период освобождения от работы. В третьей графе указывается должность и фамилия лечащего врача, в четвертой графе ставится подпись и личная печать врача. Также в третьей графе, под подписью врача, указывается заведующий отделением, в четвертой — его подпись и печать.

В строке «МРЭК» председатель МРЭК после проведения медико-социальной экспертизы указывает даты начала и окончания экспертизы и шифрует «Заключение МРЭК», которое заверяется его подписью и печатью МРЭК.

Заключение о трудоспособности пациента выносится лечащим врачом (врачом отделения профилактики, доврачебного кабинета, помощни-

ком врача, ВКК) в последний день освобождения пациента от работы или в случае окончания бланка ЛН (заполнены все строки раздела «Освобождение от работы»). Если трудоспособность пациента восстановилась, в строке «Заключение о трудоспособности» производится запись «К труду» и указывается прописью дата (число и месяц), с которой пациент должен выйти на работу. Если трудоспособность пациента не восстановилась, в данной строке записывается «Продолжает болеть».

Если пациенту при освидетельствовании в МРЭК установлена группа инвалидности без вынесения трудовой рекомендации, то в строке «Заключение о трудоспособности» указывается «Нетрудоспособен (прописью — число и месяц установления инвалидности) — инвалид I (II) группы».

В случае признания в МРЭК пациента трудоспособным, а также при вынесении трудовой рекомендации в строке «Заключение о трудоспособности» в зависимости от принятого решения производится запись «К труду с ____ (дата, следующая за днем окончания экспертизы в МРЭК), инвалид III (II, I) группы» или «К труду с ____ (дата, следующая за днем окончания экспертизы в МРЭК)».

Если пациент умер в период ВН, в строке «Заключение о трудоспособности» производится запись «Умер, дата смерти».

В последней строке ЛН указывается должность и фамилия медицинского работника, закрывшего ЛН, которая заверяется подписью и его личной печатью.

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

Направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ), которую проводит медико-реабилитационная экспертная комиссия (МРЭК), осуществляется с целью:

- продления ЛН свыше определенных сроков;
- установления инвалидности (степени утраты здоровья) при выявлении признаков инвалидности независимо от продолжительности временной нетрудоспособности;
- переосвидетельствования (окончания срока инвалидности, досрочное переосвидетельствование);
- формирования (коррекции) индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- определения степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах).

Направление на МРЭК производится по решению ВКК учреждения здравоохранения и сопровождается оформлением лечащим врачом бланка «Направление на медико-социальную экспертизу» (форма № 2-мсэ/у-09), которое подписывают все члены ВКК (прил. 13).

ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О СМЕРТИ (МЕРТВОРОЖДЕНИИ)

«Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)» (форма 106/у-10) является медицинским документом, подтверждающим факт смерти гражданина. Заполняется этот документ лечащим врачом, или врачом-патологоанатомом, или государственным медицинским судебным экспертом.

Лечащий врач (или лицо, его заменяющее) оформляет «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)» на основании:

– наблюдения за пациентом (в случае мертворождения или смерти ребенка первого года жизни — наблюдения за течением беременности и родов у матери ребенка (плода));

– записей о наличии патологических состояний, которые могут привести к смерти и отражающих состояние пациента (в случае смерти вне больничной организации — в течение 6 последних месяцев жизни), в соответствующих формах медицинских документов, установленных Министерством здравоохранения Республики Беларусь (например, «Медицинская карта амбулаторного больного»).

Врач-патологоанатом или государственный медицинский судебный эксперт заполняет форму 106/у-10 на основании изучения медицинских документов (при их наличии) и результатов вскрытия.

Запрещено заполнять «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)» без личного установления факта смерти медицинским работником (врачом, фельдшером, помощником врача).

Бланк врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) состоит из двух частей (прил. 14): отрывного корешка и собственно врачебного свидетельства.

Бланки хранятся у ответственного лица, назначаемого руководителем учреждения здравоохранения. Корешки подлежат хранению по месту выдачи врачебных свидетельств о смерти (мертворождении) в течение одного года после окончания календарного года, в котором было выдано данное свидетельство, после чего подлежат уничтожению в установленном порядке.

При неправильном заполнении бланки врачебных свидетельств о смерти (мертворождении) и корешки к ним перечеркиваются, а на их лицевой стороне делается запись: «Испорчено». Хранятся и уничтожаются испорченные бланки в установленном порядке.

В случае утери ранее выданного врачебного свидетельства о смерти (мертворождении) оформляется его дубликат с соответствующей отметкой в правом верхнем углу документа.

Заполняется документ на белорусском или русском языке фиолетовыми или черными чернилами, разборчивым почерком или с использова-

нием компьютерных технологий по всем пунктам формы путем внесения необходимых сведений в соответствующие графы или отметки крестиком ячейки, соответствующей одному из предложенных ответов.

Даты указываются арабскими цифрами в одну строку в последовательности: число, месяц, год. Все цифровые данные в ячейки вносятся справа, в пустые ячейки слева добавляется цифра «0». Если установить необходимые сведения невозможно, в соответствующую графу вносится запись «Неизвестно» или соответствующие ячейки перечеркиваются и рядом на свободном месте делается запись «Неизвестно».

В случае исправлений на полях документа делается отметка об их достоверности, подписанная лицом, вносившим исправления, и заверенная печатью организации, выдавшей справку.

Порядок заполнения врачебного свидетельства о смерти (мертворождении):

I. Заполняется раздел «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)».

II. Делается отметка путем подчеркивания: «Окончательное», «Предварительное», «Взамен предварительного», «Взамен окончательного» и указать номер.

III. Детально оформляются пункты документа:

1. Фамилия, имя, отчество умершего (фамилия матери мертворожденного), идентификационный номер умершего в соответствии с документом, удостоверяющим личность.

2. Пол умершего (мертворожденного).

3. Сведения о месте жительства умершего (мертворожденного).

4. Дата рождения умершего. В случае мертворождения и смерти детей 0–6 дней жизни обязательно указывается время рождения (часы, минуты).

5. Масса тела ребенка (плода) при рождении в граммах с точностью до грамма.

6. Дата смерти, обнаружения трупа. В случае мертворождения и смерти детей первого года жизни обязательно указывается время их смерти (часы, минуты).

7. Сведения о месте наступления смерти (мертворождения).

8. Врач или государственный медицинский судебный эксперт, заполняющий документ, указывает свою фамилию, инициалы, должность и основания, позволяющие ему определить последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и устанавливает причину смерти. Причины смерти оформляются в соответствии с МКБ–10.

В каждой строке части I (строки «а»–«с») указывается только одно заболевание или состояние.

В строке «а» записывается непосредственная причина смерти (мертворождения), то есть заболевание (состояние), непосредственно приведшее к смерти. Если причину смерти ребенка (плода) установить не удастся, в строке «а» следует записать: «Причина смерти ребенка не установлена».

В строке «b» указывается патологическое состояние (заболевание), которое вызвало или обусловило непосредственную причину смерти (мертворождения). Если это заболевание (состояние) явилось следствием какого-либо другого заболевания, то оно записывается в строку «с».

Если имело место только одно явление в цепи болезненных процессов, достаточно записи на строке «а».

Во второй части (II) указываются прочие заболевания (состояния), существовавшие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, вызвавшего смерть, но причинно с ним не связанные.

Третья часть (III) заполняется только в случае мертворождения и смерти новорожденного ребенка в первые шесть суток жизни. Строки «d» и «e» предусмотрены для записи состояний матери (последа), способствовавших или обусловивших смерть плода в перинатальном периоде.

Если не представляется возможным установить заболевание или состояние матери (последа), которые смогли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), в строке «d» производится запись: «Причина со стороны материнского организма не установлена».

9. Дата, место и обстоятельства смерти от воздействия внешних причин (травм, отравлений, несчастных случаев, самоубийств и других причин).

10. Этот пункт заполняется в случае смерти женщины во время беременности, родов или в течение одного года после родов. Отметка в этом пункте осуществляется в случае смерти при любом заболевании, в том числе и от последствий воздействия внешних причин, и не становится основанием для включения в материнскую смертность, так как является конкретизацией периода наступления смерти женщины во время беременности, родов или после родов.

11. Указывается, кем установлена причина смерти, соответствующая специальность врача, государственного медицинского судебного эксперта.

12. Фамилия, имя, отчество и идентификационный номер матери мертворожденного или умершего ребенка в возрасте 0–365 (366) суток, дата ее рождения, образование, семейное положение. Сведения о семейном положении указываются на основании записей в документе, удостоверяющем личность, а в случае его отсутствия — со слов матери.

13. Указывается порядок рождения ребенка (плода).

14. Указывается информация в закодированном виде и заполняется на основании данных медицинских документов, отражающих наблюдение

за беременной женщиной, роженицей, родильницей, новорожденным и ребенком первого года жизни, в соответствии с МКБ–10.

IV. Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) подписывается выдавшим его лицом и заверяется печатью учреждения здравоохранения.

V. Заполняется корешок бланка (сведения полностью соответствуют вышеуказанным). Дополнительно приводится информация о лице, получившем врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) на основании документа, удостоверяющего личность с подписью и датой получения.

РЕЦЕПТ ВРАЧА

Рецепт (от лат. *receptum* — взятое, полученное) врача — это письменное предписание фармацевту изготовить лекарство и отпустить его пациенту в определенной лекарственной форме и дозировке с указанием способа применения. Правила оформления этого документа регламентируются инструкцией о порядке выписки рецепта врача (постановление МЗ Республики Беларусь от 31.10.2007 № 99 в редакции постановления МЗ Республики Беларусь от 16.01.2016 № 1). Рецепт выписывается врачом в государственном учреждении здравоохранения или в негосударственной организации при наличии специального разрешения на осуществление медицинской деятельности (лицензии).

Рецепт на лекарственное средство выписывается врачом с учетом установленного диагноза пациента, его возраста, порядка оплаты — за полную стоимость или на льготных условиях (бесплатно, с оплатой 10 или 50 % стоимости), особенностей действия лекарственных средств, наркотических средств и психотропных веществ, их лекарственной формы и доступности по цене (т. е. социального фактора).

Сведения о назначении пациенту любого лекарственного средства отражаются в медицинской карте амбулаторного больного.

Для выписки рецепта врача используются несколько форм рецептурных бланков:

– бланк рецепта формы 1 — для выписки лекарственных средств, реализуемых в аптеке за полную стоимость (прил. 15);

– бланк рецепта формы 2 — для выписки наркотических средств (прил. 16);

– бланк рецепта формы 3 — для выписки психотропных веществ и лекарственных средств, обладающих анаболической активностью, реализуемых в аптеке за полную стоимость (прил. 17);

– бланк льготного рецепта — для выписки лекарственных средств и перевязочных материалов на льготных условиях, в том числе бесплатно (прил. 18).

При выписке рецепта врач обязан заполнять все предусмотренные в нем графы, четко обозначать оттиски штампа и печати учреждения здравоохранения, заверять его своей подписью и личной печатью. Рецепт выписывается от руки разборчиво с использованием чернильной или шариковой ручки или с применением компьютерных технологий и клише (штамп организации в данном случае может наноситься печатным способом).

Рецепты выписываются на лекарственные средства, зарегистрированные в Республике Беларусь, с указанием их торгового названия или международного непатентованного наименования, лекарственной формы, дозировки и количества. Названия лекарственного средства, наркотического средства или психотропного вещества с обозначением лекарственной формы и дозировки указываются в родительном падеже на латинском, белорусском или русском языке. Количество жидких лекарственных средств указывается в миллилитрах, граммах или каплях, количество остальных форм — в граммах.

Обращение врача к фармацевту об изготовлении, отпуске и (или) реализации лекарственного средства пишется на латинском языке — Rp. (сокращенное от *rescipe* — возьми), способ медицинского применения лекарственных средств — доза, частота, время приема — в рецепте указывается на белорусском или русском языке. Запрещается ограничиваться общими указаниями, например «Внутреннее», «Известно», «По схеме». Исправления в рецепте не допускаются.

При выписке рецепта разрешается использование только общепринятых основных рецептурных сокращений на латинском, белорусском или русском языке (прил. 19, 20). Например, слово «капсулы» сокращается не «к.» и не «кап.», а «капс.». При необходимости экстренного изготовления лекарственного средства в верхней части рецепта делают пометки «cito» (срочно), «statim» (немедленно).

При выписке лекарственных средств, изготавливаемых в аптеке по индивидуальным назначениям врача, названия лекарственных средств списка «А» и наркотических средств указываются в начале рецепта, а затем — названия остальных лекарственных средств и вспомогательных веществ.

При выписке рецепта на лекарственное средство списка «А» или «Б» в дозе, превышающей высшую разовую дозу, врач обязан написать эту дозу прописью и поставить восклицательный знак.

На бланке рецепта формы 1 (прил. 15) можно выписать одно лекарственное средство. В случае выписывания лекарственных средств, требующих растворения, на данном бланке выписывают оба препарата, один из которых является растворителем.

На бланке рецепта формы 2 (прил. 16) выписывается одно наркотическое средство. Рецепт дополнительно подписывается руководителем учреждения здравоохранения и его заместителем по медицинской части

и заверяется гербовой печатью учреждения. Номер бланка рецепта формы 2 отмечается в медицинской документации пациента, которому выписано наркотическое средство. При выписке пациенту наркотических средств, выдаваемых бесплатно или на льготных условиях, дополнительно к бланку рецепта формы 2 выписывается рецепт врача на бланке льготного рецепта (прил. 18). При выписке пациенту наркотического средства в виде трансдермальной терапевтической системы или в ампулах врач делает отметку в медицинских документах о том, что данное наркотическое средство назначается в первый раз. Последующая выписка наркотических средств в виде таких лекарственных форм осуществляется после возврата врачу использованных трансдермальных пластырей или пустых ампул для последующего уничтожения в установленном порядке; их количество сверяется с данными медицинской документации пациента, в которой делается отметка об использовании этих ранее выписанных средств.

В бланке рецепта формы 3 (прил. 17) выписывается одно наименование психотропного вещества или лекарственного средства, обладающего анаболической активностью (кленбутерол, нандролон, тестостерон, соматотропин, хориогонадотропин альфа, хорионический гонадотропин).

Бланки рецептов форм 2 и 3 и бланк льготного рецепта являются документами строгой отчетности и имеют определенную степень защиты — напечатаны типографским способом на бумаге определенного цвета (форма 2 — розового, форма 3 — желтого, бланк льготного рецепта — голубого) с типографскими серией и номером.

Характеристики бланков рецептов форм 1–3 и льготного приведены в табл. 3.

Таблица 3

Сравнительная характеристика бланков рецептов

Форма бланка рецепта	Цвет бланка рецепта	Функция	Срок действия	Особенности оформления
1	Белый	Выписка лекарственных средств за полную стоимость	2 месяца или 30 дней	—
2	Розовый	Выписка наркотических средств	5 дней	Бланки имеют типографские серию и номер, который заносится в медицинские документы пациента с его личной росписью о том, что он информирован о назначенном препарате и получил рецепт
3	Желтый	Выписка психотропных средств и лекарственных средств с анаболической активностью	30 дней	
Льготный рецепт	Голубой	Выписка лекарственных средств и перевязочных материалов на льготных условиях и бесплатно	В зависимости от выписанного лекарственного средства	

На бланке льготного рецепта выписывается только одно лекарственное средство в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Существует лимит единовременной реализации определенных лекарственных средств (табл. 4, прил. 21).

Таблица 4

Нормы единовременной реализации этилового спирта для лекарственных средств, изготовленных в аптеке, или при его реализации в чистом виде

Способ применения этилового спирта, указанный в рецепте врача	Количество этилового спирта в граммах и миллилитрах, разрешенное к выписке в одном рецепте врача
Этиловый спирт для изготовления лекарственных средств в аптеке в смеси с другими лекарственными средствами	100 граммов в расчете на 96-процентный спирт этиловый
Этиловый спирт в чистом виде с указанием в рецепте врача следующих способов применения: – для наложения компрессов – для обработки кожи	100 миллилитров (этиловый спирт различной концентрации) 100 миллилитров (70-процентный этиловый спирт)

В ряде случаев требуется дополнительная надпись на рецепте «По специальному назначению», заверенная подписью и личной печатью врача:

- на эфедрин, псевдоэфедрин и фенобарбитал в чистом виде и в смеси с другими лекарственными средствами на курс лечения сроком до 30 дней для пациентов, имеющих затяжные и хронические заболевания;
- наркотическое средство для лечения инкурабельных пациентов с увеличением количества препарата в два раза по сравнению с разрешенным согласно инструкции.

Запрещается выписывать рецепты врача по просьбе пациентов и (или) их родственников без осмотра пациента и установления диагноза, а также:

- на лекарственные средства, наркотические средства и психотропные вещества, не зарегистрированные в Республике Беларусь за исключением случаев, предусмотренных абзацем пятым части первой статьи 23 Закона Республики Беларусь от 20 июля 2006 года «О лекарственных средствах» в редакции от 29.06.2016 (лекарственные средства, предназначенные для лечения ограниченных контингентов пациентов с редко встречающейся патологией, устранения последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, эпидемических заболеваний, ввозимые в качестве иностранной безвозмездной помощи);

- бария сульфат для рентгеноскопии;
- кетамин;
- галотан;
- дроперидол;

- изофлуран и севофлуран;
- натрия оксибутират;
- тиопентал.

Определены следующие сроки действия рецептов:

- на наркотические средства (бланк рецепта формы 2) — 5 дней;
- лекарственные средства, обладающие анаболической активностью и психотропные вещества — 30 дней;
- остальные лекарственные средства — 2 месяца.

Исчисление срока действия рецепта врача начинается со дня его выписки, а в случае, когда пациенту выписывается одновременно несколько рецептов на одно и то же лекарственное средство, сроки действия второго и последующего рецептов начинаются за 5 дней до истечения срока действия предыдущего рецепта.

Лекарственное средство, предназначенное для длительной терапии хронического заболевания, может быть выписано одномоментно на курс лечения до 6 месяцев на нескольких бланках рецепта формы 1 или льготного рецепта. При этом на каждом бланке рецепта формы 1 или льготного рецепта врачом проставляется порядковый номер рецепта, выписанного на данный курс лечения, и срок его действия. В каждом льготном рецепте указывается количество доз лекарственного средства, предназначенного для применения в течение 30 дней или 2 месяцев.

В медицинских документах пациента врач приводит арифметический расчет количества доз лекарственного средства (с указанием лекарственной формы), необходимых пациенту для лечения в течение 30 дней или 2 месяцев, и общее количество доз, необходимых на курс лечения сроком до 6 месяцев. Кроме того, делается запись о количестве выписанных пациенту льготных рецептов с указанием номеров их бланков. Пациент расписывается в медицинской карте в том, что он ознакомлен с произведенным расчетом и им получены льготные рецепты на курс лечения до 6 месяцев.

Льготное обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств, закреплено в законе Республики Беларусь «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан» № 239-3 от 14.06.2007 г. в редакции от 09.01.2017 г. № 19-3 (глава 2, статья 10), согласно которому:

1. Право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств в порядке, определяемом Правительством Республики Беларусь, имеют:

1.1. Герои Беларуси, Герои Советского Союза, Герои Социалистического Труда, полные кавалеры орденов Отечества, Славы, Трудовой Славы;

1.2. участники Великой Отечественной войны;

1.3. инвалиды войны;

1.4. лица, принимавшие участие в составе специальных формирований в разминировании территорий и объектов после освобождения от немецкой оккупации в 1943–1945 годах;

1.5. лица, награжденные орденами и (или) медалями СССР за самоотверженный труд и безупречную воинскую службу в тылу в годы Великой Отечественной войны;

1.6. лица, работавшие на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог;

1.7. члены экипажей судов транспортного флота, интернированные в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

1.8. лица, работавшие на предприятиях, в учреждениях и организациях города Ленинграда в период блокады с 8 сентября 1941 года по 27 января 1944 года и награжденные медалью «За оборону Ленинграда», и лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»;

1.9. неработающие граждане из числа:

– военнослужащих, в том числе уволенных в запас (отставку), военнообязанных, призывавшихся на военные сборы, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел и органов государственной безопасности, работников указанных органов (включая специалистов и советников Министерства обороны СССР, Комитета государственной безопасности и Министерства внутренних дел СССР и БССР), направлявшихся органами государственной власти СССР в Афганистан или в другие государства, принимавших участие в боевых действиях при исполнении служебных обязанностей в этих государствах и получивших ранение, контузию или увечье в период боевых действий;

– военнослужащих автомобильных батальонов, направлявшихся в Афганистан для доставки грузов в период ведения боевых действий и получивших ранение, контузию или увечье в период боевых действий;

– военнослужащих летного состава, совершавших вылеты на боевые задания в Афганистан с территории СССР в период ведения боевых действий и получивших ранение, контузию или увечье в период боевых действий;

1.10. граждане, в том числе уволенные в запас (отставку), из числа военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внут-

ренных дел, Следственного комитета Республики Беларусь, Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, ставших инвалидами вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), кроме случаев, когда инвалидность наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства;

1.11. инвалиды с детства вследствие ранения, контузии, увечья, связанных с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны либо с последствиями военных действий;

1.12. родители погибших (умерших):

– военнослужащих, партизан и подпольщиков, погибших (умерших) вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период боевых действий в годы Великой Отечественной войны;

– военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, погибших (умерших) при исполнении воинского или служебного долга в Афганистане или в других государствах, где велись боевые действия, а также умерших вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период боевых действий, кроме случаев, когда гибель (смерть) наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства или самоубийства, если оно не было вызвано болезненным состоянием или доведением до самоубийства;

– военнослужащих, лиц начальствующего и рядового состава органов внутренних дел, Следственного комитета Республики Беларусь, Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, погибших при исполнении обязанностей военной службы (служебных обязанностей), а также умерших в период прохождения военной службы (службы) вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, непосредственно связанных со спецификой несения военной службы (службы), кроме случаев, когда гибель (смерть) наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства или самоубийства, если оно не было вызвано болезненным состоянием или доведением до самоубийства;

1.13. дети-инвалиды в возрасте до 18 лет;

1.14. военнослужащие срочной военной службы, граждане, проходящие альтернативную службу, военнообязанные, призванные на военные (специальные) сборы, а также суворовцы и воспитанники воинских частей;

1.15. граждане, страдающие заболеваниями, входящими в специальный перечень, утверждаемый Правительством Республики Беларусь, — при амбулаторном лечении;

1.16. дети в возрасте до 3 лет.

В прил. 22 приведен действующий в настоящее время перечень заболеваний, дающих право гражданам на бесплатное обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств, при амбулаторном лечении, а также лечебным питанием. Перечень этих заболеваний периодически пересматривается и утверждается в установленном порядке.

2. Право на 90-процентную скидку от стоимости лекарственных средств, выдаваемых по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств, а с хирургическими заболеваниями — также перевязочных материалов (при наличии соответствующего медицинского заключения) в порядке, определяемом Правительством Республики Беларусь, имеют граждане, заболевшие и перенесшие лучевую болезнь, вызванную последствиями катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, а также инвалиды I и II группы, кроме лиц, инвалидность которых наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства.

3. Право на 50-процентную скидку от стоимости лекарственных средств, выдаваемых по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств в порядке, определяемом Правительством Республики Беларусь, для лечения заболевания, приведшего к инвалидности, имеют инвалиды III группы, кроме лиц, указанных в пунктах 1 и 2 настоящей статьи, а также лиц, инвалидность которых наступила в результате противоправных действий, по причине алкогольного, наркотического, токсического опьянения, членовредительства.

Важность действия врача при оформлении рецепта очень хорошо отражена в высказывании российского терапевта М. Я. Мудрова *«Рецепт должно писать четким почерком и прочитать его два раза внимательно, прежде чем отдать больному. А затем растолковать больному вкус лекарства, цвет, запах и действие оно, и тогда больной будет принимать его с восхищением, а сие восхищение, радость и уверенность иногда полезнее самого лекарства»*. Эти слова в полной мере относятся и к оформлению абсолютно всех документов, касающихся врачебной практики, а следование этому совету может служить показателем добросовестности и профессионализма врача.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Калинина, Т. В.* Основные требования к оформлению и ведению медицинской карты амбулаторного больного / Т. В. Калинина // Медицина. 2010. № 3 (70). С. 18–21.
2. *Кевра, М. К.* Рецепт врача : вчера, сегодня, завтра / М. К. Кевра // Здоровоохранение. 2013. № 3. С. 37–45.
3. *О государственных* социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан [Электронный ресурс] : закон Респ. Беларусь, 14 июня 2007 г., № 239-3 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=H10700239>. Дата доступа : 05.10.2017.
4. *О здравоохранении* [Электронный ресурс] : закон Респ. Беларусь, 21 окт. 2016 г., № 433-3 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3871&p0=V19302435>. Дата доступа : 08.10.2017.
5. *О лекарственных* средствах [Электронный ресурс] : закон Респ. Беларусь, 20 июля 2006 г., № 161-3 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=H10600161>. Дата доступа : 05.10.2017.
6. *О некоторых* вопросах бесплатного и льготного обеспечения лекарственными средствами и перевязочными материалами отдельных категорий граждан [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 30 нояб. 2007 г., № 1650 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=C20701650>. Дата доступа : 05.10.2017.
7. *Об установлении* перечня основных лекарственных средств [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 июля 2007 г., № 65 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=W20716847>. Дата доступа : 05.10.2017.
8. *Об установлении* форм «Медицинская справка о рождении», «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)» и утверждении инструкций о порядке их заполнения [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 16 дек. 2010 г., № 168 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21023141>. Дата доступа : 05.10.2017.
9. *Об установлении* форм «Медицинская справка о состоянии здоровья», «Выписка из медицинских документов» и утверждение Инструкции о порядке их заполнения [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июля 2010 г., № 92 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21022699>. Дата доступа : 05.10.2017.
10. *Об утверждении* Инструкции о порядке выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 9 июля 2002 г., № 52/97 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3871&p0=W20208369>. Дата доступа : 08.10.2017.
11. *Об утверждении* Инструкции о порядке выписки рецепта врача и внесении изменений и дополнений в постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27 декабря 2006 г. № 120 [Электронный ресурс] : постановление М-ва

здравоохранения Респ. Беларусь, 31 окт. 2007 г., № 99 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=W20717432>. Дата доступа : 05.10.2017.

12. *Об утверждении* Инструкции о порядке медицинского отбора пациентов на санаторно-курортное лечение [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 31 мая 2006 г., № 38 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=W20614569>. Дата доступа : 05.10.2017.

13. *Об утверждении* Инструкции о порядке проведения диспансеризации [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 авг. 2016 г., № 96 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3961&p0=W21631254>. Дата доступа : 05.10.2017.

14. *Об утверждении* Положения о порядке проведения освидетельствования физических лиц на предмет выявления состояния алкогольного опьянения и (или) состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 14 апр. 2011 г., № 497 // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа : <http://www.pravo.by/document/?guid=3871&p0=C21100497>. Дата доступа : 07.10.2017.

15. *Об утверждении* форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения при осуществлении медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 23 окт. 2009 г., № 998 // Zakonby.net. Режим доступа : <http://www.zakonby.net/prikaz/50354-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-respubliki-belarus-ot-23102009-n-998-quotob-utverzhenii-form-pervichnoy-medicinskoj-dokumentacii-organizacij-zdravoohraneniya-pri-osuschestvlenii-mediko.html>. Дата доступа : 05.10.2017.

16. *Об утверждении* форм первичной медицинской документации по учету инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 22 дек. 2006 г., № 976 // БанкЗаконов. Режим доступа : http://www.bankzakonov.com/republic_pravo_by_2010/blockc0/rtf-e8k4k8.htm. Дата доступа : 05.10.2017.

17. Яковлева, Е. В. Оформление медицинской карты амбулаторного больного / Е. В. Яковлева, Р. В. Хурса. Минск : БГМУ, 2009. 19 с.

Приложение 5
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
30.08.2007 № 710
Форма № 025-1/у-07

(наименование организации здравоохранения)

Талон № _____
на прием к врачу

1. Врач _____
(фамилия, имя, отчество)

2. Специальность _____

3. Кабинет _____
(номер)

4. Дата приема « _____ » _____ 20 ____ г.
(число, месяц, год)

5. Время приема _____ : _____
(часы, минуты)

6. Участок _____
(номер)

7. Пациент _____
(фамилия, имя, отчество)

8. Медицинская карта _____
(номер)

Оборотная сторона

№	Адрес по месту жительства пациента	Фамилия, инициалы пациента	Дата рождения (число, месяц, год)	Место обслуживания	Цель обращения	Форма обслуживания	Случай обращения в году	Диагноз	Код по МКБ-10	Характер заболевания	Закончен случай	АД	Вид травмы, обстоятельства	Зона обслуживания
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	Графа 5	Графа 6	Графа 7	Графа 8	Графа 11	Графа 12	Графа 15							
	1. прием в ОЗ; 2. визит на дом; 3. акт. визит на дом	1. лечебно-диагностическая; 2. консультация; 3. проф. осмотр с выявл. заболевания; 4. проф. осмотр здоровых пациентов; 5. динамическое диспансерное наблюдение; 6. прочие посещения больными; 7. прочие посещения здоровыми пациентами	1. бесплатная услуга; 2. платная услуга; 3. медицинская страховка; 4. по договору с предприятием	1. первичный; 2. повторный	1. острое; 2. впервые в жизни установленное хроническое; 3. хроническое ранее известное вне обострения; 4. обострение хронического	1. лечение закончено; 2. лечение не закончено; 3. смерть; 4. госпитализация	1. данное ОЗ; 2. другие ОЗ района; 3. другие города и районы области; 4. другие области РБ (4.1 — Брестская, 4.2 — Витебская, 4.3 — Гомельская, 4.4 — Гродненская, 4.5 — Минская, 4.6 — Могилевская, 4.7 — г. Минск); 5. страны СНГ; 6. страны дальнего зарубежья.							

Лицевая сторона

	Код формы по ОКУД Код учреждения по ОКПО
Минздрав РБ	Медицинская документация Форма № 025-2/у

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН
для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

1. Фамилия, имя, отчество _____

_____ Пол _____

2. Адрес _____

3. Участок № _____, терапевтический, цеховой, педиатрический (подчеркнуть)

4. Работает на прикрепленном предприятии, не работает (подчеркнуть)

Проживает постоянно в городе, селе (подчеркнуть) Проживает в районе обслуживания: да, нет (подчеркнуть)

5. Возраст _____

для детей до 3-х лет-мес., детей

212-200.2008.6/М9 Тип.ОДО "Дубки"Тел.282-82-85.

Оборотная сторона

6. Диагноз заключительный (уточненный) Для травматологических больных-место и локализация	Впервые в жизни установленный (отметить +)

7*) Вместо ранее установленного диагноза _____

8. Заболевание выявлено при обращении за лечением, при профилактическом осмотре (Подчеркнуть) 9**) Вид травмы и отравления:

а) связана с производством: в промышленности- 1, в сельском хозяйстве- 2, на транспорте- 3, дорожно-транспортная-4. прочие-5

б) не связана с производством: бытовая-6. уличная(при пешеходном движении)-7, дорожно-транспортная-8, школьная -9, спортивная-10, прочие-11.

*) Пункт 7 заполняется в том случае когда в п. 6 взамен ранее зарегистрированного в листе записи уточненных диагнозов (форма 025/у проставляется новый диагноз. **) Заполняется только при травмах и отравлениях, Когда цифры обнесены кружочком " " _____ 200 г. Подпись _____

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ

ДАННЫЕ ОПРОСА (нужное подчеркнуть)	
1. Изменились ли за последние месяцы цвет и размеры пигментных (родимых) пятен?	Да или нет
2. Есть ли на коже, губах, слизистой полости рта и языка язвы, трещины, разрастания, уплотнение и шелушение?	Да или нет
3. Имеются ли затруднения при проглатывании жидкой или твердой пищи?	Да или нет
4. Отмечаете ли в настоящее время общую слабость, ухудшение аппетита, нарастающее похудение, постоянные отрыжки и рвоты, чувство тяжести и боли в поджелудочной области, запоры, поносы?	Да или нет
5. Отмечается ли примесь крови в моче, кале или дегтеобразный стул?	Да или нет
6. Есть ли в настоящее время кашель, кровохаркание, боли в грудной клетке, осиплость голоса?	Да или нет
7. Имеются ли уплотнения в молочных (грудных) железах, язвы, трещины в области соска, кровянистые выделения из соска?	Да или нет
8. Имеются ли кровянистые выделения из влагалища, не связанные с месячными?	Да или нет
9. Другие жалобы	Да или нет

ДАННЫЕ ОСМОТРА

	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200
Кожа											
Губа											
Язык и слизистая рта											
Пищевод											
Желудок											
Прямая кишка											
Легкие											
Молочная железа											
Матка											
Прочие											

48

Подпись врача _____

АНАМНЕЗ

1. Перенесенные заболевания, операции:

2. Наследственность:

3. Медикаментозная аллергия:

4. Факторы риска: курение, злоупотребление алкоголем, гиподинамия, психоэмоциональные нагрузки, гиперхолестеринемия, сахарный диабет, излишняя масса тела (подчеркнуть), АГ

5. Вредные и опасные условия труда:

6. Краткие сведения об основном заболевании:

7. Прочие сведения:

8. Дата взятия на «Д» учет:

Дата _____ Подпись врача: _____

ЛИСТ ДЛЯ ВРАЧЕБНЫХ ЗАПИСЕЙ
(схема)

Дата	Осмотр терапевта на приеме (на дому)
t —	Жалобы на ...
АД —	
Пульс —	
ЧСС —	
ЧД —	
	Объективно:
	Диагноз:
	План обследования:
	Лечение:
	Сведения о выдаче листка нетрудоспособности или справки (при необходимости)
	Подпись врача

НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, КОНСУЛЬТАЦИЮ, ОБСЛЕДОВАНИЕ

Лицевая сторона

КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН № 2240
к направлению на госпитализацию, консультацию, обследование

Дата / /

Ф. И. О. больного _____

Год рождения _____ Адрес _____

Ф. И. О. врача _____ код врача

Направлен на госпитализацию (1), консультацию (2), обследование (3)

Куда направлен _____

Диагноз _____

_____, шифр по МКБ

55

УЗ "6-я центральная районная клиническая поликлиника"

ТАЛОН НАПРАВЛЕНИЯ № 2240
на госпитализацию, консультацию, обследование

_____ куда _____

Ф. И. О. больного _____

Пол [М Ж] Год рождения _____ Адрес _____

Диагноз основной: _____

Диагноз сопутствующий: _____

Цель направления: _____

Находится на больничном листе _____

Дата " _____ " _____ 20 _____ г. Врач _____

Зав. отл. _____

Оборотная сторона

Данные обследования в поликлинике

Общие исследования:

Анализ крови _____

Анализ мочи _____

Анализ кала _____

Рентгеноскопия грудной клетки _____

Биохимический анализ _____

Реакция Вассермана _____

Данные ЭКГ _____

Другие исследования _____

Врач _____

Приложение 1
к приказу
Министерства здравоохра-
нения
Республики Беларусь
22.12.2006 № 976

Лицевая сторона

Форма № 058/у

(наименование организации здравоохранения)

**Экстренное извещение
об инфекционном заболевании, пищевом отравлении,
осложнении после прививки**

1. Фамилия, имя, отчество пациента _____

2. Пол: мужской / женский (нужное подчеркнуть)

3. Дата рождения: _____

4. Адрес фактического проживания пациента _____

(город, село, улица, номер дома, квартиры, домашнего телефона)

5. Наименование и адрес места работы, учебы, службы, номер служебного телефона _____

6. Дата:

появления первых клинических признаков
инфекционного заболевания, пищевого
отравления, осложнения после прививки «__» _____ 20__ г.

первичного обращения за медицинской помощью
по поводу инфекционного заболевания, пищевого
отравления, осложнения после прививки «__» _____ 20__ г.

установления первичного / окончательного
диагноза инфекционного заболевания, пищевого
отравления, осложнения после прививки
(нужное подчеркнуть) «__» _____ 20__ г.

последнего посещения места работы,
службы, учебы «__» _____ 20__ г.

госпитализации в организацию
здравоохранения «__» _____ 20__ г.

7. Госпитализирован в организацию здравоохранения:

(указать наименование)

Оборотная сторона

8. Диагноз заболевания _____
первичный / окончательный (нужное подчеркнуть)
9. Код заболевания по МКБ–10 _____
10. Диагноз подтвержден лабораторно: да / нет (нужное подчеркнуть)
11. Предположительное место и дата заражения (пищевого отравления),
потенциальные факторы передачи _____

12. Сведения об иммунизации больного (при заболеваниях, управляемых
иммунологически)* _____

13. Проведенные первичные противоэпидемические мероприятия и до-
полнительные сведения _____

14. Дата и время передачи по телефону информации об инфекционном за-
болевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки в санитар-
но-эпидемиологическую организацию** _____
15. Сведения о лице, передавшем по телефону информацию об инфекци-
онном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки в
санитарно-эпидемиологическую организацию: должность _____,
инициалы, фамилия _____
16. Сведения о лице, принявшем в санитарно-эпидемиологической орга-
низации по телефону информацию об инфекционном заболевании, пище-
вом отравлении, осложнении после прививки: должность _____,
инициалы, фамилия _____
17. Регистрационный номер, присвоенный информации об инфекционном
заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки в «Жур-
нале учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложне-
ний после прививки» по форме № 060/у в санитарно-эпидемиологической
организации _____
18. Дата почтового отправления настоящего экстренного извещения
«___» _____ 20___ г.

Лицо, заполнившее извещение _____
_____ должность _____ подпись _____ инициалы, фамилия _____

* Заполняется в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, распо-
лагающих картой профилактических прививок больного по форме 063/у.

** Из фельдшерско-акушерского пункта информация об инфекционном заболевании, пище-
вом отравлении, осложнении после прививки дополнительно передается в организацию здра-
воохранения, в чьем подчинении находится.

Приложение 1
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.07.2010 № 92

Наименование организации _____

Форма 1 здр/у-10

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья**

Дана _____

(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства _____

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее) _____

Заключение _____

Рекомендации _____

Дата выдачи справки _____

Срок действия справки _____

Врач _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Руководитель организации
(заведующий структурным
подразделением,
председатель комиссии) _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

Лицевая сторона

Приложение 2
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.07.2010 г. № 92

(наименование организации)

Форма 1 мед/у-10

**ВЫПИСКА
из медицинских документов**

59 Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения _____ Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства _____

Место работы, учебы (профессия) _____

Выписка дана для предоставления _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее) _____

Оборотная сторона

Диагноз:

а) основного заболевания _____

б) сопутствующего _____

Проведенное лечение _____

Рекомендации _____

Дата выдачи выписки _____

Врач _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Заведующий структурным подразделением _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

М. П.

Лицевая сторона

Форма 131/у-ДВ

_____ (наименование организации здравоохранения)

**КАРТА № _____
учета прохождения диспансеризации пациентом старше 18 лет**

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____
2. Пол _____
3. Число, месяц, год рождения _____
4. Телефон домашний _____ телефон рабочий _____
телефон мобильный _____
5. Место жительства (место пребывания) _____
6. Место работы (службы, учебы) _____

1	Год	20__ г.	20__ г.	20__ г.	20__ г.	20__ г.
2	Группа диспансерного наблюдения пациента					
3	Комплекс проводимых пациенту медицинских вмешательств (обследований):	Дата проведения и результат медицинского вмешательства (обследования)				
3.1	измерение артериального давления					
3.2	определение индекса массы тела					
3.3	электрокардиография					
3.4	общий анализ крови*					
3.5	общий анализ мочи*					
3.6	медицинский осмотр врача-акушера-гинеколога (смотровой кабинет)*					
3.7	медицинский осмотр молочных желез					
3.8	пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы*					
3.9	проведение теста на скрытую кровь*					
3.10	определение глюкозы в крови*					
3.11	оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний по таблице SCORE*					
3.12	флюорография*					
3.13	офтальмотонометрия*					
4	Иная информация о состоянии здоровья пациента:					
	наследственный анамнез					
	курение (да/сколько сигарет в сутки, нет)					
	злоупотребление алкоголем (да, нет)					

* Определяется табл. 1 настоящего прил.

Оборотная сторона

Таблица 1

Медицинское вмешательство (обследование)	Условия проведения	
	возраст	
	18–39 лет	40 лет и старше
Электрокардиография	по медицинским показаниям	пациентам от 40 до 65 лет — 1 раз в 2 года
Общий анализ крови	по медицинским показаниям	пациентам от 40 до 65 лет — 1 раз в 2 года
Общий анализ мочи	по медицинским показаниям	по медицинским показаниям
Медицинский осмотр врача-акушера-гинеколога (смотровой кабинет)	1 раз в 3 года	пациентам от 40 до 65 лет — 1 раз в 3 года
Пальцевое исследование прямой кишки и предстательной железы	по медицинским показаниям	1 раз в 2 года
Проведение теста на скрытую кровь	по медицинским показаниям	пациентам от 40 до 65 лет — 1 раз в 2 года
Определение глюкозы в крови	по медицинским показаниям	пациентам от 40 до 65 лет — 1 раз в 2 года
Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний по таблице SCORE	1 раз в 5 лет	1 раз в 5 лет
Флюорография	обязательным и угрожаемым по заболеванию туберкулезом органов дыхания контингентам пациентов — ежегодно; иным контингентам пациентов — 1 раз в 3 года	обязательным и угрожаемым по заболеванию туберкулезом органов дыхания контингентам пациентов — ежегодно; иным категориям пациентов — 1 раз в 2 года
Офтальмотонометрия	пациентам от 35 до 39 лет, кровные родственники которых больны глаукомой, — ежегодно	пациентам от 40 лет, кровные родственники которых больны глаукомой, — ежегодно; иным пациентам — 1 раз в 3 года

Таблица 2

Год проведения диспансеризации пациента	Заболевание (состояние) пациента, в наибольшей степени определяющее качество его жизни, факторы риска											
20__												
20__												
20__												
20__												
20__												
Время (число, месяц, год) прихода пациента для диспансерного наблюдения, определенное медицинским работником												
Дата, подпись пациента или его законного представителя об ознакомлении со временем (число, месяц, год) прихода для диспансерного наблюдения												
Отметка медицинского работника о приходе пациента для диспансерного наблюдения (число, месяц, год)												

Лицевая сторона

Форма 131/у-ДР

(наименование организации здравоохранения)

КАРТА № _____

учета прохождения диспансеризации пациентом до 18 лет

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) _____

2. Пол _____ 3. Число, месяц, год рождения _____

4. Телефон домашний _____

5. Место жительства (место пребывания) _____

6. Место учебы (работы) _____

1	Год прохождения диспансеризации пациентом	20__ г.	20__ г.	20__ г.	20__ г.	20__ г.
2	Группа здоровья пациента					
3	Комплекс проводимых пациенту медицинских вмешательств (обследований):	Дата проведения и результат медицинского вмешательства (обследования)				
3.1	измерение артериального давления					
3.2	электрокардиография					
3.3	определение глюкозы в крови					
3.4	общий анализ крови					
3.5	общий анализ мочи					
3.6	другие медицинские вмешательства (обследования) (указать какие)					
3.7	медицинский осмотр врача-педиатра участкового (врача общей практики)					
4	Иная информация о состоянии здоровья пациента:					
4.1	вредные привычки (если есть, указать какие)					
4.2	рост					
4.3	вес					
4.4	физическое развитие (индекс массы тела)					
4.5	острота зрения					
4.6	оценка осанки					

Оборотная сторона

Год проведения диспансеризации пациенту	Комплексная оценка состояния здоровья пациента
20__	
20__	
20__	
20__	
20__	

Индивидуальный план прохождения диспансеризации пациентом

_____ (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента)
 в _____ году

Медицинские вмешательства (обследования), которые должны быть проведены пациенту при прохождении диспансеризации		Информация о проведении данных медицинских вмешательств (обследований) пациенту	
Название медицинского вмешательства (обследования)	Дата, когда назначено проведение медицинского вмешательства (обследования)	Название проведенного медицинского вмешательства (обследования)	Дата проведения указанного медицинского вмешательства (обследования) и подпись медицинского работника, его проводившего

С индивидуальным планом прохождения мною диспансеризации ознакомлен(-а)

_____ (подпись, фамилия, инициалы пациента или его законного представителя)

_____ 20__ г.

КАНТРОЛЬНЫ ТАЛОН

Да лістка непрацаздольнасці **Серыя БШ № 0329567**

Пярвічны Працяг 1 Дата выдачы 3 5 7 Пачатак непрацаздольнасці 9 11 13

(прозвішча, імя, імя па бацьку непрацаздольнага) Пол 14 Узрост 15

(месяца працы, прафесія) Працяг закончанага выпадку 17 19

Код урача, які выдаў лісток непрацаздольнасці 21 Код урача, які закрыў лісток непрацаздольнасці 23 25

Папярэдні дыягназ па МСКЗ 27 Заключны дыягназ па ф. 16ЧН 29 Па МСКЗ 31 33

(лінія адрэзу)

ЛІСТОК НЕПРАЦАЗДОЛЬНАСЦІ **Серыя БШ № 0329567**

(назва лячэбнай установы) Пярвічны Працяг 1

Выдазены 3 5 7 Пачатак непрацаздольнасці 9 11 13

(прозвішча, імя, імя па бацьку непрацаздольнага) Пол 14 Узрост 15

(месяца працы) (від непрацаздольнасці) (рэжым)

Папярэдні дыягназ па МСКЗ 17 19 Заключны дыягназ па ф. 16ЧН 21 Па МСКЗ 23 25

(асобія адзнакі) (асобія адзнакі)

УКК (дата агляду, працягласць выпадку, прозвішча, подпіс і асабістая пячатка старшыні УКК)

ВЫЗВАЛЕННЕ АД РАБОТЫ

З якога чысла (чысло, месяц)	Па якое чысло ўключна (чысло, месяц пропісам)	Пасада, прозвішча ўрача	Подпіс, асабістая пячатка ўрача

МРЭК _____ (дата пачатку і заканчэння экспертызы) Заключэнне МРЭК 27 Пячатка МРЭК

Пячатка лячэбнай установы _____ _____
 Заключэнне аб працаздольнасці (з якога чысла працаздольны; чысло, месяц пропісам)

 (пасада, прозвішча, подпіс і асабістая пячатка ўрача)

Приложение 2
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
23.10.2009 № 998

Форма № 2-мсэ/у-09

наименование и адрес организации здравоохранения

Направление
на медико-социальную экспертизу

Дата направления на медико-социальную экспертизу «___» _____ 20__ г.

1. Фамилия, имя, отчество пациента, направляемого на медико-социальную экспертизу _____

2. Число, месяц, год рождения «___» _____ 20__ г. 3. Пол _____

4. Место жительства (пребывания) пациента _____
_____ контактный телефон _____

5. Документ, удостоверяющий личность пациента, направляемого на медико-социальную экспертизу:

наименование документа _____ серия _____ № _____
кем выдан _____ когда выдан _____

6. Фамилия, имя, отчество законного представителя пациента, направляемого на медико-социальную экспертизу (заполняется при наличии законного представителя):

7. Документ, удостоверяющий личность законного представителя; его место жительства (пребывания) (заполняется при наличии законного представителя):

наименование документа _____ серия _____ № _____
кем выдан _____ когда выдан _____

8. Инвалидом не является; инвалид первой, второй, третьей группы; «ребенок-инвалид» _____
_____ (нужное подчеркнуть, указать)
(степень утраты здоровья)

9. Направляется первично, повторно (нужное подчеркнуть)

10. Наименование места работы (службы, учебы), ее адрес (указать) _____

11. Кем работает пациент на момент направления на медико-социальную экспертизу

_____ (указать должность, специальность (профессию), продолжительность работы по указанной специальности (профессии); если не работает, внести запись «не работает»)

12. Специальность (профессия), для получения которой проводится обучение _____

13. Пункты 10–12 настоящего Направления заполнены (нужное подчеркнуть) со слов пациента, направляемого на медико-социальную экспертизу; со слов его законного представителя; предъявленных документов (перечислить): _____

19.4. сопутствующие заболевания _____

20. Нарушения основных видов функций организма пациента (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. № 97, глава 6): _____

21. Признаки ограничения жизнедеятельности, на момент направления на медико-социальную экспертизу (нужное подчеркнуть, указать): полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться, заниматься трудовой деятельностью _____

22. Клинико-трудовой прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

23. Реабилитационный потенциал: высокий, средний, низкий (нужное подчеркнуть).

24. Реабилитационный прогноз: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный (неопределенный), неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

25. Цель направления на медико-социальную экспертизу: продление листка нетрудоспособности, установление инвалидности (степени утраты здоровья), окончание срока инвалидности, досрочное переосвидетельствование, изменение (уточнение формулировки) причины инвалидности, изменение (коррекция) индивидуальной программы реабилитации инвалида в части определения условий труда инвалида, формирование (коррекция) индивидуальной программы реабилитации инвалида (программы реабилитации потерпевшего), определение степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах (нужное подчеркнуть); для другого _____

(указать)

Председатель ВКК _____
(инициалы, фамилия) _____ (подпись)

Члены ВКК _____
(инициалы, фамилия) _____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия) _____ (подпись)

Место печати

Линия отреза

Подлежит возврату в организацию
здравоохранения, оказывающую
пациенту медицинскую помощь в
амбулаторно-поликлинических условиях
по месту его жительства (пребывания)

Отрывной талон

Наименование и адрес медико-реабилитационной экспертной комиссии

Дата отправки отрывного талона «__» _____ 20__ г.

Отрывной талон к направлению на медико-социальную экспертизу направлен

(указать наименование и адрес организации здравоохранения)

(указать дату направления пациента на медико-социальную экспертизу)

1. Фамилия, имя, отчество пациента _____
2. Место жительства (пребывания) пациента _____
3. Акт освидетельствования от «__» _____ 20__ г., № _____
4. Диагноз медико-реабилитационной экспертной комиссии и код основного заболевания по принятой Международной классификации болезней _____

5. Степень нарушения функций организма пациента (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. № 97, глава 6): _____

6. Степень ограничения жизнедеятельности (согласно принятой Классификации, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25 октября 2007 г. N 97, глава 6): _____

7. Заключение МРЭК _____

(инвалид первой, второй, третьей группы, категория «ребенок-инвалид» и степень утраты здоровья, утрата профессиональной трудоспособности в процентах)

(причина инвалидности)

(условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида)

(заключение о нуждаемости в формировании индивидуальной программы медицинской реабилитации пациента в организации здравоохранения)

8. Срок действия заключения МРЭК с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

Председатель МРЭК _____

(инициалы, фамилия)

(подпись)

Место печати

Оборотная сторона

7. Причина смерти (мертворождения):

I. Непосредственная причина смерти (мертворождения) — заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти	a) _____ (вызванная или явившаяся следствием) _____ _____	Код непосредственной причины (шифр МКБ–10)
Патологические состояния (заболевания), вызвавшие или обусловившие непосредственную причину смерти (мертворождения)	b) _____ (вызванная или явившаяся следствием) _____ _____	
Основная причина смерти (мертворождения) — первоначальное заболевание или состояние	c) _____ (вызванная или явившаяся следствием) _____ _____	Код основной причины (шифр МКБ–10)

II. Прочие важные состояния, сопутствующие смерти (мертворождению), но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней: 1 — алкогольное опьянение, 2 — другое.

III. Основное заболевание или состояние матери (последа), оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	d)** _____ _____ _____	Код основного заболевания матери (шифр МКБ–10)
Другие заболевания или состояния матери (последа), оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	e)** _____ _____ _____	

* Заполняется в случае мертворождения и смерти младенца в возрасте 0–365 (366) суток.

** Заполняется в случае мертворождения и смерти младенца в возрасте 0–6 суток.

(линия отреза)

8. Я, врач, государственный медицинский судебный эксперт _____
(фамилия, инициалы)

в должности _____ удостоверяю, что на основании осмотра трупа медицинским работником (врачом, фельдшером, помощником врача) — 1, записей лечащего врача в медицинской документации — 2, вскрытия — 3 мною определена последовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:

I. Непосредственная причина смерти (мертворождения) — заболевание или состояние, непосредственно приведшее к смерти	a) _____ (вызванная или явившаяся следствием) _____ _____	Код непосредственной причины (шифр МКБ–10)
Патологические состояния (заболевания), вызвавшие или обусловившие непосредственную причину смерти (мертворождения)	b) _____ (вызванная или явившаяся следствием) _____ _____	
Основная причина смерти (мертворождения) — первоначальное заболевание или состояние	c) _____ (вызванная или явившаяся следствием) _____ _____	Код основной причины (шифр МКБ–10)

II. Прочие важные состояния, сопутствующие смерти (мертворождению), но не связанные с заболеванием или патологическим состоянием, приведшим к ней: 1 — алкогольное опьянение, 2 — другое.

III. Основное заболевание или состояние матери (последа), оказавшее неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	d)** _____ _____ _____ _____	Код основного заболевания матери (шифр МКБ–10)
Другие заболевания или состояния матери (последа), оказавшие неблагоприятное влияние на ребенка (плод)	e)** _____ _____ _____ _____	

9. В случае смерти от последствий воздействия внешних причин (травм, отравлений, несчастных случаев, самоубийств и некоторых других):

а) дата _____

число месяц год

б) вид травмы: бытовая — 1, уличная (кроме транспортной) — 2, дорожно-транспортная — 3, школьная — 4, спортивная — 5, производственная травма — 6, прочая — 7

в) место и обстоятельства, при которых произошла травма (отравление, самоубийство, иной случай) _____ Код

внешней
причины

(шифр МКБ-10)

10. Смерть женщины наступила: во время беременности — 1, родов — 2, в течение _____ дней после родов.

11. Причина смерти (мертворождения) установлена:

лечащим врачом (лицом, его заменяющим) — 1, врачом, принимавшим роды, — 2, врачом, констатировавшим смерть, — 3, врачом-патологоанатомом — 4, государственным медицинским судебным экспертом — 5.

12. Сведения о матери мертворожденного или умершего ребенка в возрасте 0–365 (366) суток: фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) матери

_____ идентификационный номер матери (при его наличии)

_____ дата рождения

число месяц год

образование матери: высшее — 1, среднее специальное — 2, профессионально-техническое — 3, общее среднее — 4, общее базовое — 5, общее начальное — 6, не имеет общего начального — 7;

семейное положение матери: состоит в браке — 1, не состоит в браке — 2

_____ (сведения заполнены на основании записей, содержащихся в документах, удостоверяющих личность матери, со слов матери)

13. Ребенок (плод) родился: при одноплодных родах — 1, первым из двойни — 2, вторым из двойни — 3, при других многоплодных родах — 4*.

14. Специальные сведения о матери (заполняются врачом, принимавшим роды и установившим смерть)*

A |__|__| B |__|__| C** |__|__| |__|__| |__|__|__|__| D |__|__|__| E |__|__|

F |__|__| G |__|__| H |__|__| I |__|__| J |__|__| |__|__|__|__| K |__|__|

Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении) выдал

_____ (подпись)

_____ (инициалы, фамилия)

Печать организации, выдавшей врачебное
свидетельство о смерти (мертворождении)

«__» _____ 20__ г.

(дата выдачи)

* Заполняется в случае мертворождения и смерти младенца в возрасте 0–365 (366) суток.

** Заполняется в случае мертворождения и смерти младенца в возрасте 0–6 суток.

**РЕЦЕПТ ВРАЧА
ДЛЯ ВЫПИСКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, РЕАЛИЗУЕМЫХ
В АПТЕКЕ ЗА ПОЛНУЮ СТОИМОСТЬ**

Лицевая сторона

Министерство здравоохранения Республики Беларусь	Медицинская документация Форма 1 Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь
Штамп организации здравоохранения или печать индивидуального предпринимателя	Код организации здравоохранения или индивидуального предпринимателя
РЕЦЕПТ	Серия _____ № _____ « _____ » _____ 20__ г. (дата выписки рецепта врача)
Фамилия, инициалы пациента _____	_____
Возраст _____	_____
Фамилия, инициалы врача _____	_____
Rp:	
Rp:	
	Подпись врача Личная печать врача
Настоящий рецепт действителен в течение 30 дней, 2 месяцев (ненужное зачеркнуть)	

Оборотная сторона

Название лекарственного средства, его дозировка	Количество реализованных упаковок	Цена за упаковку, рубли	Сумма, рубли	Номер аптеки, адрес, дата реализации и подпись фармацевтического работника

Номер лекарственного средства индивидуального изготовления		Штамп аптеки	
Принял	Приготовил	Проверил	Реализовал

**РЕЦЕПТ ВРАЧА
для выписки наркотического средства**

Министерство здравоохранения Республики Беларусь Штамп государственной организации здравоохранения УНП* государственной организации здравоохранения	
РЕЦЕПТ	Серия _____ № _____ _____ 20__ г. (дата выписки рецепта врача)
Фамилия, инициалы пациента _____ (разборчиво) Возраст _____ Место жительства (место пребывания) пациента _____ Фамилия, инициалы врача _____ (разборчиво) № медицинской карты амбулаторного пациента _____	
Rp:	
Подпись врача Личная печать врача	

Настоящий рецепт действителен в течение 5 дней

* УНП — учетный номер плательщика.

**РЕЦЕПТ ВРАЧА
ДЛЯ ВЫПИСКИ ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ
И ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ОБЛАДАЮЩИХ
АНАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ, РЕАЛИЗУЕМЫХ
В АПТЕКЕ ЗА ПОЛНУЮ СТОИМОСТЬ**

Лицевая сторона

Министерство здравоохранения Республики Беларусь	Медицинская документация Форма 3 Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь
Штамп организации здравоохранения или печать индивидуального предпринимателя	Код организации здравоохранения или индивидуального предпринимателя
РЕЦЕПТ	Серия _____ № _____ « ____ » _____ 20__ г. (дата выписки рецепта врача)
Фамилия, инициалы пациента _____ Возраст _____ Место жительства _____ (место пребывания) пациента _____ Фамилия, инициалы врача _____	
Rp:	Подпись врача Личная печать врача
Настоящий рецепт действителен в течение 30 дней	

Оборотная сторона

Название лекарственного средства или психотропного ве- щества, его дозировка	Количество реализованных упаковок	Цена за упаковку, рубли	Сумма, рубли	Номер аптеки, адрес, дата реализации и подпись фармацевти- ческого работника

Номер лекарственного средства или пси- хотропного вещества индивидуального изготовления	Штамп аптеки		
Принял	Приготовил	Проверил	Реализовал

**РЕЦЕПТ ВРАЧА
ДЛЯ ВЫПИСКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
И ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ НА ЛЬГОТНЫХ УСЛОВИЯХ,
В ТОМ ЧИСЛЕ БЕСПЛАТНО**

ОТРЫВНОЙ КОРЕШОК

Серия

№ 0000000

Фамилия, инициалы пациента _____

Место жительства (место пребывания) пациента _____

Фамилия, инициалы врача-специалиста _____

Код (полностью), номер организации здравоохранения _____

Наименование лекарственного средства (доза, количество) или перевязочного материала (количество) _____

Сумма к оплате организацией здравоохранения	Бесплатно	Оплата 10 процентов	Оплата 50 процентов
Реализовал _____ (подпись)	Получил _____ (подпись)		
_____ (фамилия, инициалы)		_____ (фамилия, инициалы)	
Министерство здравоохранения Республики Беларусь Штамп организации здравоохранения		Медицинская документация Серия № 0000000 Код (полностью), номер организации здравоохранения	
РЕЦЕПТ ВРАЧА			
_____ 20__ г. (дата выписки рецепта) Рецепт действителен с _____ 20__ г.			
Бесплатно	Оплата 10 процентов	Оплата 50 процентов	
Фамилия, инициалы пациента, его возраст (полностью) _____			
Номер и дата выдачи документа (документов), подтверждающего льготу _____			
Место жительства (место пребывания) пациента _____			
Фамилия, инициалы врача-специалиста _____			
Стоимость лекарственного средства или перевязочного материала, рублей	Rp:		
	Наименование лекарственного средства (доза, количество) или перевязочного материала (количество)		
Подпись и личная печать врача-специалиста _____			

Рецепт действителен в течение 5 дней, 30 дней, 2 месяцев (ненужное зачеркнуть)

ОСНОВНЫЕ РЕЦЕПТУРНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ НА ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКЕ

№ п/п	Сокращенное наименование на латинском языке	Полное наименование на латинском языке	Перевод наименования с латинского языка на русский язык
1	Aa	ana	по, поровну
2	ac., acid.	acidum	кислота
3	aer.	aerозola (aerозolum)	аэрозоль
4	amp.	ampulla	ампула
5	aq.	aqua	вода
6	aq. purif.	aqua purificata	вода очищенная
7	but.	butyrum	масло (твердое)
8	caps.	capsulae	капсула
9	caps. gelat.	capsulae gelatinosae	желатиновая капсула
10	crem.	cremorum	крем
11	comp., cps., ср.	compositus (a, um)	сложный
12	cort.	cortex	кора
13	D.	Da. Detur. Dentur	Выдай. Пусть будет выдано. Пусть будут выданы
14	D. S.	Da, Signa; Detur, Signetur	Выдай, обозначь. Пусть будет выдано, обозначено. Выдать, обозначить
15	D. t. d.	Da (Dentur) tales doses	Выдай (выдать) такие дозы
16	dil.	dilutus	разведенный
17	div. in. p. aeq.	divide in partes aequales	раздели на равные части
18	emuls.	emulsum	эмульсия
19	empl.	emplastrum	пластырь
20	extr.	extractum	экстракт, вытяжка
21	flac.	flaco	флакон
22	fl.	flos	цветок
23	fol.	folium	лист
24	fruct.	fructus	плод
25	f.	fiat (fiant)	пусть образуется (образуются)
26	gel.	gelia (gelorum)	гель
27	gran.	granulum, orum	гранулы
28	gtt.	gutta, guttae	капля, капли
29	inf.	infusum	настой
30	in amp.	in ampullis	в ампулах
31	in tab.	in tab(u)lettis	в таблетках
32	lin.	linimentum	жидкая мазь
33	liq.	liquor	жидкость
34	lot.	lotions (lotionum)	лосьон
35	m. pil.	massa pilularum	пилюльная масса

№ п/п	Сокращенное наименование на латинском языке	Полное наименование на латинском языке	Перевод наименования с латинского языка на русский язык
36	m. ophthalm.	membranulae ophthalmicae	глазные пленки
37	M.	Misce. Miscentur	Смешай. Пусть будет смешано. Смешать
38	mixt.	mixtura	микстура
39	N.	numero	числом
40	ol.	oleum	масло (жидкое)
41	pil.	pilula	пилюля
42	p. aeq.	partes aequales	равные части
43	pulv.	pulvis	порошок
44	q. s.	quantum satis	сколько потребуется, сколько надо
45	r., rad.	radix	корень
46	Rp.	Recipe	Возьми
47	Rep.	Repete, Repetatur	Повтори, пусть будет повторено
48	rhiz.	rhizoma	корневище
49	S.	Signa. Signetur	Обозначь. Пусть будет обозначено
50	sem.	semen	семя
51	simpl.	simplex	простой
52	sir.	sirupus	сироп
53	spec.	species	сбор
54	spir.	spiritus	спирт
55	Steril.	Sterilisa. Sterilisetur; Sterilis	Простерилизуй. Пусть будет простерилизовано; стерильный
56	sol.	solutio	раствор
57	supp.	suppositorium	свеча
58	susp.	suspensio	суспензия, взвесь
59	tab.	tab(u)letta	таблетка
60	t-ra, tinct., tct.	tinctura	настойка
61	STT	Systemae Therapeuticum Transdermale	трансдермальная терапевтическая система
62	ung.	unguentum	мазь
63	vit.	vitrum	склянка
64	ppt., praec.	praecipitatus	осажденный
65	past.	pasta	паста

ОСНОВНЫЕ РЕЦЕПТУРНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ НА БЕЛОРУССКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ

№ п/п	Сокращенное наименование на белорусском / русском языке	Полное наименование на белорусском / русском языке
1	амп. / амп.	ампулы / ампулы
2	аэр. / аэр.	аэрозоль для інгаляцый / аэрозоль для ингаляций
3	бут./ бут.	бутэлька / бутылка
4	в-ць / ж-ть	вадкасьць / жидкость
5	з-р / с-р	збор / сбор
6	капс. / капс.	капсулы / капсулы
7	капс. ваг. / капс. ваг.	капсулы вагінальныя / капсулы вагинальные
8	капс. к/р / капс. к/р	капсулы кішэчнарастваральныя / капсулы кишечнорастворимые
9	капс. мадыф. / капс. модиф.	капсулы з мадыфікаваным выслабаненнем / капсулы с модифицированным высвобождением
10	капс. праланг. / капс. пролонг.	капсулы пралангаваныя / капсулы пролонгированные
11	к-лі / к-ли	каплі / капли
12	к-лі вочн. / к-ли глазн.	каплі вочныя / капли глазные
13	к-лі вушн. / к-ли ушн.	каплі вушныя / капли ушные
14	кр. / крем	крэм / крем
15	лін-т / лин-т	лінімент (вадкая мазь) / линимент (жидкая мазь)
16	мікст. / микст.	мікстура / микстура
17	мазь / мазь	мазь / мазь
18	м-ла / масло	масла (вадкае) / масло (жидкое)
19	наст. / настой	настой / настой
20	н-ка / н-ка	настойка / настойка
21	пар. / пор.	парашок / порошок
22	пар. д/інг. / пор. д/инг.	парашок для інгаляцый / порошок для ингаляций
23	паст. / паст.	паста / паста
24	пасц. / п-ки	пасцілкі / пастилки
25	пласт./ пласт.	пластыры / пластыри
26	р-р / р-р	раствор / раствор
27	р-р спірт. / р-р спирт.	раствор спіртавы / спиртовой раствор
28	сіроп / с-п	сіроп / сироп
29	салф. / салф.	салфеткі / салфетки
30	супаз. вагін. / суппоз. вагин.	супазіторыі вагінальныя / суппозитории вагинальные

№ п/п	Сокращенное наименование на белорусском / русском языке	Полное наименование на белорусском / русском языке
31	супаз. рэкт. / суппоз. рект.	супазіторыі рэктальныя / суппозиторіі ректальныя
32	сусп./ сусп.	суспензія / суспензія
33	таб. / таб.	таблеткі / таблетки
34	таб. ваг./ таб. ваг.	таблеткі вагінальныя / таблетки вагінальныя
35	таб. жав./ таб. жеват.	таблеткі жавальныя (для разжоўвання) / таблетки жевательныя (для разжевывания)
36	таб. мадыф. / таб. модиф.	таблеткі з мадыфікаваным вызваленнем / таблетки с модифицированным высвобождением
37	таб. п/аб. кішэчн. / таб. п/об. кишечн.	таблеткі, пакрытыя кішэчнарастваральнай абалонкай / таблетки, пакрытыя кишечнорастворимой оболочкой
38	таб. пад'яз. / таб. подъяз.	таблеткі пад'язычныя (сублінгвальныя) / таблетки подязычные (сублингвальные)
39	таб. праланг. / таб. пролонг.	таблеткі пралангаваныя / таблетки пролонгированные
40	таб. раствар. / таб. раствор.	таблеткі растваральныя / таблетки растворимые
41	таб. шыпуч. / таб. шипуч.	таблеткі шыпучыя / таблетки шипучие
42	ТТС / ТТС	трансдэर्मальная тэрапеўтычная сістэма / трансдермальная терапевтическая система
43	упак. / упак.	упакоўка / упаковка
44	флак. / флак.	флакон / флакон
45	эмул. / эмул.	эмульсія / эмульсия

**ПЕРЕЧЕНЬ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ,
НЕ РАЗРЕШЕННЫХ К ВЫПИСКЕ В ОДНОМ РЕЦЕПТЕ ВРАЧА
БОЛЬШЕ НОРМ ЕДИНОВРЕМЕННОЙ РЕАЛИЗАЦИИ**

№ п/п	Международное непатентованное наименование или торговое название лекарственного средства, наркотического средства и психотропного вещества	Предельно допустимая норма единовременной реализации (граммов, миллиграммов), количество (штук, флаконов, таблеток)
1	Лекарственные средства:	
1.1	Бензобарбитал	25 граммов
1.2	Дифенгидрамин раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
1.3	Дифенгидрамин таблетки 50 мг	20 таблеток
1.4	Комбинированные лекарственные средства, содержащие эфедрин и псевдоэфедрин, в виде сиропа или микстуры	2 флакона
1.5	Этанол, раствор для наружного применения 70-процентный во флаконах по 100 мл	2 флакона
2	Психотропные вещества:	
2.1	Алпразолам	45 миллиграммов
2.2	Буторфанол	72 миллиграмма
2.3	Диазепам	0,45 грамма
2.4	Диазепам/Циклобарбитал	0,3 грамма/3 грамма
2.5	Золпидем	0,6 грамма
2.6	Клонидин (Клофелин)	15 миллиграммов
2.7	Клоназепам	240 миллиграммов
2.8	Лоразепам	200 миллиграммов
2.9	Медазепам	1,5 грамма
2.10	Метилфенидат	1,7 грамма
2.11	Мидазолам	0,9 грамма
2.12	Нитразепам	0,6 грамма
2.13	Оксазепам	3 грамма
2.14	Псевдоэфедрин	3 грамма
2.15	Т-Федрин	60 таблеток
2.16	Темазепам	1 грамм
2.17	Теофедрин	30 таблеток
2.18	Тианептин (Коаксил)	2,3 грамма
2.19	Трамадол	5 граммов
2.20	Триазолам	15 миллиграммов
2.21	Феназепам	50 миллиграммов
2.22	Фенобарбитал	1,5 грамма

№ п/п	Международное непатентованное наименование или торговое название лекарственного средства, наркотического средства и психотропного вещества	Предельно допустимая норма единовременной реализации (граммов, миллиграммов), количество (штук, флаконов, таблеток)
2.23	Хлордиазепоксид	1,5 грамма
2.24	Эфедрин	0,6 грамма
3	Наркотические средства:	
3.1	Бупренорфин	0,1 грамма
3.2	Декстропропоксифен	1,3 грамма
3.3	Гидроморфон в таблетках пролонгированного действия:	
3.3.1	8 мг	7 таблеток
3.3.2	16 мг	7 таблеток
3.3.3	32 мг	7 таблеток
3.3.4	64 мг	7 таблеток
3.4	Кодеин	1 грамм
3.5	Морфин	1 грамм
3.6	Морфин раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
3.7	Морфин в таблетках с продолжительностью действия не менее 12 часов:	
3.7.1	10 мг	10 таблеток
3.7.2	30 мг	10 таблеток
3.7.3	60 мг	10 таблеток
3.7.4	100 мг	10 таблеток
3.7.5	200 мг	10 таблеток
3.8	Тримеперидин (Промедол)	250 миллиграммов
3.9	Тримеперидин (Промедол) раствор для инъекций 20 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
3.10	Фентанил в виде трансдермальной терапевтической системы (ТТС):	
3.10.1	12,5 мкг/час	5 ТТС
3.10.2	25 мкг/час	5 ТТС
3.10.3	50 мкг/час	5 ТТС
3.10.4	75 мкг/час	5 ТТС
3.10.5	100 мкг/час	5 ТТС
3.11	Фентанил, таблетки сублингвальные:	
3.11.1	100 мкг	10 таблеток
3.11.2	200 мкг	10 таблеток
3.11.3	300 мкг	10 таблеток
3.11.4	400 мкг	10 таблеток
3.11.5	600 мкг	10 таблеток
3.11.6	800 мкг	10 таблеток

**ПЕРЕЧЕНЬ
ЗАБОЛЕВАНИЙ, ДАЮЩИХ ПРАВО ГРАЖДАНАМ
НА БЕСПЛАТНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ
СРЕДСТВАМИ, ВЫДАВАЕМЫМИ ПО РЕЦЕПТАМ ВРАЧЕЙ
В ПРЕДЕЛАХ ПЕРЕЧНЯ ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ, ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ, А ТАКЖЕ
ЛЕЧЕБНЫМ ПИТАНИЕМ**

№ п/п	Наименование патологии	№ п/п	Наименование патологии
1.	Туберкулез	16.	Наследственная и идиопатическая невропатия
2.	Шейно-лицевой актиномикоз	17.	Воспалительная полиневропатия (первые 6 месяцев от начала заболевания)
3.	Острый вирусный гепатит С****	18.	Миастения и другие нарушения нервно-мышечного синапса
4.	Хронический вирусный гепатит С****	19.	Миотонические расстройства
5.	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	20.	Врожденные миопатии
6.	Злокачественные новообразования	21.	Поражение нервно-мышечного синапса и мышц при болезнях, классифицированных в других рубриках
7.	Полицитемия истинная	22.	Детский церебральный паралич
8.	Миелодиспластический синдром	23.	Полисистемная дегенерация
9.	Другие новообразования неопределенного или неизвестного характера лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	24.	Сирингомиелия и сирингобульбия
10.	Другие наследственные гемолитические анемии	25.	Глаукома
11.	Приобретенная гемолитическая анемия	26.	Острый инфаркт миокарда (первые 6 месяцев от начала заболевания)
12.	Апластические и другие анемии	27.	Повторный инфаркт миокарда (первые 6 месяцев от начала заболевания)
13.	Наследственный дефицит фактора VIII	28.	Цереброваскулярные болезни (первые 6 месяцев от начала заболевания)
14.	Наследственный дефицит фактора IX	29.	Астма
15.	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	30.	Болезнь Крона
31.	Другие нарушения свертываемости	54.	Язвенный колит

№ п/п	Наименование патологии	№ п/п	Наименование патологии
32.	Другие уточненные нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках (антифосфолипидный синдром)	55.	Первичный билиарный цирроз
33.	Врожденный гипотиреоз	56.	Нарушения всасывания после хирургического вмешательства, неклассифицированные в других рубриках
34.	Атрофия щитовидной железы (приобретенная)	57.	Пузырчатка обыкновенная
35.	Другие уточненные гипотиреозы	58.	Пузырчатка эритематозная
36.	Сахарный диабет	59.	Дерматит герпетиформный (болезнь Дюринга)
37.	Гипопаратиреоз	60.	Генерализованный пустулезный псориаз
38.	Акромегалия и гипофизарный гигантизм	61.	Псориаз артропатический
39.	Гиперпролактинемия	62.	Другой псориаз
40.	Другие состояния гиперфункции гипофиза	63.	Серопозитивный ревматоидный артрит
41.	Болезнь Иценко–Кушинга	64.	Другие ревматоидные артриты
42.	Недостаточность коры надпочечников	65.	Юношеский (ювенильный) артрит
43.	Гипопитуитаризм	66.	Узелковый полиартериит
44.	Несахарный диабет	67.	Полиартериит с поражением легких (Черджа–Стросса)
45.	Врожденные адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов	68.	Гранулематоз Вегенера
46.	Тяжелая белково-энергетическая недостаточность***	69.	Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией
47.	Нарушения обмена меди	70.	Системная красная волчанка
48.	Кистозный фиброз	71.	Полимиозит
49.	Фенилкетонурия**	72.	Системный склероз
50.	Нарушения обмена тирозина***	73.	Сухой синдром (Шегрена)
51.	Другие нарушения обмена ароматических аминокислот***	74.	Другие перекрестные синдромы
52.	Болезнь «кленового сиропа», или лейциноз***	75.	Болезнь Бехчета
53.	Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью***	76.	Ревматическая полимиалгия
77.	Нарушения обмена жирных кислот***	92.	Анкилозирующий спондилит

№ п/п	Наименование патологии	№ п/п	Наименование патологии
78.	Нарушения обмена серосодержащих аминокислот***	93.	Нефротический синдром
79.	Шизофрения	94.	Терминальная стадия поражения почек
80.	Синдром Жилия де ла Туретта	95.	Незавершенный остеогенез
81.	Болезнь Гентингтона	96.	Буллезный эпидермолиз*
82.	Наследственная атаксия	97.	Синдромы врожденных аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью
83.	Детская спинальная мышечная атрофия, I тип	98.	Синдром Тернера
84.	Болезнь двигательного нейрона	99.	Синдром Клайнфельтера, кариотип 47, XXУ
85.	Болезнь Паркинсона	100.	Наличие трансплантированной почки
86.	Вторичный паркинсонизм	101.	Наличие трансплантированного сердца
87.	Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев	102.	Наличие трансплантированной печени
88.	Дистония	103.	Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата (в течение 6 месяцев после операции)
89.	Рассеянный склероз	104.	Наличие протеза сердечного клапана
90.	Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нервной системы	105.	Наличие ксеногенного сердечного клапана
91.	Эпилепсия	106.	Наличие коронарного ангиопластического имплантата и трансплантата (в течение 6 месяцев после операции)

* Детям до 18 лет предоставляется бесплатное обеспечение лекарственными средствами для обработки раневой поверхности и обеспечение перевязочными материалами со скидкой 90 процентов от их стоимости.

** Детям до 18 лет и беременным женщинам предоставляется бесплатное лечебное питание.

*** Детям до 18 лет предоставляется бесплатное лечебное питание.

**** Детям до 18 лет.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Основная медицинская документация врача амбулаторной практики (утвержденные формы).....	4
Паспорт терапевтического участка	5
Талон на прием к врачу	7
Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях	7
Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	8
Медицинская карта амбулаторного больного	9
Направление на госпитализацию, консультацию, обследование.....	12
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививок.....	13
Медицинская справка о состоянии здоровья	14
Выписка из медицинских документов	17
Карта учета прохождения диспансеризации пациентом.....	18
Индивидуальный план прохождения диспансеризации	19
Листок нетрудоспособности	19
Направление на медико-социальную экспертизу	27
Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении).....	28
Рецепт врача.....	31
Список использованной литературы.....	39
Приложение 1	41
Приложение 2	42
Приложение 3	44
Приложение 4	45
Приложение 5	55
Приложение 6	56
Приложение 7	58

Приложение 8	59
Приложение 9	61
Приложение 10	63
Приложение 11	64
Приложение 12	65
Приложение 13	66
Приложение 14	71
Приложение 15	76
Приложение 16	77
Приложение 17	78
Приложение 18	79
Приложение 19	80
Приложение 20	82
Приложение 21	84
Приложение 22	86

Учебное издание

Яковлева Елена Викторовна
Хурса Раиса Валентиновна

**ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ
ДОКУМЕНТАЦИИ ВРАЧА
АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Е. В. Яковлева
Редактор Ю. В. Киселёва
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 17.01.18. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 5,35. Уч.-изд. л. 3,62. Тираж 150 экз. Заказ 60.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.