

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Е. В. ЯКОВЛЕВА, Р. В. ХУРСА

ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ВРАЧА АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ

Рекомендовано Учебно-методическим объединением
по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию
в качестве учебно-методического пособия для студентов
учреждений высшего образования, обучающихся по специальности
1-79 01 01 «Лечебное дело»

2-е издание, переработанное



Минск БГМУ 2023

УДК 616-085-039.57(075.8)

ББК 53.5я73

Я47

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. каф. поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом ФПКиП Гомельского государственного медицинского университета Н. Ф. Бакалец; каф. общей врачебной практики с курсом гериатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования

Яковлева, Е. В.

Я47 Оформление медицинской документации врача амбулаторной практики : учебно-методическое пособие / Е. В. Яковлева, Р. В. Хурса. – 2-е изд., перераб. – Минск : БГМУ, 2023. – 116 с.

ISBN 978-985-21-1431-8.

Содержатся указания по оформлению основной медицинской документации врача амбулаторной практики. Первое издание вышло в 2018 году.

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

УДК 616-085-039.57(075.8)

ББК 53.5я73

ISBN 978-985-21-1431-8

© Яковлева Е. В., Хурса Р. В., 2023

© УО «Белорусский государственный медицинский университет», 2023

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

- АД — артериальное давление
ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
ВКК — врачебно-консультационная комиссия
ВОП — врач общей практики
ВН — временная нетрудоспособность
ИПРА — индивидуальная программа реабилитации, абилитации
ЛН — листок нетрудоспособности
МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра
МРЭК — медико-реабилитационная экспертная комиссия
МСЭ — медико-социальная экспертиза
ЦГиЭ — центр гигиены и эпидемиологии
ЧД — частота дыхания
ЧСС — частота сердечных сокращений

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. Основной фигурой в системе первичной медицинской помощи в Республике Беларусь является ВОП.

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 утвержденные формы документов и документация произвольной формы.

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

Документами неутвержденной формы, разрабатываемыми самими учреждениями для оперативного обеспечения работы врача, являются различные бланки направлений: на исследования, консультации, госпитализацию, в процедурный кабинет для оказания неотложной помощи и т. п.

Развитие информационно-коммуникационных технологий в здравоохранении и уровень оснащения компьютерами учреждений здравоохранения позволяют перейти к ведению медицинской документации в электрон-

ном 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 — требуют жесткого 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:

- «Талон на прием к врачу» (форма № 025-1/у-07) — прил. 1;
- «Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях» (форма № 025-3/у-07) — прил. 2;
- «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 025/у-07) — прил. 3;
- «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки» (форма № 058/у) — прил. 4;
- «Медицинская справка о состоянии здоровья» (форма 1 здр/у-10) — прил. 5;
- «Выписка из медицинских документов» (форма 1 мед/у-10) — прил. 6;
- «Карта учета проведения диспансеризации взрослого» (форма 2/у-ДВ) — прил. 8;
- «Карта учета проведения диспансеризации ребенка» (форма 3/у-ДР) — прил. 9;
- «Листок нетрудоспособности» (бланк строгой отчетности) — прил. 10 и «Справка о временной нетрудоспособности»;
- «Направление на медико-социальную экспертизу» (форма приложение 10 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 77 от 09.06.2021) — прил. 11;

– «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)» (форма 106/у-10) — прил. 12;

– «Рецепт врача» (формы бланков утверждены постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 31 октября 2007 г. № 99 в редакции Постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 60 от 17.06.2019) — прил. 20–23.

Среди документов произвольной формы наиболее используемым является «Направление на госпитализацию, консультацию, обследование» (прил. 28), которое оформляется в случае необходимости экстренной или плановой госпитализации, а также при направлении пациентов на консультацию в другое учреждение здравоохранения с целью консультации или обследования.

Осуществление плановой госпитализации требует от ВОП проведения определенной подготовительной работы. Пациент должен быть обследован (лабораторно, рентгенологически, инструментально) в необходимом для имеющегося заболевания объеме, обязательно осмотрен заведующим терапевтическим отделением и, если необходимо, врачами других специальностей. Дата госпитализации согласовывается по телефону заведующими отделениями поликлиники и стационара. После этого врач заполняет «Направление на госпитализацию, консультацию, обследование», 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.

ТАЛОН НА ПРИЕМ К ВРАЧУ

Для регуляции потока пациентов в поликлинике практикуется предварительная выдача через регистратуру «Талона на прием к врачу» (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 ВОП (ее заполнение возлагается на медсестру под контролем врача). В ведомости указывается наименование организации здравоохранения, дата заполнения, Ф.И.О., 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 — закончен случай;
- 13 — 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, когда цель обращения достигнута: пациент полностью обследован, диагноз установлен, лечение назначено, и пациент может самостоятельно его продолжать (при необходимости длительного лечения), наступило выздоровление, улучшение, ремиссия или смерть.

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

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 для данного пациента в течение жизни. Ответственность за правильность оформления и ведения данного документа возлагается на врачей амбулаторной практики и, в первую очередь, на ВОП.

Медицинская карта амбулаторного больного (прил. 3) оформляется на каждого пациента при **первом обращении** за получением медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических условиях, и является собственностью медицинской организации. Все последующие обращения за медицинской помощью отмечаются в соответствующих разделах данного документа. 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, общий анализ мочи, биохимический анализ крови и т. д.) и инструментальных исследований (электрокардиограмма, спирограмма, ультразвуковое исследование и т. д.), заключения специалистов консультативных поликлиник и диагностических центров, эпикризы из стационаров клеиваются 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 представленного 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 ви-

русном гепатите, об отношении пациента к льготной категории граждан (инвалид Великой Отечественной войны, инвалиды I, II групп и т. д.) с указанием номера документа, удостоверяющего льготу.

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 профилактических 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 была). 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 ВН пациента: дата выдачи и дата закрытия ЛН, диагноз, количество 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 МСЭ (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 решения вопроса о кратности и возможности повторных рентгенологических исследований с учетом полученной пациентом дозы облучения; данный раздел заполняется в рентгенологическом кабинете.

Данные анамнеза. Этот лист заполняется при первом обращении в учреждение здравоохранения и подписывается лечащим врачом с указанием даты сбора анамнеза. 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, под которыми подразумеваются 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.

Дополнения к анамнезу. В этот раздел вносится информация о появившихся с течением времени новых данных о пациенте и вновь открывшихся обстоятельствах: аллергических реакциях, изменениях условий труда и быта, фактах 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, зависит от частоты обращений, длительности каждого случая заболевания и т. д., поэтому 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 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, ЧСС, АД, ЧД, рост и масса тела, определяется индекс массы тела. 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.

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

«Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки» (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 прививки (прил. 4).

При подозрении на инфекционное заболевание или при явном инфекционном заболевании врач передает экстренное сообщение по телефону в территориальный ЦГиЭ, где этот случай регистрируется в «Журнале учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки» (форма № 060/у) под определенным номером, который сообщается врачу и отмечается им в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у-07) вместе с фамилией регистратора, принявшего информацию, датой и часом первичной сигнализации в ЦГиЭ.

Бланк экстренного извещения должен быть доставлен в ЦГиЭ в течение 12 ч. В нем указывается предполагаемый диагноз, паспортные данные пациента, даты заболевания и обращения, решение в отношении госпитализации или лечения 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 на бланке (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 извещение заполняет врач, курировавший пациента, терапевт либо (чаще) врач инфекционного кабинета, либо врач инфекционного стационара (при госпитализации пациента).

Показанием для госпитализации при инфекционной патологии является 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. Заполняется она согласно графам этой формы (прил. 5).

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

При заполнении (выдаче) медицинской справки о состоянии здоровья учитываются данные диспансерных осмотров, осмотров врачей-специалистов и (или) ВОП, проведенных в течение предшествующих 12 месяцев.

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

Таблица 1

Заполнение основных граф медицинской справки о состоянии здоровья формы 1 здр/у-10 (примеры)

Запрашиваемая информация (цель выдачи)	Пример формулировки заключения	Срок действия справки
Об инфицировании ВИЧ	<i>«Инфицирован(а) ВИЧ»</i>	Без указания срока
Об отсутствии заболеваний, включенных в перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения	<i>«Отсутствуют заболевания, включенные в перечень заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения»</i>	1 месяц
О годности (негодности) к работе с вредными и (или) опасными условиями труда и (или) на работах, где есть необходимость в профессиональном отборе. В графе «Цель выдачи справки» одна из записей: «Проведение обязательного предварительного медицинского осмотра» или «Проведение внеочередного медицинского осмотра», а также вредные и (или) опасные производственные факторы и (или) виды выполняемых работ согласно	<i>«Годен (Не годен) к работе (с указанием вредных и (или) опасных производственных факторов, вида выполняемых работ)»</i> или <i>«Годен к работе (с указанием вредных и (или) опасных производственных факторов, вида выполняемых работ) и нуждается в проведении внеочередного медицинского осмотра»</i> или <i>«Годен к работе (с указанием отдельных вредных и (или) опасных</i>	До следующего обязательного периодического медицинского осмотра

Запрашиваемая информация (цель выдачи)	Пример формулировки заключения	Срок действия справки
приложениям 1 и 3 к Инструкции о порядке проведения обязательных и внеочередных медицинских осмотров работающих	<p><i>производственных факторов, вида выполняемых работ и не годен к работе (с указанием отдельных вредных и (или) опасных производственных факторов, вида выполняемых работ)»</i></p> <p>или</p> <p><i>«Годен (Не годен) к работе (с указанием вредных или и (или) опасных производственных факторов, вида выполняемых работ) и выявлено подозрение на хроническое профессиональное заболевание»</i></p> <p>или</p> <p><i>«Годен к работе при коррекции зрения контактными линзами»</i></p> <p>или</p> <p><i>«Годен к работе при коррекции слуха слуховым аппаратом»</i></p>	
Об отсутствии (наличии) заболеваний, препятствующих работе с государственными секретами. Освидетельствование комиссией: невролог (ВОП), психиатр-нарколог	<i>«Отсутствуют (Имеются) заболевания, включенные в перечень заболеваний, препятствующих работе с государственными секретами»</i>	5 лет
Об отсутствии (наличии) заболеваний и физических недостатков, при наличии которых противопоказано владение оружием. Освидетельствование комиссией: невролог (ВОП), оториноларинголог (ВОП), офтальмолог (ВОП), хирург (ортопед-травматолог, ВОП), психиатр-нарколог	<i>«Отсутствуют (Имеются) заболевания и физические недостатки, включенные в перечень заболеваний и физических недостатков граждан, при наличии которых противопоказано владение оружием»</i>	5 лет
О годности к управлению механическими транспортными средствами, колесными тракторами и самоходными машинами, моторными маломерными судами	<i>«Годен (Не годен) к управлению мотоциклами (категория А)» (или указывается другой вид транспортного средства)</i>	В соответствии со сроками обязательного медицинского переосвидетельствования водителя отдельно для каждой категории
О нуждаемости в санаторно-курортном лечении	В графу «Заключение» вносятся сведения о диагнозе и решение о нуждаемости в санаторно-курортном лечении.	1 год

Запрашиваемая информация (цель выдачи)	Пример формулировки заключения	Срок действия справки
	В графе «Рекомендации» — профиль рекомендуемого санаторно-курортного лечения. В графе «Дополнительные медицинские сведения» — информация о рентгенфлюорографическом обследовании	
О состоянии здоровья кандидата в усыновители, приемные родители, родители-воспитатели детского дома семейного типа, детской деревни (городка), опекуны и попечители. Освидетельствование комиссией: терапевт (ВОП), невролог (ВОП), офтальмолог (ВОП), дерматовенеролог, оториноларинголог (ВОП), хирург (ортопед-травматолог, ВОП), психиатр-нарколог, акушер-гинеколог (для женщин)	<i>«Отсутствуют (Имеются) заболевания, включенные в перечни заболеваний, при наличии которых лица не могут быть усыновителями, приемными родителями, родителями-воспитателями детского дома семейного типа, детской деревни (городка), опекунами и попечителями</i>	1 год
О состоянии здоровья усыновляемого ребенка, ребенка, передаваемого опекуну (попечителю), родителю-воспитателю, на воспитание в приемную семью	Отражается общее заключение о состоянии здоровья ребенка, указывается без сокращений его физическое и нервно-психическое развитие	1 год
О состоянии здоровья для получения дошкольного образования и общего среднего образования, для приема в детское интернатное учреждение, для освоения содержания образовательной программы дополнительного образования детей и молодежи по спортивно-техническому, туристско-краеведческому, физкультурно-спортивному и военно-патриотическому профилям, по направлению деятельности «хореография» художественного профиля	В графу «Заключение» вносятся сведения о группе здоровья, распределении в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры ребенка. При приеме ребенка в учреждение общего среднего образования указывается заключение о готовности ребенка к обучению в учреждении общего среднего образования	от 6 месяцев до 1 года
О состоянии здоровья для поступления на обучение в кадетские училища, специализированный лицей Министерства внутренних дел или специализированный лицей Министерства по чрезвычайным ситуациям	Указываются: диагноз, группа здоровья, сведения о распределении в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры, решение о годности по состоянию здоровья к обучению в кадетском училище,	3 месяца

Запрашиваемая информация (цель выдачи)	Пример формулировки заключения	Срок действия справки
	специализированном лицее Министерства внутренних дел или специализированном лицее Министерства по чрезвычайным ситуациям	
О состоянии здоровья на ребенка, отъезжающего в оздоровительный, спортивно-оздоровительный лагерь	Указываются сведения об имеющихся диагнозах, группе здоровья, сведения о распределении в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры ребенка. В графе «Рекомендации» — сведения по необходимому ребенку режиму, питанию, закаливанию	5 дней
О состоянии здоровья для зачисления ребенка в лагерь труда и отдыха	Указываются сведения об имеющихся диагнозах и группе здоровья. В графу «Рекомендации» — информация о годности к работе или выполнению определенных видов работ, осуществляемых в период нахождения в лагере труда и отдыха	6 месяцев
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, в том числе включения его в состав общей или специальной организованной группы	6 месяцев
О состоянии здоровья для абитуриентов, поступающих в учреждения высшего, среднего специального и профессионально-технического образования	В «Заключении» председатель комиссии вносит сведения о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний к обучению по получаемой специальности, присваиваемой квалификации, а также сведения о распределении в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры	1 год
О состоянии здоровья для обучающихся в учреждениях высшего, среднего специального и профессионально-технического образования	Председателем комиссии вносятся сведения о распределении в основную, подготовительную, специальную медицинскую группы, группу лечебной физической культуры	1 год

Запрашиваемая информация (цель выдачи)	Пример формулировки заключения	Срок действия справки
О состоянии здоровья с предоставлением информации о болезнях, домашнем режиме, карантине, об отсутствии контакта с инфекционными больными ребенка, посещающего учреждения общего среднего образования или дошкольного 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	5 дней
О пребывании на стационарном лечении (для перерасчета платы за некоторые виды коммунальных услуг)	<i>«Пребывал(а) на стационарном лечении в (указывается больничная организация) с __ и по __»</i>	Без указания срока
О подтверждении отсутствия психиатрического и наркологического учета	<i>«Отсутствует (имеется) диспансерное наблюдение за пациентом врачом-специалистом в области оказания психиатрической (наркологической) помощи»</i>	3 месяца
О результатах лабораторного исследования биологических образцов для определения в них концентрации абсолютного этилового спирта, наличия наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ	Запись о результатах лабораторного исследования биологических образцов для определения в них концентрации абсолютного этилового спирта, наличия наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ	Без указания срока
О результатах освидетельствования физического лица, в отношении которого ведется административный процесс, подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего на предмет выявления состояния алкогольного опьянения и (или) состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ	<i>«Отсутствует состояние алкогольного опьянения и (или) состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ».</i> <i>«Состояние алкогольного опьянения».</i> <i>«Состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ».</i> <i>«Состояние алкогольного опьянения и состояние, вызванное потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ»</i>	6 месяцев. В графе «Дополнительные медицинские сведения» указывается дата, время и место проведения освидетельствования

Запрашиваемая информация (цель выдачи)	Пример формулировки заключения	Срок действия справки
О состоянии здоровья, подтверждающая факт вызова скорой медицинской помощи. Заполняется организациями здравоохранения, оказывающими скорую медицинскую помощь	<i>Указывается предварительный диагноз (диагнозы), установленный врачом (фельдшером) скорой медицинской помощи. При установлении диагноза из класса «Психические расстройства и расстройства поведения» указывается только код заболевания по Международной статистической классификации болезней</i>	1 год

На обороте данной медицинской справки о состоянии здоровья в случаях ее выдачи лицам перед допуском к работе, при повышении квалификации и переподготовке физических лиц, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией продовольственного сырья, пищевых продуктов и питьевой воды, применением, хранением и транспортировкой средств защиты растений, обучением и воспитанием детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения, учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор, делается отметка о прохождении гигиенического обучения и воспитания и оценке знаний по результатам гигиенического обучения и воспитания.

ВЫПИСКА ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ

Выписка из медицинских документов (форма 1 мед/у-10) оформляется в случаях:

- оформления ребенка в дом-интернат (для педиатрической и общей врачебной практики);
- для санаторно-курортного лечения;
- в иных ситуациях (оформление в дом-интернат для престарелых и инвалидов, в дом ребенка, для предоставления в медицинскую водительскую комиссию и прочее).

При выдаче выписки из медицинских документов (прил. б) *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 других) 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.

Заполняются графы «Диагноз основного заболевания» и «Диагноз сопутствующего заболевания».

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 (за исключением информации об инфицировании ВИЧ), об аллергологическом анамнезе с указанием переносимости лекарственных средств. В графу «Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о профилактических прививках и прочее)» вносятся результаты медицинских осмотров врачей-специалистов с указанием даты медицинского осмотра, диагноза или кода диагноза в соответствии с МКБ-10: терапевта (ВОП), гинеколога (при направлении на санаторно-курортное лечение женщин) и психиатра-нарколога (при наличии в анамнезе пациента психических расстройств (заболеваний)). При наличии сопутствующих заболеваний (неврологических, урологических, кожи, крови, глаз и других) вносятся результаты медицинского осмотра соответствующих врачей-специалистов или врача общей практики; результаты лабораторных и инструментальных методов исследований (с указанием даты проведения исследования): общий анализ крови, общий анализ мочи, электрокардиограмма, рентгенофлюорографическое обследование органов грудной клетки и другие лечебные и иные медицинские вмешательства в соответствии с профилем санатория.

В графах «Диагноз основного заболевания» и «Диагноз сопутствующего заболевания» указывается клиничко-функциональный диагноз в соответствии с профилем санатория. В графе «Проведенное лечение» указываются сведения о лечении пациента согласно установленным диагнозам.

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.

ДОКУМЕНТЫ, ОФОРМЛЯЕМЫЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Диспансеризация проводится в целях:

- медицинской профилактики;
- пропаганды здорового образа жизни;
- воспитания ответственности граждан за свое здоровье;
- выявления хронических неинфекционных заболеваний на ранних стадиях.

В ходе диспансеризации медицинские работники амбулаторно-поликлинических организаций и (или) иных организаций здравоохранения: анализируют медицинские документы пациента, в том числе и электронные; проводят анкетирование пациентов с оформлением анкеты выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний (далее — Анкета) (прил. 7); проводят оценку факторов риска развития неинфекционных заболеваний; проводят медицинский осмотр пациента и принимают решение о проведении дополнительной диагностики; оформляют карту учета проведения диспансеризации взрослого (прил. 8) или карту учета проведения диспансеризации ребенка (прил. 9).

Диспансеризация проводится в группах диспансерного наблюдения: взрослого населения — с 18 лет до 39 лет и с 40 лет и старше; детского населения — до 1 года и с 1 года до 17 лет.

Оценка факторов риска и определение лабораторных и диагностических исследований у взрослого населения осуществляется путем ответа на поставленные в Анкете вопросы «Да» или «Нет» (прил. 7).

По результатам диспансеризации медицинский работник определяет отсутствие или наличие факторов риска развития заболеваний.

В случае отсутствия факторов риска развития заболеваний проводит консультирование по медицинской профилактике, пропаганде здорового образа жизни и определяет периодичность проведения диспансеризации с учетом группы диспансерного наблюдения согласно возрасту.

В случае выявления факторов риска развития заболеваний проводит консультирование по медицинской профилактике, пропаганде здорового образа жизни, при необходимости назначает проведение дополнительной диагностики, в том числе мероприятий, направленных на раннее выявление злокачественных новообразований, а также направляет пациента на консультацию к ВОП, определяет периодичность проведения диспансеризации с учетом группы диспансерного наблюдения.

В случае выявления у пациента заболевания оказание медицинской помощи пациентам осуществляется по профилям заболеваний, состояниям, синдромам на основании клинических протоколов, а также иных нормативных правовых актов, устанавливающих порядок организации и оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, состояниям, синдромам, или методов оказания медицинской помощи.

Для проведения диспансеризации могут использоваться выездные формы работы, в том числе с применением передвижных фельдшерско-акушерских пунктов.

При проведении диспансеризации взрослого и детского населения учитываются результаты медицинских осмотров, проведенных врачами-специалистами, медицинских вмешательств, выполненных в течение двенадцати месяцев, предшествующих месяцу, в котором проводится диспансеризация.

Диспансеризация детей осуществляется преимущественно в месяц их рождения в соответствии со схемами проведения диспансеризации детского населения согласно прил. 2–4.

Результаты диспансеризации вносятся в Карту диспансеризации взрослого по форме согласно (прил. 8) и Карту диспансеризации ребенка (прил. 9), которые подлежат хранению в медицинской карте амбулаторного больного и истории развития ребенка в амбулаторно-поликлинических организациях и (или) иных организациях здравоохранения, проводивших диспансеризацию.

Допускается оформление Карты диспансеризации взрослого и Карты диспансеризации ребенка, а также Анкеты в электронном виде.

По результатам диспансеризации при необходимости оформляется выписка из медицинских документов по форме и в порядке, установленных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. № 92 «Об установлении форм «Медицинская справка о состоянии здоровья», «Выписка из медицинских документов» и утверждении Инструкции о порядке их заполнения».

В случае проведения диспансеризации по месту работы (учебы, службы) и (или) в иных организациях здравоохранения в амбулаторно-поликлиническую организацию направляется выписка из медицинских документов по форме и в порядке, установленных постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июля 2010 г. № 92.

По результатам проведения диспансеризации взрослого населения руководители организаций здравоохранения осуществляют оценку эффективности проведения диспансеризации в соответствии с критериями эффективности диспансеризации взрослого населения (прил. 17).

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И СПРАВКА О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

ЛН относится к документам с определенной степенью защиты (на бумаге с водяными знаками) и оформляется согласно прил. 10. Это основной документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность застрахованных лиц, работающих в государственном и частном секторе, и выполняющий ряд функций:

- медицинская — освобождение от работы является одним из способов лечения, предписывается определенный вид лечебно-охранительного режима;
- юридическая — удостоверяет временное освобождение от работы;
- финансовая — регламентирует выплату денежного пособия на период временной нетрудоспособности;
- статистическая — является первичным документом для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Справка о ВН не выполняет финансовую функцию (не оплачивается) и печатается на обычной бумаге, хотя содержит ту же информацию, что и ЛН, и заполняется аналогично. Порядок выдачи и оформления этих медицинских документов регламентируется Инструкцией о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособности, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 декабря 2014 г. № 104 и Инструкцией о порядке выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь от 4 января 2018 г. № 1/1.

Порядок выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

ЛН (справки о ВН) выдаются и закрываются при предъявлении паспорта или иного документа, удостоверяющего личность. В случае выдачи ЛН (справки о ВН) по основаниям, которые не могут быть установлены в ходе медицинского осмотра, медицинского освидетельствования и нуждаются в документальном подтверждении, могут быть предоставлены медицинские документы (выписки из них), выданные в иностранном государстве, медицинская справка о состоянии здоровья, свидетельство о смерти, проездные документы, путевка на санаторно-курортное лечение, копия свидетельства о направлении на работу.

ЛН выдаются:

- 1) лицам, работающим или осуществляющим иной вид деятельности, на которых распространяется государственное социальное страхование, а также обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

2) лицам, зарегистрированным в органах по труду, занятости и социальной защите местных исполнительных и распорядительных органов в качестве безработных, в период выполнения ими общественных работ;

3) женщинам в сроке наступления отпуска по беременности и родам из числа:

– неработающих лиц, если срок отпуска по беременности и родам наступил у них в течение 30 календарных дней после прекращения трудового договора;

– получающих профессионально-техническое, среднее специальное, высшее или послевузовское образование в дневной форме получения образования, а также получивших такое образование — в течение двух месяцев после его получения;

– проходящих подготовку в резидентуре в очной форме;

– зарегистрированных в органах по труду, занятости и социальной защите в качестве безработных либо проходящих профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации или осваивающих содержание образовательной программы обучающихся курсов по направлению этих органов;

– военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, Следственного комитета Республики Беларусь, Комитета государственной безопасности Республики Беларусь, Государственного комитета судебных экспертиз Республики Беларусь, органов финансовых расследований Комитета государственного контроля Республики Беларусь, органов и подразделений по чрезвычайным ситуациям.

Справки о ВН выдаются:

1) лицам, зарегистрированным в органах по труду, занятости и социальной защите в качестве безработных (и не в период выполнения ими общественных работ) либо проходящим профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации или осваивающим содержание образовательной программы обучающихся курсов по направлению этих органов;

2) военнослужащим, гражданам, проходящим альтернативную службу;

3) лицам, у которых ВН вследствие заболевания или травмы наступила в течение 30 календарных дней после прекращения трудового договора;

4) лицам, получающим общее среднее, профессионально-техническое, среднее специальное, высшее, послевузовское образование, проходящим подготовку в резидентуре, а также профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации или осваивающим содержание образовательной программы обучающихся курсов (за исключением лиц, проходящих профессиональную подготовку, переподготовку, повышение квалификации или осваивающих содержание образовательной программы обучающихся курсов по направлению организаций);

5) лицам, осуществляющим уход за больным ребенком в возрасте до 14 лет, при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях,

если ребенок нуждается в уходе по истечении 14-дневного срока, удостоверенного ЛН;

б) лицам, осуществляющим уход за инвалидом I группы, при оказании медицинской помощи лицу, фактически осуществляющему уход за инвалидом I группы и невозможности им осуществлять данный уход;

7) лицам, осуществляющим уход за больным ребенком, достигшим 14-летнего возраста, при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях, если ребенок по заключению ВКК организации здравоохранения нуждается в уходе по истечении 7-дневного срока, удостоверенного ЛН;

8) лицам, осуществляющим уход за больным ребенком, достигшим 14-летнего возраста, в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, на период, в течение которого ребенок по заключению ВКК нуждается в уходе;

9) лицам, осуществляющим уход за ребенком в возрасте до 3 лет, в случае смерти матери во время родов (в послеродовом периоде);

10) лицам, направленным на принудительное лечение по решению суда (кроме лиц, страдающих психическими расстройствами (заболеваниями));

11) лицам, у которых ВН наступила в периоды нахождения под арестом, в лечебно-трудовых профилакториях, проведения судебной медицинской экспертизы, судебно-психиатрической экспертизы, отстранения от работы в случаях, предусмотренных статьей 49 Трудового кодекса Республики Беларусь (кроме случаев отстранения от работы органами и учреждениями, осуществляющими государственный санитарный надзор, лиц, являющихся бактерионосителями, в связи с проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий), а также временного отстранения работника от должности в соответствии со статьей 131 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь;

12) лицам, осуществляющим уход за ребенком в возрасте до 10 лет, посещающим учреждение дошкольного или общего среднего образования, в период проведения в указанном учреждении санитарно-противоэпидемических мероприятий;

13) лицам трудоспособного возраста, не работающим и не состоящим на учете в органах по труду, занятости и социальной защите в качестве безработных.

ЛН (справки о ВН) выдаются и оформляются государственной организацией здравоохранения как по месту жительства (пребывания), работы (службы, учебы), так и независимо от них по результатам экспертизы временной нетрудоспособности, проведенной в установленном порядке.

В случае обращения пациента за медицинской помощью в организацию здравоохранения вне места жительства ЛН (справка о ВН) выдается с разрешения руководителя (заместителя руководителя) организации здравоохранения, председателя ВКК, а при их отсутствии — с разрешения лица, определенного приказом руководителя данной организации.

Право выдачи листков нетрудоспособности (справок о ВН) без разрешения руководителей имеют государственные организации здравоохранения:

- республиканские — лицам, проживающим на территории Республики Беларусь;

- областные — лицам, проживающим на территории данной области;
- районные — лицам, проживающим на территории данного района;
- межрайонные — лицам, проживающим на территории соответствующих административно-территориальных единиц;

- ведомственные — работникам соответствующих государственных органов или организаций, а также лицам, закрепленным в установленном порядке для получения медицинской помощи в указанных организациях здравоохранения.

В случае возникновения двух и более видов ВН, при которых могут быть выданы ЛН и справка, выдается ЛН.

Выдача, продление или закрытие ЛН (справки о ВН) в амбулаторных условиях осуществляются в последний день периода, указанного в позиции ЛН (справки о ВН) «Освобождение от работы (службы, учебы)», за исключением случаев проведения экспертизы временной нетрудоспособности ВКК или смерти пациента.

В случае возникновения в период ВН нового случая временной нетрудоспособности в связи с травмой в быту или инфекцией, вызванной коронавирусом COVID-19, выдается новый ЛН (справка о ВН).

Выдача ЛН и справок о ВН производится в количестве, необходимом для представления по каждому месту работы (службы, учебы).

При несвоевременной явке пациента на прием к лечащему врачу дальнейшее оформление ЛН (справки о ВН) осуществляется со дня его фактической явки по результатам проведенной экспертизы временной нетрудоспособности с указанием вида и периода (даты) нарушения режима.

В случае необходимости (например, получение денежного пособия) ЛН может быть закрыт до окончания случая ВН как при оказании помощи в амбулаторных, так и в стационарных условиях, с указанием в позиции «Заключение о трудоспособности» «0» (продолжает болеть).

В случае смерти пациента в период ВН ЛН (справка о ВН) оформляется по день его смерти включительно в соответствии с врачебным свидетельством о смерти или свидетельством о смерти, представленным лицом, обратившимся за ЛН (справкой о ВН), при предъявлении документа, удостоверяющего личность обратившегося.

Существует 2 системы выдачи ЛН (справок о ВН):

- централизованная — в стационарах, в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и *не осуществляющих медицинское обслуживание пациентов на дому*. В этом случае регистрация ЛН (справок о ВН) в соответствующих журналах (журнал регистрации выданных ЛН и журнал регистрации выданных справок о ВН) осуществляется одновременно с их выдачей временно нетрудоспособным лицам;

– нецентрализованная — в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и осуществляющих медицинское обслуживание пациентов на дому. *Регистрация ЛН (справок о ВН)* осуществляется в соответствующем журнале *после их выдачи* временно нетрудоспособным лицам.

ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ (СПРАВОК О ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ)

1. При заболевании и травме.

При оказании пациенту медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе в отделении дневного пребывания, ЛН (справка о ВН) выдается со дня установления ВН.

При стационарном лечении ЛН (справка о ВН) оформляется в день выписки пациента из стационара.

Срок ВН при заболевании (травме) определяется со дня установления ВН на весь ее период (до дня восстановления трудоспособности или по день установления инвалидности либо смерти пациента), но не более чем на 120 календарных дней непрерывной ВН, а в случае суммарной ВН по одному или разным заболеваниям (травмам) за последние 12 месяцев — не более чем на 150 календарных дней ВН (при заболевании туберкулезом — не более чем на 180 и 240 календарных дней соответственно). Именно эти сроки являются окончательными для представления пациента на МРЭК для проведения МСЭ.

Лечащий врач имеет право выдачи ЛН (справки о ВН) одновременно до 10 дней (ВОП, работающий в сельской местности один, — до 14 дней). Как правило, с целью контроля эффективности проводимых лечебных мероприятий в пределах этого периода лечащие врачи выдают ЛН (справки о ВН) по частям.

Если по истечении 10 (14) дней пациент продолжает оставаться временно нетрудоспособным, то продление документа, удостоверяющего ВН, осуществляется лечащим врачом совместно с заведующим отделением на максимальный общий срок до 30 календарных дней.

В дальнейшем продление срока ВН осуществляется по разрешению ВКК с обязательным планово-контрольным осмотром пациента на 30, 60, 90 и 105-й календарный день от начала случая ВН или от даты МСЭ в случае принятия решения МРЭК о продлении лечения пациента, а при заболевании туберкулезом — на 60, 90, 120, 150 и 165-й день.

Если у пациента за последние 12 месяцев были повторные случаи одного или этиологически связанных (родственных) заболеваний, то планово-контрольное заседание ВКК проводится на 120-й и 135-й календарный день, а при заболевании туберкулезом — на 180, 210 и 225-й календарный день.

В дальнейшем лечащий врач оформляет «Направление на медико-социальную экспертизу». При решении МРЭК о продлении ВН экспертиза с определением срока ВН пациента проводится в день завершения МСЭ или на следующий день.

2. В связи с уходом за больным членом семьи, уходом за ребенком в возрасте до 3 лет, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет ЛН (справка о ВН) выдается лицу, непосредственно осуществляющему уход. При необходимости по одному случаю заболевания, требующего ухода, ЛН (справка о ВН) может выдаваться попеременно разным лицам.

Уход за больным членом семьи, достигшим 14-летнего возраста, в том числе инвалидом II, III группы, требуется при острых заболеваниях (травмах), кризовых состояниях, обострении (декомпенсации) хронических заболеваний, если отсутствие ухода угрожает его здоровью.

ВН лица, осуществляющего уход за больным членом семьи, определяется со дня, когда указанное лицо нуждается в освобождении от работы (службы, учебы) для осуществления ухода, но не ранее чем за 3 календарных дня до необходимой даты освобождения от работы на период необходимости в указанном уходе и подтверждается ЛН (справкой о ВН).

ЛН (справка о ВН) выдается по разрешению ВКК на срок до 7 календарных дней включительно по одному случаю острого заболевания (травмы), обострения хронического заболевания.

Уход за 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 (далее — матери). Справка о ВН выдается лечащим врачом матери любому лицу, которое по ее согласию фактически будет осуществлять уход за ребенком. Справка о ВН выдается на весь период болезни матери либо до достижения ребенком в период болезни матери 3-летнего возраста.

3. В связи с протезированием ЛН (справка о ВН) выдается в стационаре протезно-ортопедической организации по решению ВКК в день выписки пациента на весь период пребывания в ней, время проезда к месту протезирования и обратно.

В связи с проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий ЛН (справка о ВН) выдается врачом-инфекционистом, а при его отсутствии — лечащим врачом на весь период отстранения от работы.

Для лиц, осуществляющих уход за ребенком в возрасте до 10 лет, посещающим учреждение дошкольного или общего среднего образования, в период проведения в указанном учреждении санитарно-противоэпидемических мероприятий срок ВН определяется врачом-инфекционистом, а при его отсутствии — лечащим врачом ребенка и подтверждается справкой о ВН.

4. По беременности и родам ЛН выдается женщинам в сроке 30 недель беременности на 126 календарных дней (в сроке 27 недель беременности — женщинам, постоянно (преимущественно) проживающим и (или) работающим, проходящим службу, обучающимся на территории радиоактивного загрязнения, на 146 календарных дней) и закрывается в организации здравоохранения, осуществляющей медицинское наблюдение, оказание медицинской помощи беременной женщине, в том числе в стационарных условиях, по результатам экспертизы ВН.

В таком же порядке выдается ЛН по беременности и родам женщинам, которые находятся в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста 3 лет.

В случае возникновения у женщины осложнений беременности, родов и послеродового периода (согласно перечня) ей выдается по решению ВКК в организации здравоохранения, в которой оказывалась медицинская помощь, ЛН на 14 календарных дней как продолжение ЛН, выданного в связи с беременностью и родами.

При родах, наступивших до 30 недель беременности (до 27 недель беременности у женщин... на территории радиоактивного загрязнения), ЛН по беременности и родам выдается со дня родов на 140 (160) календарных дней, в случае рождения мертвого ребенка — на 70 календарных дней в организации здравоохранения, в которой произошли роды, а при родах, произошедших вне организации здравоохранения, — в организации здравоохранения по месту жительства женщины.

Усыновителям (удочерителям), опекунам ребенка в возрасте до 3 месяцев ЛН выдается по решению ВКК организации здравоохранения, в которой родился ребенок, если новорожденный передается из стационара, в иных случаях — по решению ВКК организации здравоохранения по месту жительства усыновителя (удочерителя), опекуна.

Порядок оформления листков нетрудоспособности

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.

Лицевая сторона ЛН оформляется организацией здравоохранения, а в случаях необходимости подтверждения периода фактического пребывания в санаторно-курортной организации или центре медико-социальной реабилитации также указанными организациями.

После оформления ЛН отрезается по линии от контрольного талона и выдается временно нетрудоспособному лицу. Контрольный талон хранится в организации здравоохранения.

Документы, взамен которых выдавался ЛН, хранятся в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь для бланков документов с определенной степенью защиты. Обратная сторона ЛН оформляется плательщиком в бюджет фонда (страхователем).

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	<ul style="list-style-type: none"> – при выдаче и закрытии ЛН; – в случае продления ЛН другим лечащим врачом — на его первую подпись; – при внесении информации в позицию «Особые отметки» (например, о нарушении режима); – в случае заверения исправлений
Личная печать заведующего отделением или руководителя (заместителя руководителя) организации здравоохранения или председателем ВКК	на его первую подпись в позиции ЛН «Освобождение от работы», в графе «Должность, фамилия, подпись, личная печать руководителя»	<ul style="list-style-type: none"> – при продлении ЛН свыше 10 дней ВН; – при продлении ЛН на срок, превышающий 14 календарных дней, в случае, если лечащий врач является ВОП, врачом-специалистом амбулатории врача общей практики (больничной организации, находящейся в сельской местности, врачебной амбулатории) и работает один; – при выдаче ЛН в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 14 лет в амбулаторных условиях лицом, не являющимся матерью (мачехой) или отцом (отчимом), усыновителем (удочерителем), опекуном (попечителем) указанного ребенка; – при выдаче ЛН в негосударственной организации здравоохранения; – при выдаче ЛН в стационаре; – при выдаче ЛН по решению ВКК; – при выдаче ЛН по беременности и родам; – при продлении ЛН после проведения МСЭ и принятия решения о продлении лечения в периоде ВН; – при выдаче ЛН в случае проведения пациенту медицинского вмешательства с применением инвазивных методов исследования (манипуляции, процедуры); – при выдаче ЛН в случае проведения искусственного прерывания беременности (аборта) или экстракорпорального оплодотворения
Личная печать врача — председателя ВКК	на его первую подпись в графе «Должность, фамилия, подпись, личная печать председателя ВКК» позиции ЛН «ВКК»	– при выдаче и (или) продлении ЛН ВКК

Вид печати	Место печати	Условия использования печати
Печать организации здравоохранения «Для листков нетрудоспособности и справок»	на бланке ЛН	– при закрытии ЛН — в левом нижнем углу бланка ЛН; – при заверении исправлений — рядом с печатью врача, заверяющего исправление
Печать МРЭК	на бланке ЛН	– после проведения МСЭ — в правом нижнем углу ЛН; – в позиции «особые отметки» в случае нарушения пациентом режима (неявки на МРЭК); – при заверении исправлений, внесенных МРЭК

Оттиск печатей на ЛН должен быть четким и легко читаемым.

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

При оформлении ЛН используются арабские цифры, записи производятся на русском или белорусском языке, разборчиво и четко фиолетовыми, синими или черными чернилами от руки и (или) с применением компьютерной техники. Допускается использование штампов-клише, за исключением клише подписи.

При исправлении в ЛН неверной информации она зачеркивается одной чертой и при необходимости взамен указывается верная информация. При этом на любом свободном поле бланка производится запись: «исправленному на ... верить» или «зачеркнутое не читать». На одном бланке ЛН допускается не более двух исправлений, каждое из которых оформляется в вышеуказанном порядке, а также заверяется подписью и печатью лечащего врача и печатью организации здравоохранения «Для листков нетрудоспособности и справок».

ЗАПОЛНЕНИЕ СТРОК И ПОЗИЦИЙ В БЛАНКЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Контрольный талон, ЛН имеют разметку позиций и граф для внесения в них информации, в том числе с использованием цифровых символов, в следующем порядке:

- позиция ЛН «наименование организации здравоохранения, выдавшей листок нетрудоспособности» заполняется от руки или посредством штампа-клише организации здравоохранения, или с применением компьютерной техники. Если ЛН выдан в структурном подразделении организации здравоохранения, зона обслуживания которого шире зоны обслуживания указанной организации здравоохранения, дополнительно указывается наименование данного структурного подразделения;

- в позиции контрольного талона и ЛН «Основной/дополнительный» при выдаче основного ЛН указывается цифра 1, при выдаче дополнительного(ых) ЛН — цифра 2 (3 и так далее). ЛН, выданный для представления по основному месту работы, считается основным, остальные — дополнительными;

- в позиции контрольного талона и ЛН «первичный/продолжение/дубликат» при выдаче первичного ЛН указывается цифра 1, при выдаче продолжения первичного ЛН по данному случаю ВН — цифра 0, при выдаче дубликата ЛН — цифра 2.

ЛН, выданный первым в течение одного случая ВН, считается первичным, а последующие ЛН, выданные в течение данного случая ВН, — продолжением первичного ЛН.

В случаях, если ЛН, выданный пациенту в связи с общим заболеванием (травмой в быту), закрыт, но на следующий день по результатам экспертизы ВН пациент снова признан временно нетрудоспособным, ему выдается новый ЛН, который оформляется как продолжение ранее выданного ЛН, за исключением случаев:

- производственной травмы;
- последствий производственной травмы;
- профессионального заболевания;
- беременности и родов;
- ухода за больным членом семьи;
- ухода 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;
- ухода за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае его санаторно-курортного лечения, медицинской реабилитации.

ЛН, выданные по одному случаю ухода за больным членом семьи при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, ухода за 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, ухода за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае его санаторно-курортного лечения, медицинской реабилитации, оформляются как продолжение ранее выданного ЛН независимо от того, выдаются они одному или разным лицам, непрерывно или с перерывом. При этом при закрытии ЛН в позиции «Заключение о трудоспособности» указывается «1».

Если у пациента в период ВН в связи с несчастным случаем на производстве (профессиональным заболеванием) возникает другое заболевание (травма в быту), по которому продолжается ВН после окончания периода ВН, обусловленного несчастным случаем на производстве (профессиональным заболеванием), то ЛН по поводу несчастного случая на производстве (профессионального заболевания) закрывается с внесением информации в позицию «особые отметки» — «продолжает болеть в связи с общим заболеванием (травмой в быту)». Новый ЛН оформляется как продолжение ра-

нее выданного с указанием в позиции «Вид ВН» вида ВН в связи с заболеванием общим (травмой в быту);

- в позиции контрольного талона и ЛН «дата выдачи» указываются число, месяц, год даты выдачи ЛН (первая пара цифр — число, вторая — месяц, третья — год);

- в позиции контрольного талона и ЛН «дата начала случая ВН» указываются число, месяц, год даты начала случая ВН пациента (первая пара цифр — число, вторая — месяц, третья — год);

- в позиции контрольного талона и ЛН «Дата рождения (число, месяц, год)» указываются число, месяц, год рождения временно нетрудоспособного лица (первая пара цифр — число, вторая — месяц, третья — год);

- в позиции ЛН «Вид ВН» указываются цифры в следующем порядке:

- «01» — в связи с заболеванием общим;

- «02» — в связи с травмой в быту;

- «03» — в связи с уходом за больным членом семьи, в том числе за больным ребенком в возрасте до 14 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) (уход за больным членом семьи);

- «04» — в связи с производственной травмой;

- «05» — в связи с заболеванием профессиональным;

- «06» — в связи с последствиями травмы в быту;

- «07» — в связи с последствиями производственной травмы;

- «08» — в связи с уходом за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком (уход за ребенком до 3 лет (ребенком-инвалидом до 18 лет), болезнь матери (госпитализация матери);

- «09» — в связи с беременностью и родами, в том числе наступившими до 30 недель беременности (27 недель беременности — у женщин, постоянно (преимущественно) проживающих и (или) работающих, проходящих службу, обучающихся на территории радиоактивного загрязнения), осложнениями беременности, родов и (или) послеродового периода, а также усыновлением (удочерением), установлением опеки над ребенком в возрасте до 3 месяцев (беременность и роды);

- «10» — в связи с уходом за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае санаторно-курортного лечения (уход за ребенком-инвалидом до 18 лет, санаторно-курортное лечение);

- «11» — в связи с уходом за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае медицинской реабилитации в центре медицинской или медико-социальной реабилитации (уход за ребенком-инвалидом до 18 лет, медицинская реабилитация);

- «12» — в связи с протезированием, осуществляемым в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации (протезирование);

«13» — в связи с протезированием, осуществляемым в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации, связанным с травмой в быту (протезирование, травма в быту);

«14» — в связи с протезированием, осуществляемым в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации, связанным с производственной травмой (протезирование, производственная травма);

«15» — в связи с проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий;

«16» — в связи с уходом за ребенком в случае смерти матери в родах (в послеродовом периоде) (уход за ребенком, смерть матери).

В случае установления пациенту при первичной выдаче ЛН вида ВН «травма в быту», «последствия травмы в быту» и при последующем предоставлении акта о несчастном случае на производстве по решению ВКК организации здравоохранения в позицию ЛН «Вид временной нетрудоспособности» вносятся исправления, соответствующие виду ВН «производственная травма», «последствия производственной травмы», «протезирование, производственная травма». В случае установления пациенту при первичной выдаче ЛН вида ВН «общее заболевание» и при последующем предоставлении акта о профессиональном заболевании по решению ВКК организации здравоохранения выдается ЛН как первичный с даты установления профессионального заболевания, указанного в акте о профессиональном заболевании, с указанием вида ВН «заболевание профессиональное»;

- в позиции контрольного талона и ЛН «Предварительный диагноз по МКБ» указывается код заболевания в соответствии с МКБ-10;

- в позиции контрольного талона и ЛН «Код причины ВН по ф. 4 государственной статистической отчетности» указывается код причины ВН в соответствии с формой государственной статистической отчетности, утвержденной постановлением Национального статистического комитета Республики Беларусь от 28 октября 2016 г. № 158 (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 25.11.2016, 7/3631);

- в позиции контрольного талона и ЛН «Заключительный диагноз по МКБ» указывается код заболевания в соответствии с МКБ-10.

Кодирование диагнозов осуществляется трех-четырёхзначным кодом в соответствии с рубриками МКБ-10. При этом используется алфавитно-цифровая система кодирования рубрик.

При выдаче ЛН в связи с проведением санитарно-противоэпидемических мероприятий, уходом за больным членом семьи, ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в случае болезни (госпитализации) матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком, ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет при санаторно-курортном лечении, медицинской реабилитации в центре медицинской или медико-социальной реабилитации, в случае беременности и родов позиции

контрольного талона и ЛН «Предварительный диагноз по МКБ» и «Заключительный диагноз по МКБ» не заполняются;

● позиции контрольного талона и ЛН «Код причины ВН по ф. 4 госстатотчетности» и «Заключительный диагноз по МКБ» заполняются при окончании случая ВН пациента, если:

- пациент может приступить к труду;
- у женщины наступил случай беременности и родов;
- у пациента определена инвалидность первично при направлении в МРЭК;

– при переосвидетельствовании инвалида в периоде ВН, связанной с причиной инвалидности, ему установлена более высокая группа инвалидности либо по результатам освидетельствования в МРЭК он признан нетрудоспособным;

- наступила смерть пациента.

Если случай ВН пациента обусловлен разными заболеваниями (травмами), в позициях контрольного талона и ЛН «Код причины ВН по ф. 4 госстатотчетности» и «Заключительный диагноз по МКБ» указывается основное заболевание.

При возникновении нескольких заболеваний, имеющих между собой причинно-следственную связь, основным считается заболевание, являющееся причиной остальных заболеваний.

При возникновении двух и более заболеваний, не имеющих между собой причинно-следственной связи, основным является заболевание с более длительным периодом ВН.

При возникновении двух и более заболеваний, сопоставимых по тяжести и длительности ВН, одно из которых является инфекционным, основным является инфекционное заболевание, а при двух и более инфекционных заболеваниях — эпидемическое.

При возникновении осложнений гриппа основным заболеванием является грипп.

При возникновении двух и более заболеваний основным является заболевание, по поводу которого проводилось хирургическое вмешательство.

Если в периоде ВН у пациента диагностировано два и более заболевания и одно из них является профессиональным заболеванием, производственной травмой или ее последствием, то основным является профессиональное заболевание, производственная травма или ее последствие.

Если ВН пациента обусловлена одновременно профессиональным заболеванием, производственной травмой или ее последствием, основным является профессиональное заболевание, производственная травма или ее последствие с более длительным периодом ВН;

● позиция контрольного талона «Фамилия, собственное имя, отчество нетрудоспособного» и позиции ЛН «Фамилия», «Собственное имя», «Отчество временно нетрудоспособного» оформляются в соответствии с данными документа, удостоверяющими личность пациента (без сокращения);

● позиции контрольного талона «Адрес места жительства» и «Место работы (службы, учебы), должность» заполняются со слов пациента. При этом допустимо использование сокращенного наименования организации, должности. Женщинам, у которых право на пособие по беременности и родам наступило в течение 2 месяцев после получения профессионально-технического, среднего специального, высшего и послевузовского образования в дневной форме получения образования, в контрольном талоне указывается прежнее место учебы;

● в позиции ЛН «Режим» указываются следующие цифры, соответствующие виду режима, предписанного пациенту:

«1» — амбулаторный при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

«2» — стационарный при стационарном лечении;

«3» — санаторный при направлении в санаторно-курортную организацию;

«4» — реабилитационный при направлении в государственной учреждение здравоохранения «Витебский областной клинический центр медицинской реабилитации для инвалидов и ветеранов боевых действий на территории других государств» (далее — Центр), а также в центр медицинской или медико-социальной реабилитации.

Информация, которая вносится в раздел «Особые отметки» представлена в табл. 3.

Таблица 3

Заполнение позиции ЛН «Особые отметки»

Формулировка записи	Причины оформления
Председателем ВКК	
«разрешен выезд»	при направлении пациента за пределы Республики Беларусь для получения медицинской помощи в организации здравоохранения другого государства
«направлен в МРЭК», дата, назначенная пациенту для явки в МРЭК	в случае направления пациента в МРЭК
«осложненные роды», дата	в случае возникновения у женщины осложнений беременности, родов и послеродового периода, указанных в перечне осложнений беременности, родов и послеродового периода, при которых выдается ЛН сроком на 14 календарных дней как продолжение ЛН, выданного в связи с беременностью и родами, установленном согласно приложению к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 7 декабря 2011 г. № 119
«взамен ЛН № ___»	в случае выдачи дубликата ЛН взамен утерянного
Лечащим врачом	
собственное имя, дата рождения ребенка	в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 14 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях, в стационаре, а также при санаторно-курортном лечении, медицинской реабилитации в центре медицинской или медико-социальной реабилитации

Формулировка записи	Причины оформления
собственное имя, дата рождения ребенка, фамилия, инициалы матери (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 (лица, фактически осуществляющего уход)
«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 оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях
«режим изменен» с указанием нового вида режима и даты его изменения	в случае изменения режима, предписанного пациенту
Травма, дата травмы	в случае установления одного из видов ВН: – в связи с травмой в быту; – последствиями травмы в быту; – последствиями производственной травмы; – в связи с протезированием, осуществляемым в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации, связанным с травмой в быту; – в связи с протезированием, осуществляемым в рамках оказания медицинской помощи в стационарных условиях протезно-ортопедической организации, связанным с производственной травмой
Лечащим врачом с заверением его подписью и личной печатью	
«заболевание связано с забором органа и (или) ткани»	в случае возникновения ВН по причине забора органа и (или) ткани у донора
«заболевание (травма) связано(а) (не связано(а) с причиной инвалидности)»	в случае возникновения ВН у работающих инвалидов в связи с заболеванием (травмой), последствием травмы или протезированием, в том числе при установлении инвалидности в связи с трудовым увечьем или профессиональным заболеванием
«нарушение режима:», вид нарушения	– «неявка на прием» — в случае неявки на прием к лечащему врачу лица, которому выдан ЛН; – «неявка на ВКК» — в случае неявки на заседание ВКК лица, которому выдан ЛН; – «уход из стационара» — в случае самовольного ухода из стационара; – «выезд за рубеж» — в случае самовольного выезда лица, которому выдан ЛН, за пределы Республики Беларусь в период ВН; – «потребление алкоголя» — в случае потребления алкоголя (потребления наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ);

Формулировка записи	Причины оформления
	– «невыполнение назначений» — в случае отказа от диагностики, лечения, госпитализации, взятия анализа на алкоголь и (или) наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги, токсические или другие одурманивающие вещества, затрудняющие диагностику заболевания, оценку состояния трудоспособности, дата (период)
«взят анализ на алкоголь и (или) наркотические средства»	в случае закрытия ЛН до получения результатов анализа на алкоголь и (или) наркотические средства, психотропные вещества, их аналоги, токсические или другие одурманивающие вещества. В зависимости от результатов указанного анализа в данную позицию ЛН впоследствии вносится одна из следующих записей: «отсутствует алкогольное и (или) наркотическое опьянение»; «алкогольное и (или) наркотическое опьянение». Указанная отметка вносится в последующие листки нетрудоспособности по данному непрерывному случаю ВН
«продолжает болеть в связи с общим заболеванием (травмой в быту)»	в случаях закрытия ЛН в связи с несчастным случаем на производстве (профессиональным заболеванием) и при возникновении в этот период другого заболевания (травмы в быту)
«алкогольное и (или) наркотическое опьянение»	при установлении у пациента факта алкогольного опьянения, состояния, вызванного потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, в случае первичного обращения за медицинской помощью по поводу травмы
«заболевание связано с потреблением алкоголя и (или) наркотических средств»	в случае алкогольной комы (комы, вызванной потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ) или лечения хронического неосложненного алкоголизма (наркомании, токсикомании)
«умер», дата смерти»	в случае смерти пациента в период ВН
Председателем МРЭК	
«неявка в МРЭК», дата (период неявки)	в случае неявки пациента в назначенный день в МРЭК
Заведующим отделением, руководителем (заместителем руководителя) организации здравоохранения, председателем ВКК, заверяющим подпись медицинского работника, не имеющего личной печати	
«подпись (фамилия медицинского работника, чья подпись заверяется) заверяю, должность, фамилия, подпись, личная печать заверителя»	при необходимости заверения подписи медицинского работника, не имеющего личной печати, выдавшего (продлившего, закрывшего) ЛН
Организацией здравоохранения, проводившей спелеолечение в стационаре, Центром, санаторно-курортной организацией, центром медицинской или медико-социальной реабилитации	
наименование организации, период	при внесении информации о периоде фактического пребывания пациента и (или) лица, осуществляющего уход за ребенком, которая заверяется подписью руководителя (заместителя руководителя) и печатью указанной организации

Формулировка записи	Причины оформления
Руководителем (заместителем руководителя) организации здравоохранения, председателем ВКК, лицом, определенным приказом руководителя организации здравоохранения, с заверением его подписью и личной печатью	
«разрешена выдача ЛН, должность, фамилия, инициалы»	при выдаче ЛН лицу, проживающему вне зоны обслуживания данной организации здравоохранения

Если ЛН, выданный пациенту с отметкой «алкогольное и (или) наркотическое опьянение», закрыт, но не приступив к работе, пациент снова признан временно нетрудоспособным в связи с другим заболеванием (травмой), новый ЛН ему выдается как продолжение ранее выданного ЛН с внесением записи в позицию ЛН «особые отметки»: «заболевание (травма) не связано(а) с потреблением алкоголя и (или) наркотических средств». Указанная отметка вносится в последующие ЛН, подтверждающие период ВН, обусловленный травмой;

- в позиции ЛН «ВКК» указываются:

- дата освидетельствования пациента ВКК;

- длительность случая ВН в календарных днях (непрерывная, суммарная). В случае если длительность ВН составляет от 1 до 9 дней, в первых двух ячейках указываются два нуля (*например, 007*), от 10 до 99 дней — в первой ячейке указывается ноль (*например, 077*);

- должность, фамилия, подпись и личная печать председателя ВКК;

- в позиции ЛН «Освобождение от работы (службы, учебы)» указываются:

- в графе «С какого числа (число, месяц, год)» — дата, с которой пациент освобожден от работы (службы, учебы) (первая пара цифр — число, вторая — месяц, третья — год);

- в графе «По какое число включительно (число, месяц, год)» — дата, по которую пациент освобожден от работы (службы, учебы) (первая пара цифр — число, вторая — месяц, третья — год). При этом, если ЛН выдается (продлевается) на один день, в данной графе указывается та же дата;

- в графе «Фамилия, подпись, личная печать лечащего врача (помощника врача, фельдшера)» указывается фамилия лечащего врача (помощника врача, фельдшера), которая заверяется подписью и личной печатью;

- в графе «Должность, фамилия, подпись, личная печать руководителя» указывается фамилия руководителя (заместителя руководителя) организации здравоохранения, заведующего отделением, председателя ВКК, ставятся его подпись и печать.

При стационарном лечении в позиции ЛН «Освобождение от работы (службы, учебы)» отдельными строками указываются:

- весь период ВН со дня госпитализации по день выписки;

– период ВН, определенный по результатам ЭВН, в случае, если к моменту выписки пациента из стационара его трудоспособность не восстановилась;
– день, определенный по результатам ЭВН, для проезда пациента к месту жительства (пребывания) в связи с удаленностью организации здравоохранения;

● в позиции ЛН «МРЭК»:

– в позиции «дата начала МСЭ» указываются число, месяц, год даты начала медико-социальной экспертизы (первая пара цифр — число, вторая — месяц, третья — год);

– в позиции «дата окончания МСЭ» указываются число, месяц, год даты окончания медико-социальной экспертизы (первая пара цифр — число, вторая — месяц, третья — год);

– в позиции «заключение МРЭК» указывается:

«10» — если при первичном освидетельствовании инвалидность (степень утраты здоровья) не установлена;

«11» — если при первичном освидетельствовании установлена инвалидность I группы (четвертая степень утраты здоровья);

«12» — если при первичном освидетельствовании установлена инвалидность II группы (третья степень утраты здоровья);

«13» — если при первичном освидетельствовании установлена инвалидность III группы (первая или вторая степень утраты здоровья);

«14» — если при освидетельствовании принято решение о продлении лечения в периоде временной нетрудоспособности;

«20» — если при переосвидетельствовании инвалидность (степень утраты здоровья) не установлена;

«21» — если при переосвидетельствовании установлена инвалидность I группы (четвертая степень утраты здоровья);

«22» — если при переосвидетельствовании установлена инвалидность II группы (третья степень утраты здоровья);

«23» — если при переосвидетельствовании установлена инвалидность III группы (первая или вторая степень утраты здоровья);

● в позиции «фамилия, подпись председателя МРЭК» указываются фамилия, подпись председателя МРЭК, проводившего освидетельствование пациента;

● в позиции «Печать МРЭК» проставляется оттиск печати МРЭК, в которой проводилась МСЭ пациента;

● позиция ЛН «Заключение о трудоспособности» заполняется лечащим врачом в последний день освобождения пациента (лица, осуществляющего уход) от работы (службы, учебы) или в случае окончания бланка ЛН. В позиции ЛН «Заключение о трудоспособности» указывается:

«0» — в случае признания пациента временно нетрудоспособным (продолжает болеть);

«1» — в случае признания пациента трудоспособным, а также в случае закрытия ЛН, выданного в связи с уходом за больным членом семьи;

«2» — в случае признания пациента нетрудоспособным и установления инвалидности (степени утраты здоровья);

«3» — в случае установления пациенту инвалидности (степени утраты здоровья) с вынесением трудовых рекомендаций;

«4» — в случае смерти пациента.

Если в течение одного непрерывного случая ВН пациенту выдается несколько ЛН, в позиции «Заключение о трудоспособности» каждого из них (кроме последнего) указывается «0». В последующих ЛН в позиции «особые отметки» указывается «продолжение ЛН № __» с указанием номера предыдущего ЛН. Начало случая ВН кодируется в соответствии с первичным ЛН.

В последующих ЛН (справках), выданных по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет, при оказании ему медицинской помощи в амбулаторных условиях в позиции «особые отметки» указывается «продолжение ЛН № __ с __ по __ (продолжение справки № __ с __ по __)» с указанием номера предыдущего ЛН (справки) и периода освобождения от работы (службы, учебы).

Если пациент умер в период ВН, в графе «По какое число включительно (число, месяц, год)» позиции ЛН «Освобождение от работы (службы, учебы)» указывается дата его смерти. При необходимости в указанной позиции ЛН производится исправление в установленном порядке;

- в позиции «Приступить к работе (службе, учебе) с» указывается дата, с которой пациент признан трудоспособным (первая пара цифр — число, вторая — месяц, третья — год). В случаях, если пациент продолжает болеть или наступила смерть пациента данная позиция не заполняется;

- в позиции ЛН «фамилия, подпись, личная печать лечащего врача (помощника врача, фельдшера)» указываются фамилия, подпись лечащего врача (помощника врача, фельдшера), закрывшего ЛН;

- в позиции ЛН «Печать организации» проставляется оттиск печати организации здравоохранения, закрывшей ЛН.

При выдаче дубликата ЛН взамен утерянного в позиции ЛН «особые отметки» производится запись «взамен ЛН (справки) № __», а в позиции «ВКК» указываются дата решения ВКК, фамилия председателя ВКК, ставятся его подпись, оттиск личной печати. При этом в позиции ЛН «Освобождение от работы (службы, учебы)» одной строкой указываются период ВН (за исключением периода (периодов) нарушения режима), фамилия лечащего врача (помощника врача, фельдшера), ставятся его подпись и оттиск личной печати, а также указываются должность, фамилия заведующего структурным подразделением организации здравоохранения или руководителя (заместителя руководителя) организации здравоохранения, или председателя ВКК, ставятся его подпись и оттиск личной печати.

При выдаче ЛН взамен испорченного его оформление осуществляется так же, как и при выдаче дубликата, но запись «взамен ЛН (справки) № __» не производится.

- ЛН считается недооформленным в случаях:
- наличия незаверенных исправлений;
 - наличия более двух исправлений;
 - несоответствия фамилии, собственного имени, отчества (если таковое имеется) временно нетрудоспособного лица, указанным в его документе, удостоверяющем личность;
 - не заполнения позиций ЛН «наименование организации здравоохранения, выдавшей листок нетрудоспособности», «Вид ВН», «Режим», «Заключение о трудоспособности»;
 - наличия в позиции ЛН «особые отметки» записи «взят анализ на алкоголь и (или) наркотические средства» и отсутствия записи о результатах данного анализа;
 - не заполнения позиций ЛН «ВКК», «МРЭК», «особые отметки» в необходимых случаях.
- Дооформление ЛН осуществляется в организациях здравоохранения по месту их выдачи.

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

Направление пациента на МСЭ, которую проводит МРЭК, осуществляется ВКК государственной организации здравоохранения, оказывающей пациенту медицинскую помощь.

Цель направления на МСЭ:

- необходимость продления ЛН свыше предельных сроков (см. выше раздел «Частные случаи выдачи ЛН»);
- определение инвалидности (степени утраты здоровья) при выявлении признаков инвалидности, независимо от продолжительности временной нетрудоспособности;
- переосвидетельствование (окончание срока инвалидности, досрочное переосвидетельствование, изменение причин инвалидности);
- формирование или коррекция ИПРА инвалида (ребенка-инвалида); программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;
- определение степени утраты профессиональной (общей) трудоспособности (в процентах).

Направление на МСЭ оформляется по решению ВКК лечащим врачом по форме «Направление на медико-социальную экспертизу» (прил. 11 к постановлению МЗ РБ № 77 от 09.06.2021) в срок, не превышающий 10 рабочих дней от даты принятия ВКК такого решения (прил. 11). Затем ВКК принимает решение о направлении документов на МРЭК, в этом случае срок не должен превышать 5 рабочих дней с даты принятия данного решения.

При переосвидетельствовании инвалидов (пациентов) ВКК оформляет направление на МСЭ не позднее 14 календарных дней до истечения срока действия заключения МРЭК.

Отрывной талон к направлению на МСЭ, после проведения данной экспертизы (вынесения решения МРЭК) отправляется обратно в организацию здравоохранения, направившую пациента на МСЭ, и прикрепляется к медицинским документам пациента.

Направление на МСЭ не оформляется:

1. *При определении времени наступления инвалидности (установления категории «ребенок-инвалид») по запросам управлений (отделов) по труду, занятости и социальной защите городских, районных исполнительных комитетов, управлений (отделов) социальной защиты местных администраций районов в городах для назначения пенсии по возрасту со снижением общеустановленного пенсионного возраста родителям детей-инвалидов (инвалидов с детства) и наличия в МРЭК результатов освидетельствования пациента и (или) медицинских документов организаций здравоохранения и других государственных учреждений, подтверждающих наличие у пациента ограничения одной из базовых категорий жизнедеятельности, соответствующего функциональному классу 1–4.*

2. *Если с даты освидетельствования прошло не более 3 месяцев и состояние здоровья пациента не изменилось, в случаях:*

– необходимости коррекции ИПРА инвалида (ребенка-инвалида), программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания в связи с изменением персональных, антропометрических данных инвалида (ребенка-инвалида), необходимости уточнения ранее рекомендованных мероприятий реабилитации и (или) абилитации, а также в целях устранения технических ошибок (описка, опечатка, грамматическая и (или) арифметическая, и (или) иная подобная ошибка), необходимости составления новой ИПРА инвалида взамен ранее выданной;

– предоставления в МРЭК документов, достаточных для установления иной причины инвалидности.

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. 12): 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 врачебное свидетельство о смерти (мертворождении), 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 использованием 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):

1. Начинать оформление бланка с раздела «Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении)».

2. Сделать отметку путем подчеркивания: «Окончательное», «Предварительное», «Взамен предварительного», «Взамен окончательного» и указать номер.

3. Детальное оформление пунктов документа:

пункт 1 — фамилия, имя, отчество умершего (фамилия матери мертворожденного), идентификационный номер умершего в соответствии с документом, удостоверяющим личность;

пункт 2 — пол умершего (мертворожденного);

пункт 3 — сведения о месте жительства умершего (мертворожденного);

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

пункт 5 — масса тела ребенка (плода) при рождении в граммах с точностью до грамма;

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

пункт 7 — сведения о месте наступления смерти (мертворождения);

пункт 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 «б» 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»;

пункт 9 — дата, место и обстоятельства смерти от воздействия внешних причин (травм, отравлений, несчастных случаев, самоубийств и других причин);

пункт 10 — 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 является основанием для включения в материнскую смертность, так как является конкретизацией периода наступления смерти женщины во время беременности, родов или после родов;

пункт 11 — указывается, кем установлена причина смерти, соответствующая специальности врача, государственного медицинского судебного эксперта;

пункт 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;

пункт 13 — указывается порядок рождения ребенка (плода);

пункт 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.

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

5. Заполнение корешка 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 врача — это медицинский документ установленной формы, содержащий письменное (или в электронном виде) обращение врача в аптеку об изготовлении и (или) реализации пациенту лекарственного средства, наркотического средства, психотропного вещества в порядке, установленном законодательством.

Правила оформления этого документа регламентируются Инструкцией о порядке выписки рецепта врача и создания электронных рецептов врача

(постановление МЗ РБ от 31.10.2007 № 99 в редакции постановления МЗ РБ от 17.06.2019 № 60).

Рецепт врача выписывается, а электронный рецепт врача создается:

– врачом-специалистом в государственной организации здравоохранения или в негосударственной организации, или индивидуальным предпринимателем при наличии специального разрешения на осуществление медицинской деятельности (лицензии);

– педагогическим работником учреждения образования по профилю образования «Здравоохранение», имеющим диплом о высшем медицинском образовании, при выполнении им лечебно-диагностической работы на клинической базе учреждения образования или при консультировании пациента в консультационном центре учреждения образования.

Рецепт на лекарственное средство выписывается врачом с учетом установленного диагноза и возраста пациента, 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, а также доступности по цене (т. е. социального фактора).

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

Электронный рецепт врача (прил. 18) создается в соответствии с требованиями законодательства об электронном документе и электронной цифровой подписи при наличии в организациях здравоохранения и у индивидуального предпринимателя технических, программных и программно-аппаратных средств, используемых для создания, обработки, хранения, передачи и приема информации в электронном виде.

Электронный рецепт врача создается при наличии письменного согласия пациента или лиц, представляющих интересы пациента (уполномоченное лицо), на обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, в информационных системах, информационных ресурсах, базах (банках) данных в здравоохранении (прил. 19).

Письменное согласие помещается/отражается в медицинских документах пациента (медицинская карта амбулаторного больного). В случае отсутствия письменного согласия пациенту выписываются лекарственные средства на бланках установленной формы.

Для выписки рецепта врача используются несколько форм рецептурных бланков:

– бланк рецепта формы 1 — для выписки лекарственных средств, реализуемых в аптеке за полную стоимость (прил. 20);

– бланк рецепта формы 2 — для выписки наркотического средства (прил. 21);

– бланк рецепта формы 3 — для выписки психотропных веществ и лекарственных средств, обладающих анаболической активностью (прил. 22);

– бланк льготного рецепта — для выписки лекарственных средств и перевязочных материалов на льготных условиях, в том числе бесплатно (прил. 23).

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 чернил 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 языках, *а при создании электронного рецепта врача — на латинском или русском языке в именительном падеже.*

Количество жидкого лекарственного средства указывается в миллилитрах, граммах или каплях, количество остальных форм лекарственных средств указывается в граммах.

Обращение врача к фармацевту об изготовлении, отпуске и (или) реализации лекарственного средства пишется на латинском языке — Rp. (сокращенное от *rescribere* — 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 языках (прил. 24, 25). Например, капсулы — 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 вначале рецепта, а затем — названия остальных лекарственных средств и вспомогательных веществ.

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

На бланке рецепта формы 1 (прил. 20) можно выписать два лекарственных средства. В случае выписывания лекарственных средств, требующих растворения, указываются три лекарственных средства, одно из которых является растворителем.

На бланке рецепта формы 2 (прил. 21) выписывается одно наркотическое средство. Номер бланка рецепта формы 2 отмечается в медицинской документации пациента, которому выписано наркотическое средство. Пациент расписывается в медицинских документах о том, что он проинформирован о назначении ему наркотического средства, и он получил рецепт формы 2. 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. 23) или электронный рецепт врача. 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. 22) выписывается одно наименование психотропного вещества или лекарственного средства, обладающего анаболической активностью (кленбутерол, нандролон, тестостерон, соматропин, хориогонадотропин альфа, хорионический гонадотропин).

При выписке пациенту психотропных веществ за полную стоимость врач отмечает в бланке рецепта формы 3 графу «Основной бланк», а при выписке данных веществ на льготных условиях или бесплатно — графу «Дополнительный бланк к рецепту». Пациент расписывается в медицинских документах о том, что он проинформирован о назначении ему психотропного вещества и получил рецепт формы 3.

Бланки рецептов формы 2 и формы 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. 4.

На бланке льготного рецепта выписывается только одно лекарственное средство, наркотическое средство или психотропное вещество в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

Существует лимит единовременной реализации определенных лекарственных средств (табл. 5, прил. 26).

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

– на эфедрин 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;

– на наркотическое средство для лечения incurable пациентов с увеличением количества препарата в два раза по сравнению с разрешенным согласно инструкции.

Таблица 4

Сравнительная характеристика бланков рецептов

Форма бланка рецепта	Цвет бланка рецепта	Функция	Срок действия	Особенности оформления
Бланк рецепта формы 1	Белый	Выписка лекарственных средств за полную стоимость	30 дней или 60 дней	
Бланк рецепта формы 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
Бланк рецепта формы 3	Желтый	Выписка психотропных средств и лекарственных средств с анаболической активностью	30 дней	
Бланк льготного рецепта	Голубой	Выписка лекарственных средств и перевязочных материалов на льготных условиях и бесплатно	В зависимости от выписанного лекарственного средства	

Таблица 5

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	100 миллилитров (этиловый спирт различной концентрации)
для обработки кожи	100 миллилитров (70-процентный этиловый спирт)

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 ле-

чения 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 форма 2) — 5 дней;
- на лекарственные средства, обладающие анаболической активностью и психотропные вещества — 30 дней;
- остальные лекарственные средства — 60 дней.

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.

При выписке лекарственного средства, предназначенного для длительной терапии хронического заболевания, оно может быть выписано одновременно 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 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. 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.

При выписке пациенту лекарственных средств в форме электронного рецепта врача на льготных условиях, в том числе бесплатно, срок действия электронного рецепта врача может составлять до 6 месяцев. При этом врач указывает срок действия рецепта (30 дней, 60 дней, 6 месяцев) и периодичность реализации лекарственного средства из аптеки (однократно, один раз в 30 дней, один раз в 60 дней и т. д.).

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 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 Союза Советских Социалистических Республик (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 Белорусской Советской Социалистической Республики), 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 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, 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, члено-

вредительства 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 (прил. 27);

1.16. дети в возрасте до 3 лет.

Право на бесплатное обеспечение лекарственными средствами, выдаваемыми по рецептам врачей в пределах перечня основных лекарственных средств при амбулаторном лечении, а также лечебным питанием, имеют также граждане, страдающие некоторыми заболеваниями. Перечень этих заболеваний периодически пересматривается и утверждается в установленном порядке. В прил. 27 приведен действующий в настоящее время перечень заболеваний, дающих право на такое льготное обеспечение.

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 атомной электростанции, 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 известного 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 введении* ограничительного мероприятия [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь № 208 от 9 апр. 2020 г. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. Режим доступа: <https://pravo.by>. Дата доступа: 29.08.2023.
4. *О вопросах* проведения медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 77 от 9 июня 2021 г. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. Режим доступа: <https://pravo.by>. Дата доступа: 29.08.2023.
5. *О государственных* социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь № 239-3 от 14 июня 2007 г. // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. Режим доступа: <http://pravo.by>. Дата доступа: 29.08.2023.
6. *О здравоохранении* [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь № 433-3 от 21 окт. 2016 г. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://pravo.by>. Дата доступа: 29.08.2023.
7. *О лекарственных* средствах [Электронный ресурс] : Закон Респ. Беларусь № 161-3 от 20 июля 2006 г. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://pravo.by>. Дата доступа: 29.08.2023.
8. *О некоторых* вопросах бесплатного и льготного обеспечения лекарственными средствами и перевязочными материалами отдельных категорий граждан [Электронный ресурс] : постановление Совета Министров Респ. Беларусь № 1650 от 30 нояб. 2007 г. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://pravo.by>. Дата доступа: 29.08.2023.
9. *Об установлении* перечня основных лекарственных средств [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 65 от 16 июля 2007 г. // Сайт М-ва здравоохранения Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza>. Дата доступа: 29.08.2023.
10. *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 № 168 от 16 дек. 2010 г. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://pravo.by>. Дата доступа: 29.08.2023.
11. *Об установлении* форм «Медицинская справка о состоянии здоровья», «Выписка из медицинских документов» и утверждении Инструкции о порядке их заполнения [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 92 от 9 июля 2010 г. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://etalonline.by>. Дата доступа: 29.08.2023.
12. *Об утверждении* Инструкции о порядке выдачи и оформления листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь и М-ва труда и социальной защиты Респ. Беларусь № 1/1 от 4 января 2018 г. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://pravo.by>. Дата доступа: 04.09.2023.
13. *Об утверждении* Инструкции о порядке выписки рецепта врача и создании электронных рецептов врача [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохране-

ния Респ. Беларусь № 99 от 31 окт. 2007 г. // Сайт М-ва здравоохранения Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://minzdrav.gov.by>. Дата доступа: 04.09.2023.

14. *Об утверждении* Инструкции о порядке медицинского отбора пациентов на санаторно-курортное лечение [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 38 от 31 мая 2006 г. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <http://pravo.by>. Дата доступа: 04.09.2023.

15. *Об утверждении* Инструкции о порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 83 от 9 авг. 2022 г. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://pravo.by>. Дата доступа: 04.09.2023.

16. *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] // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://pravo.by>. Дата доступа: 04.09.2023.

17. *Об утверждении* Инструкции о порядке проведения экспертизы временной нетрудоспособности [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 104 от 24 дек. 2014 г. // Национальный правовой Интернет-портал Респ. Беларусь. Режим доступа: <https://etalonline.by>. Дата доступа: 04.09.2023.

18. *Об утверждении* форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения при осуществлении медико-социальной экспертизы [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 998 от 23 окт. 2009 г. Режим доступа: <https://etalonline.by>. Дата доступа: 04.09.2023.

19. *Об утверждении* форм первичной медицинской документации по учету инфекционных заболеваний [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь № 976 от 22 дек. 2006 г. Режим доступа: <https://etalonline.by>. Дата доступа: 04.09.2023.

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

<p>_____</p> <p>(наименование организации здравоохранения)</p>	<p>Приложение 5 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь 30.08.2007 № 710 Форма № 025-1/у-07</p>
<p style="text-align: center;">Талон № _____</p> <p style="text-align: center;">на прием к врачу</p> <p>1. Врач _____ (фамилия, имя, отчество)</p> <p>2. Специальность _____</p> <p>3. Кабинет _____ (номер)</p> <p>4. Дата приема « _____ » _____ 20 ____ г. (число, месяц, год)</p> <p>5. Время приема _____ : _____ (часы, минуты)</p> <p>6. Участок _____ (номер)</p> <p>7. Пациент _____ (фамилия, имя, отчество)</p> <p>8. Медицинская карта _____ (номер)</p>	

№	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 выявлением 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 хроническое	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							

ЛИСТ ДЛЯ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (УТОЧНЕННЫХ) ДИАГНОЗОВ

Дата (число, месяц, год) обращения	Заключительный (уточненный) диагноз	Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Подпись врача (фамилию писать разборчиво)

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											

09

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:	

64

Дата _____

Подпись врача _____

ДОПОЛНЕНИЕ К АНАМНЕЗУ

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

Приложение 1
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
22.12.2006 № 976

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
установления первичного / окончательного диагноза

« ____ » _____ 20 ____ г.

инфекционного заболевания, пищевого отравления,
осложнения после прививки (нужное подчеркнуть)

« ____ » _____ 20 ____ г.

последнего посещения места работы, службы, учебы
госпитализации в организацию здравоохранения

« ____ » _____ 20 ____ г.

« ____ » _____ 20 ____ г.

7. Госпитализирован в организацию здравоохранения:

(указать наименование)

Лицевая 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 дополнительные сведения _____

14. Дата и время передачи по телефону информации об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки в санитарно-эпидемиологическую организацию <***> _____
15. Сведения о лице, передавшем по телефону информацию об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки в санитарно-эпидемиологическую организацию: должность _____
инициалы, фамилия _____
16. Сведения о лице, принявшем в санитарно-эпидемиологической организации по телефону информацию об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки: должность _____
инициалы, фамилия _____
17. Регистрационный номер, присвоенный информации об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки в «Журнале учета инфекционных заболеваний, пищевых отравлений, осложнений после прививки» по форме N 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, располагающих картой профилактических прививок больного по форме 063/у.
<***> Из фельдшерско-акушерского пункта информация об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки дополнительно передается в организацию здравоохранения, в чьем подчинении находится.

Оборотная сторона

Приложение 1
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.07.2010 № 92
(в редакции постановления
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
21.04.2011 № 30)

Наименование организации _____

Форма 1 здр/у-10

**МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА
о состоянии здоровья**

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер: _____

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

Место жительства (место пребывания) _____

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследова-
ний, сведения о профилактических прививках и прочее) _____

Заключение _____

Рекомендации _____

Дата выдачи справки _____

Срок действия справки _____

Врач-специалист (секретарь комиссии) _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Место для фотографии* Руководитель организации
(заведующий структурным
подразделением (обособленным
структурным подразделением),
30 × 40 мм) председатель комиссии) _____

(подпись)

(инициалы, фамилия)

М.П.

* Фотография вклеивается при выдаче медицинской справки о состоянии здоровья, подтверждающей годность к управлению механическими транспортными средствами, самоходными машинами, моторными маломерными судами, мощность двигателя которых превышает 3,7 киловатта (5 лошадиных сил), а также дубликата указанной медицинской справки о состоянии здоровья.

Наименование организации _____

Форма 1 мед/у-10

**ВЫПИСКА
из медицинских документов**

Дана _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер: _____

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

Место жительства (место пребывания) _____

Место работы, учебы (профессия) _____

Выписка дана для предоставления _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

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

Диагноз основного заболевания _____

Диагноз сопутствующего заболевания _____

Проведенное лечение _____

Рекомендации _____

Дата выдачи выписки _____

Врач-специалист _____
(подпись) (инициалы, фамилия)

Заведующий структурным
подразделением _____
(подпись) (инициалы, фамилия)
М.П.

Приложение 5
к Инструкции о порядке
проведения диспансеризации
взрослого и детского населения
Республики Беларусь

Форма 1-А

АНКЕТА
выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний

Дата проведения анкетирования:			
Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется):			
Число, месяц, год рождения:			Возраст:
1	Имеется ли у Вас хроническое и/или врожденное заболевание?	Да	Нет
Оценка факторов риска развития болезней системы кровообращения			
2	Был ли инфаркт миокарда или инсульт, или внезапная смерть у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)?	Да	Нет
3	Есть ли у Вас привычка досаливать приготовленную пищу?	Да	Нет
4	Есть ли у Вас избыточный вес?	Да	Нет
5	Были ли у Вас эпизоды повышения артериального давления?	Да	Нет
6	Часто ли Вы испытываете стрессы?	Да	Нет
7	Было ли у Вас ранее выявлено повышение уровня холестерина в крови?	Да	Нет
8	Отмечаются ли у Вас потери сознания?	Да	Нет
9	Беспокоит ли Вас ощущение перебоев и пауз в работе сердца и (или) очень быстрое биение сердца, и (или) чрезвычайно медленное биение сердца?	Да	Нет
Оценка факторов риска развития сахарного диабета 2 типа			
10	Вы тратите на физическую активность менее 30 минут в день?	Да	Нет
11	Вы ежедневно употребляете менее 400 грамм фруктов и овощей (не считая картофеля)?	Да	Нет
12	Выявляли ли у Вас когда-либо повышение уровня глюкозы в крови (при проведении диспансеризации, во время болезни, в период беременности)?	Да	Нет
13	Был ли сахарный диабет у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев)?	Да	Нет
Оценка факторов риска развития онкологических заболеваний			
14	Отмечаете ли Вы снижение массы тела за последние 6 месяцев без очевидных на то причин?	Да	Нет
15	Отмечаете ли Вы повышение температуры тела без видимых на то причин?	Да	Нет

16	Имеются ли у Вас новообразования на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов или увеличенные лимфатические узлы?	Да	Нет
17	Имеются ли у Вас незаживающие язвы, эрозии на коже, губах и в полости рта, в области наружных половых органов? Отмечается ли у Вас изменение размера, формы и цвета родинок?	Да	Нет
18	Имеется ли у Вас упорный сухой кашель или кашель с прожилками крови в мокроте?	Да	Нет
19	Стали ли Вас беспокоить боли в животе, затруднение глотания, отвращение к еде, затруднение мочеиспускания, кровянистые выделения, не наблюдаемые ранее?	Да	Нет
20	Имеется ли у Вас уплотнение, припухлость, изменение формы молочных желез, выделения из соска?	Да	Нет
21	Были ли у Ваших близких родственников (у матери, отца или родных сестер, братьев) онкологические заболевания?	Да	Нет
Оценка факторов риска развития хронических обструктивных заболеваний легких			
22	Курите ли Вы?	Да	Нет
23	Ощущаете ли Вы в груди посторонний звук (хрипы, свист, другие звуки)?	Да	Нет
24	Имеется ли у Вас длительный (более двух недель) кашель с отхождением густой или вязкой мокроты?	Да	Нет
25	В случае наличия жалоб или симптомов, которые не указаны в анкете, проинформируйте об этом медицинского работника		

Подтверждаю правильность
предоставленных ответов

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Приложение 6
к Инструкции о порядке проведения диспансеризации
взрослого и детского населения Республики Беларусь

Форма 2/у-ДВ

_____ (наименование организации здравоохранения)

КАРТА УЧЕТА
проведения диспансеризации взрослого

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

Число, месяц, год рождения _____

Место жительства (место пребывания) _____

Год проведения диспансеризации	20__ г.	20__ г.	20__ г.	20__ г.
Анкетирование, число и месяц				
Осмотр полости рта, число и месяц				
Рост, см				
Вес, кг				
Окружность талии, см				
Индекс массы тела, кг/м				
Артериальное давление, мм рт. ст.				
Глюкоза крови, ммоль/л				
Общий анализ крови, число и месяц				
Общий анализ мочи, число и месяц				
Электрокардиография, число и месяц				
Общий холестерин, ммоль/л				
Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний по таблице SCORE пациентам старше 40 лет в баллах				
Рентгенпрофилактическое исследование органов грудной клетки, число и месяц				
Измерение внутриглазного давления, мм рт. ст.				
Медицинский осмотр женщин в смотровом кабинете (акушерка или врач-акушер-гинеколог) с выполнением цитологического исследования, число и месяц				
Маммография, число и месяц				
Анализ кала на скрытую кровь, число и месяц				
Фиброколоноскопия, число и месяц				
Определение простатспецифического антигена, число и месяц				

Год	Фактор риска
20__ г.	
20__ г.	
20__ г.	
20__ г.	

Приложение 7
к Инструкции о порядке
проведения диспансеризации
взрослого и детского населения
Республики Беларусь

Форма 3/у-ДР

_____ (наименование организации здравоохранения)

**КАРТА УЧЕТА
проведения диспансеризации ребенка**

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

Число, месяц, год рождения _____

Место жительства (место пребывания) _____

Год проведения диспансеризации	20__ г.	20__ г.	20__ г.	20__ г.
Рост, см				
Вес, кг				
Физическое развитие (индекс массы тела)				
Артериальное давление, мм рт. ст.				
Острота зрения, число и месяц				
Оценка осанки, число и месяц				
Глюкоза крови, ммоль/л				
Общий анализ крови, число и месяц				
Общий анализ мочи, число и месяц				
Электрокардиография, число и месяц				
Другие медицинские вмешательства (указать какие)				
Медицинский осмотр, число и месяц				

Год	Фактор риска
20__ г.	
20__ г.	
20__ г.	
20__ г.	

Приложение 10
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.06.2021 № 77 Форма

(наименование организации здравоохранения)

(адрес организации здравоохранения)

НАПРАВЛЕНИЕ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

Решение врачебно-консультационной комиссии (далее — ВКК) о направлении на медико-социальную экспертизу (далее — МСЭ): _____ г.

Место освидетельствования: по месту расположения медико-реабилитационной экспертной комиссии (далее — МРЭК); на выездном заседании (по месту регистрации (месту жительства или пребывания), в организации здравоохранения, оказывающей пациенту медицинскую помощь в амбулаторных (стационарных) условиях, в учреждении уголовно-исполнительной системы Министерства внутренних дел) (нужное подчеркнуть, другое указать) _____

1. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) пациента, направляемого на медико-социальную экспертизу _____

2. Идентификационный номер пациента _____

3. Дата рождения _____ г.

4. Пол: мужской, женский (нужное подчеркнуть).

5. Семейное положение _____

6. Состав семьи (для детей до восемнадцати лет): _____

7. Адрес регистрации по месту жительства пациента: _____

8. Адрес фактического места жительства или пребывания пациента: _____

Контактные номера телефонов: _____

9. Документ, удостоверяющий личность пациента, направляемого на медико-социальную экспертизу: серия _____ № _____ наименование (код) органа, выдавшего документ _____

дата выдачи _____ г.

10. Фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) законного представителя пациента, направляемого на МСЭ¹: _____

11. Адрес регистрации по месту жительства законного представителя пациента¹ _____

12. Адрес фактического места жительства или пребывания законного представителя пациента¹: _____

Контактные телефоны: _____

13. Документ, удостоверяющий личность законного представителя пациента¹, серия _____ № _____ наименование (код) органа, выдавшего документ _____, дата выдачи _____ г.

14. Инвалидом не является; инвалид: I, II, III группы; ребенок-инвалид: первая, вторая, третья, четвертая степень утраты здоровья (нужное подчеркнуть).

15. Направляется: первично, повторно (нужное подчеркнуть).

16. Образование: _____

17. Место работы (учебы), адрес места нахождения организации _____

18. Кем работает пациент на момент направления на МСЭ (указывается должность служащего (профессия рабочего), продолжительность работы; если не работает, вносится запись «не работает») _____

19. Должность служащего (профессия рабочего), для получения которой проводится обучение _____

20. Пункты 15–18 настоящего Направления заполнены со слов пациента, направляемого на МСЭ, со слов законного представителя пациента, на основании предъявленных документов (указать) _____

21. Анамнез заболевания (указывается начало, развитие, течение, частота и длительность обострений, декомпенсаций, кризов, пароксизмов, проведенные лечение и медицинская реабилитация, их эффективность) _____

22. Частота и длительность временной нетрудоспособности (сведения за последние 2 года)²:

№ п/п	Дата (число, месяц, год)		Число дней временной нетрудоспособности	Диагноз
	начала временной нетрудоспособности	окончания временной нетрудоспособности		
Всего дней временной нетрудоспособности:				

23. Сведения о госпитализации пациента (за последние 2 года):

Период госпитализации		Место госпитализации	Основной диагноз
с	по		

24. Результаты проведенных мероприятий медицинской реабилитации, медицинской абилитации в соответствии с индивидуальной программой медицинской реабилитации, абилитации пациента (указать): _____

Индивидуальная программа медицинской реабилитации, абилитации пациента: выполнена (полностью, частично), не выполнена (нужное подчеркнуть).

25. Состояние пациента при направлении на МСЭ (указываются жалобы, данные медицинского осмотра врачами-специалистами при наличии заболеваний со стойкими нарушениями функций органов и систем организма пациента, использование технических средств социальной реабилитации) _____

26. Результаты медицинской диагностики пациента (указываются результаты лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, функциональных, иных методов исследований) _____

27. Клинико-функциональный диагноз пациента при направлении на МСЭ:

27.1. код основного(ых) заболевания(ий) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее — МКБ-10) _____

27.2. основное(ые) заболевание(я) _____

27.3. сопутствующее(ие) заболевание(я) _____

28. Нарушения функций органов и систем организма пациента в соответствии с классификацией основных видов нарушений функций органов и систем организма пациента, установленной приложением 2 к Инструкции о порядке освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении медико-социальной экспертизы, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. № 77, с указанием степени выраженности нарушений:

29. Предварительная оценка ограничений категорий жизнедеятельности пациента на момент направления на МСЭ с указанием функционального класса (далее — ФК): способность к самообслуживанию ФК __, способность к самостоятельному передвижению ФК __, способность к ориентации ФК __, способность к общению ФК __, способность контролировать свое поведение ФК __, способность к обучению ФК __, способность к тру-

довой деятельности ФК __, способность к ведущей возрастной деятельности ФК __ (нужное подчеркнуть, другое указать).

30. Предварительная оценка клинико-трудового прогноза: относительно неблагоприятный, сомнительный, абсолютно неблагоприятный (нужное подчеркнуть).

31. Цель направления на МСЭ: продление лечения в периоде временной нетрудоспособности, освидетельствование пациента, переосвидетельствование пациента (по окончании срока инвалидности, ранее установленного срока), изменение причины инвалидности, формирование (коррекция) индивидуальной программы реабилитации, абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации, абилитации ребенка-инвалида, программы реабилитации потерпевшего в результате несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, определение степени профессиональной (общей) трудоспособности в процентах (нужное подчеркнуть, другое указать) _____

Председатель ВКК

(подпись)

М.П.

(инициалы, фамилия)

Члены ВКК:

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

Линия отреза

Подлежит возврату в организацию здравоохранения, оказывающую пациенту медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Отрывной талон

(наименование МРЭК)

(адрес МРЭК)

Дата отправки отрывного талона _____ г.

Отрывной талон к направлению на МСЭ направлен (указывается наименование и адрес организации здравоохранения) _____

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

2. Идентификационный номер пациента _____

3. Дата рождения _____

4. Адрес регистрации по месту жительства пациента _____

5. Адрес фактического места жительства или пребывания пациента _____

6. Акт освидетельствования пациента МРЭК от _____ г. № _____

7. Клинико-функциональный диагноз, код по МКБ-10 основного(ых) заболевания(ий)

8. Нарушения функций органов и систем организма пациента в соответствии с классификацией основных видов нарушений функций органов и систем организма пациента, установленной приложением 2 к Инструкции о порядке освидетельствования (переосвидетельствования) пациентов (инвалидов) при проведении медико-социальной экспертизы, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 9 июня 2021 г. № 77, с указанием степени выраженности нарушений

9. Ограничения категорий жизнедеятельности с указанием функционального класса: способность к самообслуживанию ФК __, способность к самостоятельному передвижению ФК __, способность к ориентации ФК __, способность к общению ФК __, способность контролировать свое поведение ФК __, способность к обучению ФК __, способность. *Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь, 23.07.2021, 8/36972* 24 к трудовой деятельности ФК __, способность к ведущей возрастной деятельности ФК __ (нужное подчеркнуть, другое указать) _____

10. Решение МРЭК _____

11. Требования к характеру и условиям труда инвалида:

11.1. противопоказанные факторы производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса, виды работ (указать) _____

11.2. показанные условия труда и режим рабочего времени (указать) _____

12. заключение о нуждаемости в формировании индивидуальной программы медицинской реабилитации, абилитации пациента (указать) _____

13. заключение о нуждаемости в технических средствах социальной реабилитации (указать) _____

14. Срок действия заключения МРЭК с _____ 20__ г. по _____ г., без указания срока переосвидетельствования (указать).

15. Выдано удостоверение инвалида серия _____ № _____

Председатель МРЭК _____

(подпись)
М.П.³

(инициалы, фамилия)

¹ Заполняется при наличии законного представителя пациента.

² Для работающего.

³ Печать проставляется при оформлении направления на медико-социальную экспертизу на бумажном носителе.

Оборотная сторона

7. Причина смерти (мертворождения):

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

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)

следовательность патологических процессов (состояний), приведших к смерти, и установлена следующая причина смерти:

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

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):

a) дата _____
число месяц год

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

c) 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.

Приложение 1
к Инструкции о порядке
проведения диспансеризации
взрослого и детского населения
Республики Беларусь

СХЕМА
проведения диспансеризации взрослого населения

№ п/п	Лабораторные, инструментальные и иные исследования	Периодичность проведения медицинских осмотров в группах диспансерного наблюдения	
		с 18 лет до 39 лет	с 40 лет и старше
1	2	3	4
1	Проведение анкетирования	1 раз в 3 года	1 раз в год
2	Осмотр полости рта и кожных покровов, осмотр и пальпация периферических лимфатических узлов	1 раз в 3 года	1 раз в год
3	Измерение роста, см	1 раз в 3 года	1 раз в год
4	Измерение веса, кг	1 раз в 3 года	1 раз в год
5	Измерение окружности талии, см	1 раз в 3 года	1 раз в год
6	Определение индекса массы тела, кг/м	1 раз в 3 года	1 раз в год
7	Измерение артериального давления	1 раз в 3 года или при первом обращении в текущем году	1 раз в год
8	Общий анализ крови	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра
9	Общий анализ мочи	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра
10	Определение глюкозы крови	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра

1	2	3	4
11	Электрокардиография	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования и (или) медицинского осмотра
12	Общий холестерин	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования	при отклонениях, выявленных по результатам анкетирования
13	Рентгенпрофилактическое исследование	1 раз в 3 года; контингентам, угрожаемым по заболеванию туберкулезом органов дыхания, — 1 раз в год	1 раз в 2 года; контингентам, угрожаемым по заболеванию туберкулезом органов дыхания, — 1 раз в год
14	Медицинский осмотр женщин в смотровом кабинете (акушерка или врач-акушер-гинеколог) с выполнением исследования биологического материала на определение вируса папилломы человека методом полимеразной цепной реакции. Цитологическое исследование по результатам полимеразной цепной реакции	30, 35 лет	40, 45, 50, 55, 60 лет
15	Измерение внутриглазного давления		1 раз в год
16	Маммография обеих молочных желез в двух проекциях		49–58 лет 1 раз в 3 года
17	Определение простатспецифического антигена (мужчины)		45–65 лет 1 раз в 2 года
18	Анализ кала на скрытую кровь		50, 57, 64 года (при положительном результате анализа кала на скрытую кровь выполняется фиброколоноскопия)

Приложение 2
к Инструкции о порядке
проведения диспансеризации
взрослого и детского населения
Республики Беларусь

СХЕМА
проведения диспансеризации детей в возрасте до 1 года

№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструментальные и иные исследования	Кратность выполнения в месяцы жизни ребенка					
		до 1 месяца	1 месяц	2 месяца	3 месяца	4–11 месяцев	12 месяцев
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Врач-педиатр участковый (врач общей практики)	на дому: в первые 3 дня после выписки, на 3-й неделе жизни	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
2	Медицинская сестра участковая (помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи, фельдшер, акушерка) (на дому)	в первые 3 дня после выписки, далее – 1 раз в неделю	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
3	Врач – детский невролог (врач-невролог)		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 3 месяцев жизни				
4	Врач – детский хирург (врач-хирург, врач-травматолог-ортопед)		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 3 месяцев жизни				
5	Врач-офтальмолог					по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 4 до 12 месяцев жизни	
6	Врач-оториноларинголог	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в течение года					

1	2	3	4	5	6	7	8
7	Врач-стоматолог детский (врач-стоматолог, фельдшер зубной)						1
8	Измерение веса, кг		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
9	Измерение роста, см		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
10	Измерение окружности головы, груди, см		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
11	Общий анализ крови		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 2 месяцев жизни				1
12	Общий анализ мочи		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в период с 1 до 2 месяцев жизни				1
13	Электрокардиография		1 раз при отсутствии данных о записи электрокардиографии в период новорожденности				
14	Аудиологическое исследование	не менее 1 раза за 3 месяца жизни					

Приложение 3
к Инструкции о порядке
проведения диспансеризации
взрослого и детского населения
Республики Беларусь

СХЕМА
проведения диспансеризации детей в возрасте от 1 года до 17 лет

№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструментальные и иные исследования	Кратность выполнения в годы жизни ребенка							
		1–2 года	2–3 года	3–5 лет	5–6 лет	6–14 лет	14–15 лет	15–16 лет	17 лет
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Врач-педиатр участ- ковый (врач общей практики)	2 раза в год		1 раз в год					
2	Врач – детский невролог (врач- невролог)		1*		1**		1		1
3	Врач – детский хирург (врач-хирург, врач-травматолог- ортопед)				1**		1		1
4	Врач-офтальмолог		1*		1**		1		1
5	Врач-оториноларин- голог						1		1
6	Врач-стоматолог детский (врач- стоматолог, фельдшер зубной)	1 раз в год							
7	Врач-акушер- гинеколог		1*		1**	1**	1 раз в год		
8	Учитель-дефектолог			1 раз в воз- расте 4 лет	1**				
9	Общий анализ крови		1*		1**		1		1
10	Общий анализ мочи		1*		1**		1		1
11	Глюкоза крови				1**		1		1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12	Электрокардиография				1**	1 раз в возрасте 10 лет	1		1
13	Рентгенфлюорографическое обследование								1
14	Измерение артериального давления					1 раз в год			
15	Измерение веса, кг	2 раза в год		1 раз в год					
16	Измерение роста, см	2 раза в год		1 раз в год					
17	Определение остроты зрения			1 раз в год с 4 лет					
18	Определение остроты слуха		1		1**	1 раз в год с 11 лет			
19	Оценка осанки			1 раз в год с 4 лет					
20	Модифицированный скрининговый тест на наличие аутизма у детей раннего возраста	1	1						

* При оформлении в учреждение дошкольного образования.

** При оформлении в учреждение общего среднего образования.

Приложение 4
к Инструкции о порядке
проведения диспансеризации
взрослого и детского населения
Республики Беларусь

СХЕМА
проведения диспансеризации детей в возрасте до 1 года, имеющих
группы риска развития заболеваний (состояний)

1. ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ							
1.1. факторы риска, приводящие к развитию заболеваний центральной нервной системы: асфиксия новорожденного; быстрые роды (первые — менее 4–6 часов, повторные — менее 2–4 часов), быстрый потужный период (менее 15 минут); затяжные роды или затяжной потужный период (более 45–60 минут); инструментальное пособие в родах, оперативное родоразрешение; недоношенность, крупный плод (масса тела более 4000 г), переношенность, малый вес к сроку гестации; гемолитическая болезнь новорожденных, пролонгированная желтуха; дети, рожденные с применением вспомогательных репродуктивных технологий; родовая травма, кефалогематома, внутричерепное кровоизлияние нетравматического генеза;							
1.2. снятие с диспансерного наблюдения детей в возрасте до 1 года осуществляется в возрасте 1 года при отсутствии развития заболеваний центральной нервной системы в возрасте 1 года;							
1.3. периодичность проведения диспансеризации при наличии факторов риска, приводящих к развитию заболеваний центральной нервной системы:							
№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструментальные и иные исследования*	Периодичность выполнения, месяцы жизни ребенка					
		до 1 месяца	1 месяц	2 месяца	3 месяца	4–11 месяцев	12 месяцев
1.3.1	врач-педиатр участковый (врач общей практики)	на дому: в первые 3 дня после выписки; далее на 14-й, 20-й день жизни	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
1.3.2	медицинская сестра участковая (помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи, фельдшер, акушерка) (на дому)	в первые 3 дня после выписки; далее – по определению врача	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				

1.3.3	врач-невролог		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в возрасте 1–2, 6 месяцев. Кратность наблюдения в возрасте 2–6 месяцев определяется врачом-неврологом				
1.3.4	ультразвуковое исследование головного мозга		1	по медицинским показаниям			
2. РЕАЛИЗАЦИИ ВНУТРИУТРОБНЫХ ИНФЕКЦИЙ:							
2.1. факторы риска, приводящие к реализации внутриутробных инфекций: лихорадка неясной этиологии, острые и обострение хронических инфекционных заболеваний у матери ребенка в последнем триместре беременности; наличие инфекционных болезней у матери во время беременности, родов или послеродовом периоде (эндометрит, кольпит); роды на дому; незрелость, недоношенность, малый вес к сроку гестации; продолжительная желтуха; маловодие; бактерионосительство у матери; длительный безводный период; наличие в анамнезе выкидышей, мертворождений, преждевременных родов без установления акушерской причины;							
2.2. снятие с диспансерного наблюдения детей в возрасте до 1 года осуществляется в возрасте 3 месяцев при отсутствии реализации внутриутробных инфекций;							
2.3. периодичность проведения диспансеризации при наличии факторов риска, приводящих к реализации внутриутробных инфекций:							
№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструментальные и иные исследования*	Периодичность выполнения, месяцы жизни ребенка					
		до 1 месяца	1 месяц	2 месяца	3 месяца	4–11 месяцев	12 месяцев
2.3.1	врач-педиатр участковый (врач общей практики)	на дому: в первые 3 дня после выписки; далее до 4 раз в месяц	2 раза в месяц			по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц	
2.3.2	медицинская сестра участковая (помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи, фельдшер, акушерка) (на дому)	в первые 3 дня после выписки; далее – по определению врача	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
2.3.3	общий анализ крови		1		1		
2.3.4	общий анализ мочи		1		1		
3. АНЕМИИ:							
3.1. факторы риска, приводящие к развитию анемий: наследственные анемии в родословной; заменное переливание крови; незрелость, недоношенность, малый вес к сроку гестации; геморрагическая болезнь новорожденных;							

<p>анемия, поздний гестоз во время беременности у матери; многоплодная беременность; 3.2. снятие с диспансерного наблюдения детей в возрасте до 1 года осуществляется в возрасте 1 года при отсутствии развития анемий в возрасте 1 года; 3.3. периодичность проведения диспансеризации при наличии факторов риска, приводящих к развитию анемий:</p>							
№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструментальные и иные исследования*	Периодичность выполнения, месяцы жизни ребенка					
		до 1 месяца	1 месяц	2 месяца	3 месяца	4–11 месяцев	12 месяцев
3.3.1	врач-педиатр участковый (врач общей практики)	на дому: в первые 3 дня после выписки; далее до 3 раз в месяц	2 раза в месяц			по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц	
3.3.2	медицинская сестра участковая (помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи, фельдшер, акушерка) (на дому)	в первые 3 дня после выписки; далее – по определению врача	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц				
3.3.3	общий анализ крови с определением % содержания ретикулоцитов		по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в возрасте 1, 3, 6 месяцев				
<p>4. СИНДРОМ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ: 4.1. факторы риска, приводящие к синдрому внезапной смерти: синдром внезапной смерти детей в семье или у родственников; эпизоды очевидных жизнеугрожающих ситуаций (апноэ, брадикардии, остро возникшие бледность или цианоз кожных покровов, мышечная гипотония); антифосфолипидный синдром у матери; тимомегалия III–IV степени (выявленная при проведении R-графии органов грудной клетки или ультразвукового исследования); 4.2. снятие с диспансерного наблюдения детей в возрасте до 1 года осуществляется в возрасте 1 года при отсутствии развития синдрома внезапной смерти в возрасте 1 года; 4.3. периодичность проведения диспансеризации при наличии факторов риска, приводящих к синдрому внезапной смерти:</p>							
№ п/п	Медицинские осмотры, лабораторные, инструментальные и иные исследования*	Периодичность выполнения, месяцы жизни ребенка					
		до 1 месяца	1 месяц	2 месяца	3 месяца	4–11 месяцев	12 месяцев
4.3.1	врач-педиатр участковый (врач общей практики)	на дому: в первые 3 дня после выписки; далее до 4 раз в месяц	2 раза в месяц				

4.3.2	медицинская сестра участковая (помощник врача по амбулаторно-поликлинической помощи, фельдшер, акушерка) (на дому)	в первые 3 дня после выписки; далее – по определению врача	по медицинским показаниям, но не менее 1 раза в месяц			
4.3.3	электрокардиография		1			1

* В соответствии с приложением 2.

Приложение 17

Приложение 10
к Инструкции о порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь

КРИТЕРИИ эффективности диспансеризации взрослого населения

1. Показатель охвата диспансеризацией населения в возрасте 18–39 лет, подлежащего обслуживанию в организации здравоохранения (количество населения в возрасте 18–39 лет, которому проведена диспансеризация / к числу лиц в возрасте 18–39 лет, подлежащих к проведению диспансеризации × 100, в процентах) (плановое значение не менее 70 % в год).

2. Показатель охвата диспансеризацией населения в возрасте 40–70 лет, подлежащего обслуживанию в организации здравоохранения (количество населения в возрасте 40–70 лет, которому проведена диспансеризация / к числу лиц в возрасте 40–70 лет, подлежащих к проведению диспансеризации × 100, в процентах) (плановое значение не менее 70 % в год).

3. Показатель охвата диспансеризацией населения в возрасте 0–17 лет, подлежащего обслуживанию в организации здравоохранения (количество населения в возрасте 0–17 лет, которому проведена диспансеризация / к числу лиц в возрасте 0–17 лет, подлежащих к проведению диспансеризации × 100, в процентах) (плановое значение не менее 95 % в год).

Изменить
✕

Электронный рецепт

Диагноз Вид рецепта
[empty]
Обычный

Вид льготы
по инвалидности

Основные ЛС По рецепту Отеч. производство Наличие в аптеках Активн. рег. уд.

Поиск по торговому наименованию Поиск по МНН
Карвелэнд Фармлэнд таблетки 25мг упаковка №30
Карведилол

Торговое наименование	МНН
Карвелэнд Фармлэнд таблетки 25мг упаковка №30 <small>Фармлэнд Минская обл. Беларусь</small>	Карведилол

Срок действия рег.уд. № рег. удостоверения
21.12.2016
02.04.2020
16/12/2650

Выписать по Название для печати на рецепте
торговому наименованию
Таб.Карведилол

Количество (Dtd №) Способ применения (S.)
30
По 1т 1р в день

Дата выписки Действителен с Льгота
28.04.2021
28.04.2021
100%

Срок действия Серия Номер Печать штрих код
2 месяца
[empty]
[empty]
бланки распределены после: [empty]

✓ Сохранить и распечатать
✓ Сохранить и подписать
⊞ Отмена

**Письменное согласие пациента (уполномоченного лица)
на обработку персональных данных**

Я, _____
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))
документ, удостоверяющий личность: _____
серия _____ номер _____ кем выдан _____
дата выдачи «____» _____ г., проживающий по адресу:

_____,
номер медицинской карты амбулаторного больного: _____,
даю согласие на обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, в информационных системах, информационных ресурсах, базах (банках) данных в здравоохранении.

Мне разъяснено, что персональные данные будут переданы на хранение в автоматизированную информационную систему «Электронный рецепт».

(дата)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

РЕЦЕПТ ВРАЧА
для выписки лекарственных средств, реализуемых в аптеке
за полную стоимость

Министерство здравоохранения Республики Беларусь Штамп организации здравоохранения или печать индивидуального предпринимателя	Медицинская документация Форма 1 Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь Код организации здравоохранения или индивидуального предпринимателя
РЕЦЕПТ ВРАЧА*	Дата выписки рецепта врача «___» _____ 20__ г. Рецепт врача действителен с «___» _____ 20__ г.
Фамилия, инициалы пациента	_____
Дата рождения	_____
Фамилия, инициалы врача	_____
Rp:	
Rp:	
Rp:	Подпись врача Личная печать врача
Настоящий рецепт действителен в течение 30 дней, 60 дней (ненужное зачеркнуть)	

* Размер бланка рецепта врача 105 мм на 148 мм.

Оборотная сторона

Наименование лекарственного средства, его лекарственная форма, дозировка, фасовка и количество реализованных упаковок	Количество реализованных упаковок	Цена за упаковку, рублей	Сумма, рублей	№ аптеки, адрес, дата реализации и подпись фармацевтического работника

Номер лекарственного средства аптечного 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 Возраст Место жительства (место пребывания) пациента Фамилия, инициалы врача № медицинской карты амбулаторного пациента	_____ (разборчиво) _____ _____ _____ (разборчиво) _____
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

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)
<input type="checkbox"/> Основной бланк <input type="checkbox"/> Дополнительный бланк к рецепту 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 психо- тропного вещества, его дозировка	Количество реализован- ных упаков- вок	Цена за упаковку, рублей	Сумма, рублей	Номер аптеки, адрес, дата реали- зации и подпись фармацевтического работника

Номер лекарственного средства или психотропного 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 _____		
_____ (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.	aerzola (aerzolum)	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., cp.	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

№ п/п	Сокращенное наименование на латинском языке	Полное наименование на латинском языке	Перевод наименования с латинского языка на русский язык
34	lot.	lotions (lotionum)	лосьон
35	m. pil.	massa pilularum	пилюльная масса
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	вадкаць / 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 высво- бождением
10	капс. праланг. / капс. про- лонг.	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	мікт. / 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

№ п/п	Сокращенное наименование на белорусском / русском языке	Полное наименование на белорусском / русском языке
29	салф. сурв. / салф.	салфеткі сурвэткі / салфетки
30	супаз. вагін. / суппоз. вагин.	супазіторыі вагінальныя / суппозитории вагинальные
31	супаз. рэкт. / суппоз. рект.	супазіторыі рэктальныя / суппозитории ректальные
32	сусп./ сусп.	суспензія / суспензия
33	таб. / таб.	таблеткі / таблетки
34	таб. ваг./ таб. ваг.	таблеткі вагінальныя / таблетки вагинальные
35	таб. жав./ таб. жеват.	таблеткі жавальныя (для разжоўвання) / таблетки жевательные (для разжевывания)
36	таб. мадыф. / таб. модиф.	таблеткі з мадыфікаваным выслабаненнем / таблетки с модифицированным высвобождением
37	таб. п/аб. кішэчн. / таб. п/об. кишечн.	таблеткі, пакрытыя кішэчнарастваральнай абалонкай / таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой
38	таб. пад'яз. / таб. подъяз.	таблеткі пад'язычныя (сублінгвальныя) / таблетки подъязычные (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	трансдэрмальнае тэрапеўтычнае 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	Дифенгидрамин раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
1.2	Дифенгидрамин таблетки 50 мг	20 таблеток
1.3	Комбинированные лекарственные средства, содержащие эфедрин и псевдоэфедрин, в виде сиропа или микстуры	2 флакона
1.4	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	Золпидем	0,6 грамма
2.5	Клонидин (Клофелин)	15 миллиграммов
2.6	Клоназепам	240 миллиграммов
2.7	Лоразепам	200 миллиграммов
2.8	Медазепам	1,5 грамма
2.9	Метилфенидат	1,7 грамма
2.10	Мидазолам	0,9 грамма
2.11	Нитразепам	0,6 грамма
2.12	Оксазепам	3 грамма
2.13	Т-Федрин	60 таблеток
2.14	Темазепам	1 грамм
2.15	Теофедрин	30 таблеток
2.16	Тианептин (Коаксил)	2,3 грамма
2.17	Трамадол	5 граммов
2.18	Триазолам	15 миллиграммов
2.19	Феназепам	50 миллиграммов
2.20	Фенobarбитал	1,5 грамма
2.21	Хлордиазепоксид	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)
2.22	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	1 блистер
3.3.2	16 мг	1 блистер
3.3.3	32 мг	1 блистер
3.3.4	64 мг	1 блистер
3.4	Морфин	1 грамм
3.5	Морфин раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
3.6	Морфин в таблетках с продолжительностью действия не менее 12 часов:	
3.6.1	10 мг	1 блистер
3.6.2	30 мг	1 блистер
3.6.3	60 мг	1 блистер
3.6.4	100 мг	1 блистер
3.6.5	200 мг	1 блистер
3.7	Тримеперидин (Промедол)	250 миллиграммов
3.8	Тримеперидин (Промедол) раствор для инъекций 20 мг/мл в ампулах 1 мл	10 ампул
3.9	Фентанил в виде трансдермальной терапевтиче- ской системы (далее — ТТС):	
3.9.1	12,5 мкг/час	5 ТТС
3.9.2	25 мкг/час	5 ТТС
3.9.3	50 мкг/час	5 ТТС
3.9.4	75 мкг/час	5 ТТС
3.9.5	100 мкг/час	5 ТТС
3.10	Фентанил, таблетки сублингвальные:	
3.10.1	100 мкг	1 блистер
3.10.2	200 мкг	1 блистер
3.10.3	300 мкг	1 блистер
3.10.4	400 мкг	1 блистер
3.10.5	600 мкг	1 блистер
3.10.6	800 мкг	1 блистер

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
(постановление Совета Министров Республики Беларусь,
30 ноября 2007 г., № 1650)

№ п/п	Наименование заболевания	Код по МКБ-10*
1	Туберкулёз	A15–A19
2	Шейно-лицевой актиномикоз	A42.2
3	Острый вирусный гепатит С****	B17.1
4	Хронический вирусный гепатит С****	B18.2
5	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека	B20–B24
6	Инфекция COVID-19	B34.2, B97.2
7	Злокачественные новообразования	C00–C97
8	Полицитемия истинная	D45
9	Миелодиспластический синдром	D46
10	Другие новообразования неопределенного или неизвестного характера лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	D47
11	Другие наследственные гемолитические анемии	D58.0–D58.1
12	Приобретённая гемолитическая анемия	D59
13	Апластические и другие анемии	D60–D61
14	Наследственный дефицит фактора VIII	D66
15	Наследственный дефицит фактора IX	D67
16	Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура	D69.3
17	Другие нарушения свёртываемости	D68.0–D68.3
18	Первичные иммунодефициты	D71, D80–D84, G11.3, Q87.8
19	Другие уточнённые нарушения с вовлечением иммунного механизма, не классифицированные в других рубриках (антифосфолипидный синдром)	D89.8
20	Врождённый гипотиреоз	E03.0–E03.1
21	Атрофия щитовидной железы (приобретенная)	E03.4
22	Другие уточнённые гипотиреозы	E03.8, E89.0
23	Сахарный диабет	E10–E14, P70.2, O24, E89.1
24	Гипопаратиреоз	E20, E89.2
25	Акромегалия и гипофизарный гигантизм	E22.0
26	Гиперпролактинемия	E22.1
27	Другие состояния гиперфункции гипофиза	E22.8

№ п/п	Наименование заболевания	Код по МКБ-10*
28	Болезнь Иценко–Кушинга	E24.0
29	Недостаточность коры надпочечников	E27.1, E27.4
30	Гипопитуитаризм	E23.0, E89.3
31	Несахарный диабет	E23.2
32	Врождённые адреногенитальные нарушения, связанные с дефицитом ферментов	E25.0
33	Тяжёлая белково-энергетическая недостаточность***	E43
34	Гликогенозы	E74.0
35	Нарушение обмена меди	E83.0
36	Кистозный фиброз	E84
37	Фенилкетонурия**	E70.1
38	Нарушение обмена тирозина***	E70.2
39	Другие нарушения обмена ароматических аминокислот***	E70.8
40	Болезнь «кленового сиропа», или лейциноз***	E71.0
41	Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью***	E71.1
42	Нарушение обмена жирных аминокислот***	E71.3
43	Нарушение обмена серосодержащих аминокислот***	E72.2
44	Шизофрения	F20
45	Синдром де-ла-Туретта	F95.2
46	Болезнь Гентингтона	G10
47	Наследственная атаксия	G11
48	Детская спинальная мышечная атрофия, 1 тип	G12.0
49	Болезнь двигательного нейрона	G12.2
50	Болезнь Паркинсона	G20
51	Вторичный паркинсонизм	G21
52	Другие дегенеративные болезни базальных ганглиев	G23
53	Дистония	G24
54	Рассеянный склероз	G35
55	Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни центральной нервной системы	G37.3
56	Эпилепсия	G40
57	Наследственная и идиопатическая невропатия	G60
58	Воспалительная полиневропатия (первые 6 месяцев от начала заболевания)	G61
59	Миастения и другие нарушения нервно-мышечного синапса	G70
60	Миотонические расстройства	G71.1
61	Врождённые миопатии	G71.2
62	Поражение нервно-мышечного синапса и мышц при болезнях, классифицированных в других рубриках	G73
63	Детский церебральный паралич	G80
64	Полисистемная дегенерация	G90.3

№ п/п	Наименование заболевания	Код по МКБ-10*
65	Сирингомиелия и сирингобульбия	G95.0
66	Глаукома	H40
67	Острый инфаркт миокарда (первые 6 месяцев от начала заболевания)	I21
68	Повторный инфаркт миокарда (первые 6 месяцев от начала заболевания)	I22
69	Легочная гипертензия	I27.0–I27.2
70	Цереброваскулярные болезни (первые 6 месяцев от начала заболевания)	I60–I64
71	Астма	J45
72	Болезнь Крона	K50
73	Язвенный колит	K51
74	Аутоиммунный гепатит	K73.8
75	Первичный билиарный цирроз	K74.3
76	Первичный склерозирующий холангит	K83.0
77	Нарушения всасывания после хирургического вмешательства, неклассифицированные в других рубриках	K91.2
78	Пузырчатка обыкновенная	L10.0
79	Пузырчатка эритематозная	L10.4
80	Дерматит герпетический (болезнь Дюринга)	L13.0
81	Генерализованный пустулезный псориаз	L40.1
82	Псориаз артропатический	L40.5
83	Другой псориаз	L40.8
84	Серопозитивный ревматоидный артрит	M05
85	Другие ревматоидные артриты	M06
86	Юношеский (ювенильный) артрит	M08
87	Узелковый полиартериит	M30.0
88	Полиартериит с поражением легких (Черджа–Стросса)	M30.1
89	Гранулематоз Вегенера	M31.3
90	Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией	M31.5
91	Системная красная волчанка	M32
92	Полимиозит	M33.2
93	Системный склероз	M34
94	Сухой синдром (Шегрена)	M35.0
95	Другие перекрёстные синдромы	M35.1
96	Болезнь Бехчета	M35.2
97	Ревматическая полимиалгия	M35.3
98	Анкилозирующий спондилит	M45
99	Нефротический синдром	N04
100	Терминальная стадия поражения почек	N18.0
101	Незавершённый остеогенез	Q78.0
102	Врождённый ихтиоз	Q80

№ п/п	Наименование заболевания	Код по МКБ-10*
103	Буллезный эпидермолиз*****	Q81.0–Q81.2 Q81.8–Q81.9
104	Синдромы врождённых аномалий, проявляющихся преимущественно карликовостью	Q87.1
105	Синдром Тернера	Q96
106	Синдром Клайнфелтера, кариотип 47, ХХУ	Q98.0
107	Наличие трансплантированной почки	Z94.0
108	Наличие трансплантированного сердца	Z94.1
109	Наличие трансплантированной печени	Z94.4
110	Наличие аортокоронарного шунтового трансплантата (в течение 6 месяцев после операции)	Z95.1
111	Наличие протеза сердечного клапана	Z95.2
112	Наличие ксеногенного сердечного клапана	Z95.3
113	Наличие коронарного ангиопластического имплантата и трансплантата (в течение 6 месяцев после операции)	Z95.5
114	Наличие других сердечных и сосудистых имплантатов и трансплантатов (в течение 6 месяцев после операции)	Z95.8

* Международная классификация болезней.

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

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

**** Детям до 18 лет.

*****Предоставляется бесплатное обеспечение лекарственными средствами для обработки раневой поверхности и обеспечение перевязочными материалами со скидкой 90 процентов от их стоимости.

КОНТРОЛЬНЫЙ ТАЛОН № _____
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

УЗ «6-я районная клиническая поликлиника»

ТАЛОН НАПРАВЛЕНИЯ № _____
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. отд. _____

Лицевая 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 _____

Оборотная сторона

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	3
Введение.....	3
Основная медицинская документация врача амбулаторной практики (утвержденные формы).....	4
Талон на прием к врачу.....	5
Ведомость учета посещений, заболеваний и пролеченных больных врачом в амбулаторно-поликлинических организациях.....	6
Медицинская карта амбулаторного больного.....	6
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом отравлении, осложнении после прививки.....	10
Медицинская справка о состоянии здоровья.....	11
Выписка из медицинских документов.....	16
Документы, оформляемые при проведении диспансеризации.....	18
Листок нетрудоспособности и справка о временной нетрудоспособности.....	20
Порядок выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности: общие положения.....	20
Частные вопросы выдачи листков нетрудоспособности (справок о временной нетрудоспособности).....	24
Порядок оформления листков нетрудоспособности.....	26
Заполнение строк и позиций в бланке листка нетрудоспособности.....	28
Направление на медико-социальную экспертизу.....	39
Врачебное свидетельство о смерти (мертворождении).....	40
Рецепт врача.....	43
Список использованной литературы.....	52
Приложение 1.....	54
Приложение 2.....	55
Приложение 3.....	57
Приложение 4.....	67
Приложение 5.....	69
Приложение 6.....	70
Приложение 7.....	71
Приложение 8.....	73
Приложение 9.....	74

Приложение 10.....	75
Приложение 11.....	76
Приложение 12.....	81
Приложение 13.....	86
Приложение 14.....	88
Приложение 15.....	90
Приложение 16.....	92
Приложение 17.....	95
Приложение 18.....	96
Приложение 19.....	97
Приложение 20.....	98
Приложение 21.....	99
Приложение 22.....	100
Приложение 23.....	101
Приложение 24.....	102
Приложение 25.....	104
Приложение 26.....	106
Приложение 27.....	108
Приложение 28.....	112

Учебное издание

Яковлева Елена Викторовна
Хурса Раиса Валентиновна

ОФОРМЛЕНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ
ВРАЧА АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ

Учебно-методическое пособие

2-е издание, переработанное

Ответственная за выпуск Е. В. Рылатко
Редактор А. М. Мурашко
Компьютерная вёрстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 11.11.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 6,74. Уч.-изд. л. 5,1. Тираж 99 экз. Заказ 625.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 01.11.2023.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.