



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРА ~~НЕНИЯ~~ МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 70594
от "18" Октября 2022г.

П Р И К А З

5 августа 2022 г.

№ 530н

Москва

**Об утверждении
унифицированных форм медицинской документации,
используемых в медицинских организациях, оказывающих
медицинскую помощь в стационарных условиях,
в условиях дневного стационара и порядков их ведения**

В соответствии с пунктом 11 части 2 статьи 14 Федерального закона от 21 ноября 2021 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2017, № 31, ст. 4791) подпунктом 5.2.199 пункта 5 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2017, № 52, ст. 8131), п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить:

учетную форму № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 1 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 2 к настоящему приказу;

учетную форму № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 3 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 4 к настоящему приказу;

учетную форму № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую

помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 5 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 007/у «Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 6 к настоящему приказу;

учетную форму № 008/у «Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 7 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 008/у «Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 8 к настоящему приказу;

учетную форму № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 9 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 016/у «Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 10 к настоящему приказу;

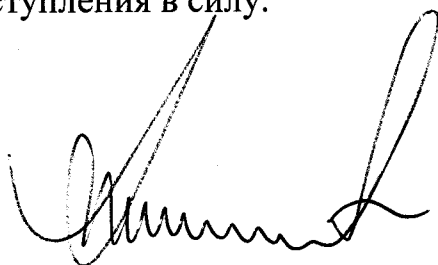
учетную форму № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 11 к настоящему приказу;

порядок ведения учетной формы № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» согласно приложению № 12 к настоящему приказу.

2. Медицинские организации в соответствии с порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов, применяют учетные формы и порядки их ведения, утвержденные настоящим приказом, с 1 марта 2025 г.

3. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2023 г. и действует 6 лет со дня его вступления в силу.

Министр



М.А. Мурашко

Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД _____

Медицинская документация
Учетная форма № 001/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

ЖУРНАЛ

УЧЕТА ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ И ОТКАЗОВ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Начат « _____ » _____ 20 _____ г.

Окончен « _____ » _____ 20 _____ г.

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

**Порядок ведения учетной формы № 001/у
«Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской
помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара»**

1. Учетная форма № 001/у «Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (далее – Журнал) предназначена для регистрации пациентов, поступающих в медицинскую организацию (индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – медицинская организация).

2. Журнал ведется медицинским работником структурного подразделения медицинской организации, осуществляющего прием пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (медицинской сестрой, фельдшером, медицинским регистратором или иным работником).

В родильных домах (отделениях) и перинатальных центрах Журнал ведется на поступающих пациенток с гинекологическими заболеваниями и (или) в случаях прерывания беременности.

3. Журнал формируется в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинского работника, в соответствии с Порядком организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов¹ и (или) оформляется на бумажном носителе.

4. На титульном листе Журнала указываются наименование и адрес медицинской организации (в соответствии с учредительными документами), основной государственный регистрационный номер (ОГРН) медицинской организации или в отношении индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес осуществления медицинской деятельности и основной государственный регистрационный номер индивидуального предпринимателя (ОГРНИП).

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 сентября 2020 г. № 947н «Об утверждении Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья в части ведения медицинской документации в форме электронных документов» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 января 2021 г., регистрационный № 62054).

5. В графах 1-3 указываются порядковый номер записи, дата и время поступления в медицинскую организацию.

6. Графы 4-9 Журнала заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность пациента.

При отсутствии у пациента документа, удостоверяющего личность – со слов пациента или законного представителя, либо иного лица, при этом ставится отметка «со слов», а при невозможности получить соответствующую информацию делается запись «неизвестно».

7. В графе 10 Журнала со слов пациента, его законного представителя, иного лица, указываются регистрация по месту пребывания пациента, а также номер телефона законного представителя или иного лица, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента.

8. В графах 11-12 Журнала указываются страховой номер индивидуального лицевого счета (далее – СНИЛС), сведения о полисе обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) пациента (при наличии).

При отсутствии сведений делается запись «неизвестно».

9. В графе 13 Журнала указывается, кем пациент был доставлен (направлен) в медицинскую организацию или обратился самостоятельно.

10. В графе 14 Журнала в соответствии с учетной формой № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара», утвержденной настоящим приказом, указывается номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (далее – Карта).

11. В графах 15-16 Журнала указывается диагноз заболевания (состояния) поставленный направившей медицинской организацией, выездной бригадой скорой медицинской помощи, код заболевания по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), а в случае травмы (в том числе дорожно-транспортного происшествия) или отравления – указывается причина и обстоятельства травмы, отравления при которых травма или отравление были получены, код по МКБ.

Графы 15-16 Журнала заполняются в соответствии с формой № 057/у-04 «Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию»², если пациент направлен медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или на основании сведений, представленных доставившей пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи.

12. В графе 17 Журнала указываются сведения о факте употребления алкоголя и иных психоактивных веществ, установлении наличия или отсутствия признаков

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 255 «О Порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 декабря 2004 г., регистрационный № 6188) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 декабря 2014 г. № 834н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 февраля 2015 г., регистрационный № 36160).

состояния опьянения при поступлении пациента в медицинскую организацию, дате и времени взятия пробы и результатах лабораторных исследований.

13. В графе 18 Журнала указывается наименование отделения медицинской организации, в которое направлен пациент для оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара.

14. В графе 19 Журнала указываются исход госпитализации пациента (выписан, переведен в другую медицинскую организацию, умер), а также дата и время исхода (выписки, перевода в другую медицинскую организацию или смерти). При переводе пациента в другую медицинскую организацию указывается ее наименование в соответствии со сведениями из Карты.

15. В графе 20 Журнала указываются дата и время сообщения законному представителю, иному лицу или медицинской организации, направившей пациента, о госпитализации (отказе в госпитализации) пациента, ее исходе.

16. В графе 21 Журнала указывается причина отказа в госпитализации (отказался пациент, отсутствие показаний, помощь оказана в приемном отделении медицинской организации, направлен в другую медицинскую организацию, иная причина).

17. В графе 22 Журнала указываются фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, зафиксировавшего причину отказа в госпитализации.

18. В графе 23 Журнала указываются дополнительные сведения (при наличии), имеющие значение для учета приема пациентов, в том числе в случаях отказа в госпитализации, в медицинской организации.

Приложение № 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

Наименование и адрес медицинской организации
(фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального
предпринимателя и адрес осуществления медицинской деятельности)
ОГРН (ОГРНИП)

Код формы по ОКУД _____

Медицинская документация
Учетная форма № 003/у

Утверждена приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от « 5 » августа 2022 г. № 530н

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА,
ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ
В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ, В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

№ _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20__ г. Пол: мужской – 1, женский – 2

Поступил в стационар - 1, в дневной стационар – 2 (указать): _____

Дата и время поступления: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Поступил через _____ часов после начала заболевания, получения травмы, отравления.

Направлен в стационар (дневной стационар): поликлиникой - 1, выездной бригадой скорой медицинской помощи – 2,
полицией – 3, обратился самостоятельно – 4, другое – 5 (указать) _____

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя,
осуществляющего медицинскую деятельность), направившей пациента: _____

Номер и дата направления: _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Поступил в стационар (дневной стационар) для оказания медицинской помощи в текущем году: по поводу основного заболевания,
указанного в диагнозе при поступлении: первично – 1, повторно – 2.

Форма оказания медицинской помощи: плановая – 1, экстренная – 2.

Наименование отделения: _____ профиль коек _____ палата № _____

Переведен в отделение: _____ профиль коек _____ палата № _____

Дата и время перевода: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Выписан: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Количество дней нахождения в медицинской организации: _____

Диагноз при направлении: _____ код по МКБ _____

Предварительный диагноз (диагноз при поступлении): _____

Дата и время установления диагноза при поступлении: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

В анамнезе: туберкулез _____ ВИЧ-инфекция _____ вирусные гепатиты _____ сифилис _____ COVID-19 _____

Осмотр на педикулез, чесотку: да – 1, нет – 2, результат осмотра: _____

Аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа
и вида аллергической реакции: _____

Трансфузии (переливания) донорской крови и (или) ее компонентов (год, осложнения, реакции): _____

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

Диагноз клинический, установленный в стационаре, дневном стационаре:

Дата и время установления клинического диагноза: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Основное заболевание _____ код по МКБ _____

Осложнения основного заболевания _____ код по МКБ _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____ код по МКБ _____

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Проведенные оперативные вмешательства (операции):

Дата проведения	Наименование оперативного вмешательства (операции), код согласно номенклатуре медицинских услуг	Вид анестезиологического пособия	Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции), мл.

Исход госпитализации: выписан – 1, в том числе в дневной стационар – 2, в стационар – 3.

Наименование медицинской организации (фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность), куда переведен пациент _____

Результат госпитализации: выздоровление – 1, улучшение – 2, без перемен – 3, ухудшение – 4, умер – 5.

Умер в _____ отделении: « ____ » _____ 20__ г. время: ____ час. ____ мин.

Умерла беременная: 1 – до 22 недель беременности, 2 – после 22 недель беременности.

Оформлен листок нетрудоспособности: № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

(дубликат листка нетрудоспособности № _____ от « ____ » _____ 20__ г.)

освобождение от работы с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

продление листка нетрудоспособности:

№ _____ освобождение от работы с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

№ _____ освобождение от работы с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г.

приступить к работе с « ____ » _____ 20__ г.

явка в другую медицинскую организацию (другое структурное подразделение медицинской организации) « ____ » _____ 20__ г.

Оформлен листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи (фамилия, имя, отчество (при наличии)): _____

Выдано направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ): « ____ » _____ 20__ г.

Сведения о лице, которому может быть передана информация о состоянии здоровья пациента:

фамилия, имя, отчество (при наличии), номер контактного телефона _____

Дополнительные сведения о пациенте _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, специальность _____ подпись _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) заведующего отделением _____ подпись _____

СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента: _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20 ____ г.

Гражданство: _____ документ, удостоверяющий личность: _____ серия _____ № _____

номер телефона: _____ адрес электронной почты: _____

Регистрация по месту жительства: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Регистрация по месту пребывания: субъект Российской Федерации _____ район _____ город _____
населенный пункт _____ улица _____ дом _____ строение/корпус _____ квартира _____

Местность: городская – 1, сельская – 2.

Семейное положение: состоит в зарегистрированном браке – 1, не состоит в зарегистрированном браке – 2, неизвестно – 3.

Общее образование: 1 – дошкольное образование; 2 – начальное общее образование; 3 – основное общее образование; 4 – среднее общее образование; профессиональное образование: 5 – среднее профессиональное образование; 6 – высшее образование; неизвестно – 7.

Занятость: работает – 1, проходит военную и приравненную к ней службу – 2, пенсионер – 3, обучающийся – 4, не работает – 5, прочее – 6 _____. Для детей: дошкольник, организован – 7, дошкольник, не организован – 8, школьник – 9; социальное положение: ребенок-сирота – 10, без попечения родителей – 11, проживающий в организации для детей-сирот – 12. Место работы, место учебы, наименование дошкольного образовательного учреждения, наименование организации для детей-сирот:

Должность (для работающего): _____

Группа инвалидности: _____

Лицо, подвергшееся радиационному облучению: да - 1, нет - 2

Полис обязательного медицинского страхования: _____

дата выдачи полиса обязательного медицинского страхования: « ____ » _____ 20 ____ г.

данные о страховой медицинской организации, выбранной застрахованным лицом или определенной застрахованному лицу:

СНИЛС: _____

Основной вид оплаты: обязательное медицинское страхование – 1, средства бюджета (всех уровней) – 2, платные медицинские услуги – 3, в том числе добровольное медицинское страхование – 4, другое – 5 _____

Сведения об ознакомлении с медицинской документацией: _____

ПЕРВИЧНЫЙ ОСМОТР

врачом приемного отделения (дежурным врачом или лечащим врачом)

« ____ » _____ 20 ____ г. время: ____ час. ____ мин.

Жалобы: _____

_____Анамнез заболевания: _____

_____Анамнез жизни: _____

_____Сведения о листке нетрудоспособности (при наличии): _____

Физикальное исследование, локальный статус:

тяжесть состояния пациента: _____

уровень сознания по шкале Глазго: _____ баллов;

оценка состояния кожных покровов: телесного цвета, обычной влажности, без патологических высыпаний, иные сведения (при наличии): _____
_____отеки: не определяются /определяются, указать локализацию (при наличии) _____
_____оценка состояния видимых слизистых оболочек: розовые, без патологических высыпаний; иктеричность склер; инъекция сосудов склер; гиперемия конъюнктивы; иные сведения (при наличии) _____
_____состояние подкожно-жировой клетчатки: нормальное, гипотрофия, ожирение, иные сведения (при наличии) _____
_____результаты пальпации лимфатических узлов: не пальпируются, не увеличены; пальпируются, увеличены (указать локализацию) _____ иные сведения (при наличии) _____
_____оценка костно-мышечной системы: без патологических изменений, иные сведения (при наличии) _____
_____результаты аускультации легких: дыхание проводится по всем отделам, хрипов нет, иные сведения (при наличии) _____

Предварительный диагноз (диагноз при поступлении):

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Обоснование предварительного диагноза (диагноза при поступлении) _____

Обоснование оказания медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара:

Выполнены медицинские вмешательства: _____

План обследования: _____

План лечения: _____

Назначения: _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) врача, должность, специальность _____
_____ подпись _____

Диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Обоснование диагноза (при наличии дополнительных сведений): _____

Назначения: _____

Выполнены медицинские вмешательства: _____

План обследования (дополнения к плану): _____

План лечения (дополнения к плану): _____

Этапный эпикриз (заключение лечащего врача, по результатам оценки изменение состояния пациента с момента госпитализации, изменение локального статуса (при наличии), заполняется каждые 10 дней):

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись _____

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ОСМОТР ВРАЧОМ-АНЕСТЕЗИОЛОГОМ-РЕАНИМАТОЛОГОМ

« ____ » _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Жалобы: _____

Особенности анамнеза:

аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

постоянный прием лекарственных препаратов: _____

наличие имплантированных медицинских изделий: _____

наличие (отсутствие) обструктивного сонного апноэ: _____

Физикальное исследование: _____

состояние вен конечностей: _____

наличие зубных протезов: _____

Результаты медицинского обследования:

группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

интерпретация электрокардиографических данных _____

дата проведения _____

Дополнительные сведения:

Планируемый вид анестезиологического пособия: _____

Премедикация: _____

(наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения)

Мониторинг жизненно-важных функций организма:

Заключение: _____

Оценка операционно-анестезиологического риска: _____

Прогностическая оценка трудности интубации: _____

Рекомендации: _____

(дополнительное обследование, консультации врачей-специалистов)

Назначения: _____

Врач-анестезиолог-реаниматолог:

фамилия, имя, отчество (при наличии) _____ подпись _____

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

« ____ » _____ 20 ____ г.
(дата составления)

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения « ____ » _____ 20 ____ г.

Дата и время поступления: « ____ » _____ 20 ____ г. время: ____ час. ____ мин.

Диагноз:

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Особенности анамнеза:

аллергические реакции на лекарственные препараты, пищевая аллергия или иные виды непереносимости в анамнезе, с указанием типа и вида аллергической реакции: _____

постоянный прием лекарственных препаратов: _____

наличие имплантированных медицинских изделий: _____

Физикальное исследование, локальный статус _____

Результаты медицинского обследования:

Дополнительные сведения:

Обоснование необходимости проведения оперативного вмешательства (операции), медицинские показания, планируемое оперативное вмешательство (операция), планируемый вид анестезиологического пособия: _____

Сведения о наличии информированного добровольного согласия на оперативное вмешательство (операцию): _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) оперирующего врача, должность, специальность _____

_____ подпись _____

ПРОТОКОЛ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА (ОПЕРАЦИИ)

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения: « ____ » _____ 20__ г.

Дата и время начала оперативного вмешательства (операции): « ____ » _____ 20__ г. ____ час. ____ мин.

Дата и время окончания оперативного вмешательства (операции): « ____ » _____ 20__ г. ____ час. ____ мин.

Продолжительность оперативного вмешательства (операции): ____ час. ____ мин.

Наименование оперативного вмешательства (операции): _____

Код согласно номенклатуре медицинских услуг: _____

Диагноз до оперативного вмешательства (операции):

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, лекарственная форма, дозировка, способ введения):

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген K1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

Степень риска оперативного вмешательства (операции): _____

План оперативного вмешательства (операции): _____

Описание оперативного вмешательства (операции): _____

Осложнения, возникшие в ходе оперативного вмешательства (операции): _____

Использование медицинских изделий (оборудования) (эндоскопическое, лазерное, криогенное, рентгеновское, иное): _____

Подсчет операционного материала: инструменты _____ салфетки _____

Кровопотеря во время оперативного вмешательства (операции), мл. _____

Вид анестезиологического пособия: _____

Диагноз после оперативного вмешательства (операции):

Основное заболевание _____

Осложнения основного заболевания _____

Внешняя причина при травмах, отравлениях _____

Сопутствующие заболевания _____

Дополнительные сведения о заболевании _____

Имплантированные медицинские изделия: _____

Назначения: _____

Операционный материал, взятый для проведения морфологического исследования: _____

Операционный материал направлен: _____

Персонал, участвующий при проведении оперативного вмешательства (операции) (фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, специальность, подпись):

состав оперирующей бригады:

оперирующий врач _____

ассистирующий врач _____

операционная медицинская сестра _____

состав бригады анестезиологии-реанимации:

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

медицинская сестра-анестезист _____

ПРОТОКОЛ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ

Сведения о пациенте:

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Масса тела _____ кг, рост _____ см.

Группа крови _____ резус-принадлежность _____ антиген К1 системы Kell _____

иные сведения групповой принадлежности крови (при наличии) _____

Сведения об оперативном вмешательстве (операции):

Наименование оперативного вмешательства (операции): _____

Длительность: операции: часов _____ минут _____; анестезиологического пособия: часов _____ минут _____.

Операция: плановая – 1, экстренная – 2. Положение на операционном столе: _____

Премедикация (наименование лекарственных препаратов, дозы, путь и кратность введения): _____

Операционно-анестезиологический риск: _____

Мониторинг жизненно-важных функций организма:

(сердечный ритм, артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений, термометрия, SpO₂)

Способ проведения анестезиологического пособия: _____

Вводный наркоз (используемые препараты, режим дозирования): _____

Путь введения анестетика: _____
(особенности проведения анестезиологического пособия)

Интубация: _____

(в том числе с использованием эндоскопического оборудования): назотрахеальная, оротрахеальная, трахеостомическая, иное)

Интубационная трубка номер: _____

Газовый состав дыхательной смеси:

O₂, литров в минуту _____; N₂O, литров в минуту _____; испаряемый анестетик (название) _____, об. % _____.

Наркозный аппарат (производитель, марка): _____

Параметры искусственной вентиляции легких (ИВЛ):

дыхательный объем (ДО), мл. _____;

минутный объем дыхания (МОД), л/мин. _____;

пиковое давление, см. водного столба _____;

особенности искусственной вентиляции легких (ИВЛ) (указать параметры): _____

Базовый период наркоза: _____

Пробуждение: _____
(на операционном столе; в палате пробуждения; в отделении анестезиологии - реанимации)

Особенности пробуждения: _____

Оценка по шкале пробуждения: _____

Сознание, самостоятельное дыхание восстановлены в полном объеме: _____

Декураризация (не проводилась, проводилась): _____

Переведен: _____

Дата, время перевода: « _____ » _____ 20__ г. время: _____ час. _____ мин.

Нуждается в продленной респираторной поддержке: _____.

Гидробаланс (по состоянию пациента): кровопотеря _____ мл.; гемотрансфузия _____ мл.;

коллоиды _____ мл.; кристаллоиды _____ мл.; диурез _____ мл.

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, подпись

врач-анестезиолог-реаниматолог _____

врач-специалист, принявший пациента после проведенного анестезиологического пособия _____

