

ПК 4.9 Оформлять медицинскую документацию

Заполнение документов по вопросам медицинской профилактики

- учетная форма N 025-ЦЗ/у - "Карта центра здоровья";
- учетная форма N 002-ЦЗ/у - "Карта здорового образа жизни".
- медицинская карта амбулаторного больного (ф. N 25/у)
- учетная форма N 025 /у-ГС "Паспорт здоровья"

Учетная форма N 025-ЦЗ/у - "Карта центра здоровья"

597н

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ
от 19.04.2011 № 328н)

КАРТА ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Учетная документация
Форма № 025-ЦЗ/у
Утверждена Приказом
Минздравсоцразвития России
от 19.08.2009 № 597н

1. Дата заполнения
2. № поликлиники по месту жительства (прикрепления)
3. Фамилия, имя, отчество
4. Дата рождения (число, месяц, год)
5. Пол.: муж. жен.
6. Адрес
7. Живет постоянно в городе, селе (подчеркнуть)
8. № Страхового полиса
9. Социальное положение: 1 – служащий; 2 – рабочий; 3 – учащийся; 4 – неработающий
10. Образование
11. Место работы
12. Профессия, должность
13. Категория обращения:

№ п/п	Наименование обращения	Дата обращения			
1	Обратился самостоятельно				
2	Направлен амбулаторно-поликлиническим учреждением				
3	Направлен после дополнительной диспансеризации				
4	Направлен после лечения в стационаре				
5	Направлен работодателем после прохождения ПМО и УМО				

II. ОБЩИЕ ДАННЫЕ АНАМНЕЗА

(программно-компьютерный опрос)

1. Наследственные заболевания
2. Перенесенные заболевания
3. Хронические заболевания:
 - Органов дыхания:
 - Сердечно-сосудистые заболевания
 - Органов пищеварения
 - Почек и мочевыводящих путей
 - ЦНС
 - Эндокринной системы
 - Новообразования
 - Др. заболевания
4. Перенесенные травмы
5. Перенесенные операции
6. Употребление алкоголя: крепкие алкогольные напитки, слабоалкогольные напитки;
Случайное, мало, много, часто, не употребляет (подчеркнуть)

7. Табакокурение: с какого возраста _____; по _____ штук в день; не курит

8. Питание:

Режим питания: регулярный, нерегулярный (подчеркнуть);

Характер питания:

- преобладание компонентов продуктов питания: белки, жиры, углеводы (подчеркнуть);
- калорийность рациона: высокая, низкая (подчеркнуть).

9. Сон: 7 – 9 часов, менее 7 часов, более 9 часов (подчеркнуть)

10. Занятия физкультурой и спортом: систематические, случайные, не занимается (подчеркнуть)

- Физкультура: утренняя гимнастика, бег, ходьба на лыжах, езда на велосипеде, оздоровительное плавание, игра в теннис и др.

- Спорт: вид _____

11. Активность образа жизни:

Характер отдыха: активный, пассивный, смешанный (подчеркнуть)

12. Характер труда:

- Работа: нормированный, ненормированный рабочий день; сидячая, на ногах, разъезды, другая (указать) _____

- Производственные вредности: химические факторы, биологические факторы, производственный шум, вибрация, статическое напряжение, перенапряжение голосового и (или) зрительного аппарата и другие (указать) _____

13. Цель настоящего обращения: 1. получение информации о здоровом образе жизни; 2. правильное питание; 3. отказ от табакокурения; 4. отказ от приема алкоголя; 5. получение информации о наличии заболеваний; 6. др.

14. Источник получения информации: радио, телевидение, печатные издания, Интернет, от врача, от знакомых и др. (указать) _____

III. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Рост _____ Вес _____ Индекс массы тела _____ (N – 25)

2. Артериальное давление _____ (N – менее 140/90 мм рт.ст.)

3. Холестерин _____ (N – менее 5,0 ммоль/л)

4. Глюкоза _____ (N – менее 6,5 ммоль/л натощак или 7,6 ммоль/л после еды)

5. Спирометрия _____

ЖЕЛ _____ ФЖЕЛ _____ ОФБ1 _____ ОФВ1/ЖЕЛ _____

6.

Наименование обследования	Результат обследования
Скрининг-оценка уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма, параметры физического развития	
Экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей	
Ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса	
Комплексная детальная оценка функций дыхательной системы – компьютеризированная спирометрия	
Биоимпедансметрия (процентное соотношение воды, мышечной и жировой ткани)	
Анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина	
Анализ котинина и других биологических маркеров в крови и моче	
Пульсоксиметрия	
Офтальмологическое обследование	

7. Результаты осмотров:

Дата	Врачи-специалисты	Заключение

IV. ИТОГОВАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

1. Состояние здоровья:

- здоров
- имеет функциональные отклонения (указать какие)
- влненные симптомы
- факторы риска заболеваний

2. Рекомендации, назначение индивидуальных планов и их выполнение:

Врачи-специалисты	Рекомендации, индивидуальные планы	Выполнение

3. “Школы здоровья”: 1. Школа профилактики артериальной гипертензии; 2. Школа профилактики заболеваний суставов и позвоночника; 3. Школа профилактики бронхиальной астмы; 4. Школа профилактики сахарного диабета; 5. Прочие школы

4. Посещение кабинета (зала) ЛФК:

Приложение № 3

к приказу Министерства
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 19 августа 2009 г. № 597н

Учетная форма № 002-ЦЗ/у
утверждена приказом
Минздравсоцразвития России
от 19 августа 2009 г. № 597н

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

КАРТА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Адрес _____

Живет постоянно в городе, селе (подчеркнуть)

№ Страхового медицинского полиса ОМС _____

Социальное положение: 1- служащий; 2- рабочий; 3- учащийся; 4- неработающий

Образование _____

Место работы _____

Профессия, должность _____

1. Показатели состояния здоровья

№ пп	Наименование	Годы (вписать)			
		2009			
1	Рост				
2	Вес				
3	Частота сердечных сокращений				
4	Артериальное давление (АД)				
	Прочие показатели:				
	Подпись врача				

2. Факторы риска развития социально-значимых заболеваний***

		2009*			
1	Наследственность (ССЗ*, СД**, онкологические заболевания)				
2	Курение				
3	Избыточный вес				
4	Гиподинамия				
5	Стресс				
6	Повышенное АД				
7.	Нерациональное питание				
	Подпись врача				

* после 2009 г. - вписать

*ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания,

**СД– сахарный диабет

***отметить: есть, нет, не известно

3. Классификация артериальной гипертензии

Показатели	АД систолическое	АД диастолическое
Оптимальное	<120	<80
Нормальное	120-129	80-84
Высокое нормальное	130-139	85-89
Артериальная гипертензия		
АГ I степени ("мягкая")	140-159	90-99
АГ II степени ("умеренная")	160-179	100-109
АГ III степени ("тяжелая")	>=180	>=110
Изолированная систолическая гипертензия	>=140	<90

Норма сахара крови натощак	6,1 ммоль/л (Европейские рекомендации)
Целевой уровень холестерина без КБС	менее 5 ммоль/л

4. Расчет индекса массы тела (ИМТ):

Вес (кг)

ИМТ = ----- =

Рост (в метрах) в квадрате

<i>норма</i>	18,5-24,9
<i>предожирение</i>	25-29,9
<i>ожирение I степени</i>	30 – 34,9
<i>ожирение II степени</i>	35 – 39,9
<i>ожирение III степени</i>	40 и более

Наименование медицинской организации _____

Код формы по ОКУД _____

Код организации по
ОКПО _____

Медицинская документация

Учетная форма № 025/у

Утверждена приказом Минздрава России

от 15 декабря 2014 г. № 834н

Адрес _____

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА
ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ № _____

1. Дата заполнения медицинской карты: число _____ месяц _____ год _____

2. Фамилия, имя, отчество _____

3. Пол: муж. - 1, жен. - 2 4. Дата рождения: число _____ месяц _____ год _____

5. Место регистрации: субъект Российской Федерации _____

район _____ город _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ квартира _____ тел. _____

6. Местность: городская - 1, сельская - 2

7. Полис ОМС: серия _____ № _____ 8. СНИЛС _____

9. Наименование страховой медицинской организации _____

10. Код категории льготы _____ 11. Документ _____ : серия _____ № _____

12. Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение:

Дата начала диспансерного наблюдения	Дата прекращения диспансерного наблюдения	Диагноз	Код по МКБ-10	Врач

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

14. Образование: профессиональное: высшее – 1, среднее – 2; общее: среднее – 3, основное – 4, начальное – 5; неизвестно – 6.

15. Занятость: работает – 1, проходит военную службу и приравненную к ней службу – 2; пенсионер(ка) – 3, студент(ка) – 4, не работает – 5, прочие – 6.

16. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____

17. Место работы, должность _____

18. Изменение места работы _____

19. Изменение места регистрации _____

20. Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов:

Дата (число, месяц, год)	Заключительные (уточненные) диагнозы	Установленные впервые или повторно (+/-)	Врач

21. Группа крови _____

22. Rh-фактор _____

23. Аллергические реакции _____

24. Записи врачей-специалистов:

Дата осмотра _____ на приеме, на дому, в фельдшерско-акушерском пункте, прочее.

Врач (специальность) _____

Жалобы пациента _____

Анамнез заболевания, жизни _____

Объективные данные _____

Диагноз основного
заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие
заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

_____ код по МКБ-10 _____

Группа здоровья _____ Диспансерное наблюдение _____

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
_____	_____
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
_____	_____
Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, отказ от медицинского вмешательства	
Врач _____	

25. Медицинское наблюдение в динамике:

Дата _____	
Жалобы _____	
Данные наблюдения в динамике _____	

Назначения (исследования, консультации)	Лекарственные препараты, физиотерапия
_____	_____
Листок нетрудоспособности, справка	Льготные рецепты
_____	_____
_____	Врач _____

26. Этапный эпикриз

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного
заболевания _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие
заболевания _____ код по МКБ-10 _____

Внешняя причина при травмах (отравлениях) _____

_____ код по МКБ-10 _____

Рекомендации _____

Листок нетрудоспособности _____

Врач _____

27. Консультация заведующего отделением

Дата _____ Временная нетрудоспособность с _____ (_____ дней).

Жалобы и динамика состояния _____

Проведенное обследование и лечение _____

Диагноз основного
заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

Осложнения: _____

Сопутствующие
заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____
Внешняя причина при травмах (отравлениях)

_____ код по МКБ-10 _____
Рекомендации по дальнейшему наблюдению, дообследованию и лечению

_____ **Листок нетрудоспособности**

Зав. отделением _____ Лечащий врач _____

28. Заключение врачебной комиссии

Дата _____

Жалобы и динамика состояния _____

_____ **Проведенное обследование и лечение**

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

_____ **Осложнения:**

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ **Внешняя причина при травмах (отравлениях)** _____ код по МКБ-10 _____

_____ **Заключение врачебной комиссии:**

_____ **Рекомендации**

Председатель _____ Члены комиссии _____

29. Диспансерное наблюдение

Дата _____

Жалобы и динамика состояния _____

_____ **Проводимые лечебно-профилактические мероприятия**

Диагноз основного заболевания: _____ код по МКБ-10 _____

_____ **Осложнения:**

Сопутствующие заболевания _____ код по МКБ-10 _____

_____ код по МКБ-10 _____

_____ **Внешняя причина при травмах (отравлениях)** _____ код по МКБ-10 _____

_____ **Рекомендации и дата следующего диспансерного осмотра, консультации**

_____ **Врач**

30. Сведения о госпитализациях

Дата поступления и выписки	Медицинская организация, в которой была оказана мед. помощь в стационарных условиях	Заключительный клинический диагноз

31. Сведения о проведенных оперативных вмешательствах в амбулаторных условиях

Дата проведения	Название оперативного вмешательства	Врач

32. Лист учета доз облучения при рентгенологических исследованиях

Дата проведения	Название рентгенологического исследования	Доза облучения

--	--	--

33. Результаты функциональных методов исследования:

34. Результаты лабораторных методов исследования:

35. Эпикриз

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Медицинская документация

Учетная форма № 025 /у-ГС

ПАСПОРТ ЗДОРОВЬЯ

1. **Фамилия** _____
Имя _____
Отчество _____

2. Пол: муж., жен. _____

3. Дата рождения: _____
(число) (месяц) (год)

4. Адрес: _____ ул. _____ дом _____ корп. _____ кв. _____

5. Страховой полис: серия _____ № _____
_____ (наименование страховой медицинской организации)

6. Наблюдается в поликлинике _____

7. Телефон поликлиники _____

8. Медицинская карта амбулаторного больного № _____

9. Ф.И.О. врача-терапевта участкового (врача общей практики (семейного врача) _____

Сигнальные отметки

Группа и Rh-принадлежность крови: _____

Лекарственная непереносимость _____
(указать, на какой препарат)

Аллергическая реакция _____
(да/нет)

Диспансеризация

Наименование	Годы (вписать)					
	2010					
Дата						
Группа состояния здоровья <*>						
Врач	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)	_____ (подпись)
	_____ (расшифровка подписи)					

<*> I группа - практически здоров;
II группа - риск развития заболевания, нуждается в проведении профилактических мероприятий;
III группа - нуждается в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в амбулаторных условиях;
IV группа - нуждается в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях;
V группа - имеет показания для оказания высокотехнологичной медицинской помощи (медицинская документация направляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения).

Показатели состояния здоровья

№ п/п	Показатель	Годы (вписать)			
		2010			
1	Рост				
2	Вес				

3	Частота сердечных сокращений				
4	Артериальное давление (АД)				
	Прочие показатели:				
	Врач	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ - (подпись) _____ - (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Факторы риска развития социальнозначимых заболеваний <*>

№ п/п	Показатели	2010 <*>			
1	Наследственность: ССЗ <*>, СД <***>, онкологические заболевания. Отметить: есть, нет, неизвестно.				
2	Курение				
3	Избыточный вес				
4	Гиподинамия				
5	Стресс				
6	Повышенное артериальное давление				
7	Нерациональное питание				
	Врач	_____ - (подпись) _____ - (расшифровка подписи)	_____ - (подпись) _____ - (расшифровка подписи)	_____ - (подпись) _____ - (расшифровка подписи)	_____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

<*> После 2010 г. - вписать.

<*> ССЗ - сердечно-сосудистые заболевания.

<***> СД - сахарный диабет.

Классификация артериальной гипертензии

Показатели	АД систолическое	АД диастолическое
Оптимальное	< 120	< 80
Нормальное	120-129	80-84
Высокое нормальное	130-139	85-89
Артериальная гипертензия (АГ)		
АГ I степени ("мягкая")	140-159	90-99
АГ II степени ("умеренная")	160-179	100-109
АГ III степени ("тяжелая")	>= 180	>= 110
Изолированная систолическая гипертензия	>= 140	< 90

Норма сахара крови натощак	6,1 ммоль/л
Целевой уровень холестерина без коронарной болезни сердца	менее 5 ммоль/л

Расчет индекса массы тела (ИМТ):

$$\text{ИМТ} = \frac{\text{вес (кг)}}{\text{рост (в метрах)}^2} =$$

норма	18,5-24,9
-------	-----------

Электрокардиография								
Флюорография								
Маммография								

Заболевания, выявленные в ходе диспансеризации

Дата установления	Наименование заболевания	Код по МКБ-10

Заключение (рекомендации) акушера-гинеколога

Заключение (рекомендации) невролога

Заключение (рекомендации) офтальмолога

Заключение (рекомендации) хирурга

Заключение (рекомендации) уролога

Заключение (рекомендации) психиатра

Заключение (рекомендации) психиатра-нарколога

Заключение (рекомендации) врача-терапевта

Заключение (рекомендации) врачебной комиссии о наличии (отсутствии) заболевания, препятствующего прохождению государственной гражданской службы Российской Федерации или муниципальной службы

Дата диспансеризации	Заключение (рекомендации)	Подпись